

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES SYMPTÔMES DE DISSOCIATION CHEZ
LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-JOSÉE BERNIER

AOÛT 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à consacrer les prochaines lignes aux merveilleuses personnes qui ont contribué à l'accomplissement de cette thèse. Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de thèse, Martine Hébert, sans qui cette recherche doctorale n'aurait pu être réalisée. Merci pour ton soutien, ton écoute, ta motivation et tes précieux encouragements dans les nombreux moments de découragement et de procrastination. Chaque rencontre avec toi, Martine, m'a permis de me sentir plus en confiance et de retrouver la motivation nécessaire pour terminer la collecte de données et la rédaction de cette thèse. Merci infiniment de m'avoir donné la chance d'accomplir un doctorat, d'avoir cru en moi, de m'avoir offert un soutien financier et aussi, de m'avoir permis de vivre de belles expériences tant en recherche qu'en enseignement. J'ai appris à découvrir l'univers de la recherche et à l'apprécier grâce à ton dynamisme, ta passion pour ton travail et tes nombreuses qualités. J'ai aussi réussi à me dépasser et à m'exposer à certaines situations anxiogènes grâce à tes encouragements et ton soutien. Tu es vraiment une directrice exceptionnelle et je suis choyée d'avoir eu la chance de travailler en collaboration avec toi.

Aussi, je désire remercier toutes les filles du labo avec qui j'ai pu échangé et discuté au cours de ces dernières années. Plus particulièrement, j'aimerais remercier Claudel Parent-Boursier, Claudia Blanchard-Dallaire et Rachel Langevin, mes partenaires de labo et de rédaction, qui ont toujours été présentes lors de moments plus difficiles. Un merci tout spécial à Rachel qui a contribué de manière remarquable à faciliter ma collecte de données par ses nombreuses qualités et son efficacité hors pair. Un gros merci à Manon Robichaud qui m'a guidée dans les analyses statistiques et qui m'a offert un soutien important lors de la collecte de données. Merci Marie-Ève Brabant pour ces belles discussions et ces beaux moments en voiture lors de nos

expéditions à Hull. Merci à Mylène Villeneuve-Cyr pour son aide à la toute fin de la rédaction. Je tiens aussi à remercier toutes les bénévoles et assistantes de recherche qui ont contribué à la collecte de données de près ou de loin.

Un gros merci à toutes les familles qui ont accepté de participer à ce projet de recherche. Sans votre investissement personnel, cette thèse n'aurait pas été possible. Merci au personnel de la clinique de pédiatrie socio-juridique, du centre Marie-Vincent ainsi que des écoles et des centres de la petite enfance d'avoir cru en ce projet.

Je tiens aussi à souligner que mon parcours doctoral a été facilité grâce aux bourses d'études supérieures octroyées par le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), par l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA) et par la chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

Finalement, je tiens tout spécialement à remercier mon amoureux, Maxime, sans qui le parcours doctoral m'aurait paru interminable et insurmontable. Tu ne peux pas savoir à quel point ton soutien continu, tes encouragements et ton amour m'ont permis d'avancer, de persévérer et de réaliser ce projet. Lorsque je regarde tout le chemin parcouru, je suis réellement contente de l'avoir partagé avec toi. Tout simplement, merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années, de ta patience, de ton écoute et d'avoir su gérer plusieurs de mes angoisses avec la délicatesse ou la fermeté nécessaire.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
RÉSUMÉ	ix
CHAPITRE 1	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Ampleur de l'agression sexuelle chez les enfants	3
1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle chez les enfants	4
1.3 Définition de la dissociation	5
1.4 Dissociation chez les enfants	7
1.5 Dissociation, période préscolaire et trauma	10
1.5.1 Modèles explicatifs de la dissociation	11
1.5.2 Dissociation, trauma et biologie	14
1.6 Facteurs liés au trauma et à la dissociation	15
1.7 Études effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire	17
1.7.1 Études longitudinales effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire	19
1.7.2 Dissociation chez les garçons et les filles d'âge préscolaire ...	22
1.8 Détresse parentale et dissociation chez les enfants	22
1.9 Objectifs de la thèse	24
CHAPITRE II	
SYMPTÔMES DE DISSOCIATION CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE (ARTICLE I)	26
Résumé	28
Abstract	29

Introduction	30
Méthodologie	36
Participants	36
Mesures	37
Child Dissociative Checklist	37
Score pathologique de dissociation	37
Indice de Détresse Psychologique	38
History of Victimization Form	38
Procédure	39
Résultats	39
Données descriptives	39
Analyses des différences de moyennes	40
Analyses sur le pourcentage de cas cliniques	41
Analyses de l'influence des caractéristiques de l'AS	41
Discussion	43
Références	47
CHAPITRE III	
DISSOCIATIVE SYMPTOMS OVER A YEAR IN A SAMPLE OF	
SEXUALLY ABUSED CHILDREN (ARTICLE II)	
Abstract	57
Introduction	58
Methods	63
Participants	63
Measures	64
Child Dissociative Checklist	64
Psychological Distress	64
History of Victimization Form	65
Services received	65

Procedure	66
Results	66
Descriptive data	66
Analysis of differences in means	67
Variables predicting dissociation	68
Discussion	70
References	75
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	86
4.1 Intégration des résultats	88
4.1.1 Fréquence des symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS	88
4.1.2 Prédiction des symptômes de dissociation selon le sexe de l'enfant	91
4.1.3 Influence des caractéristiques de l'AS sur les symptômes de dissociation	94
4.2 Autres contributions de la thèse	97
4.3 Limites de l'étude et perspectives de recherches futures	98
4.4 Implications pour l'intervention offerte aux enfants victimes d'AS ...	101
4.5 Conclusion	105
ANNEXE A	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	107
RÉFÉRENCES (CHAPITRES I ET IV)	117

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure		Page
1.1	Continuum de la dissociation (Shirar, 1996)	7
3.1	Means scores of global dissociation (0-40) by group and child gender at both evaluation times, controlling for level of education and parent's psychological distress. SA = sexual abuse	84
3.2	Means scores of pathological dissociation (0-12) by group and child gender at both evaluation times, controlling for level of education and parent's psychological distress. SA = sexual abuse	85
Tableau		
2.1	Caractéristiques socio-démographiques des participants	52
2.2	Moyennes des symptômes de dissociation présents en fonction du groupe d'appartenance et du sexe des enfants	53
2.3	Scores moyens des symptômes de dissociation selon les caractéristiques de l'AS	54
3.1	Sociodemographic Variables	81
3.2	Correlations Among Study Variables	82
3.3	Multiple Regressions Predicting Dissociation 1 Year Later	83

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AS	Agression sexuelle
CBC	Child Behavior Checklist
CDC	Child Dissociative Checklist
CHU	Centre hospitalier universitaire
CEMV	Centre d'Expertise Marie-Vincent
SA	Sexual abuse
TRF	Teacher Report Form
VS	Versus

RÉSUMÉ

Les agressions sexuelles (AS) à l'enfance sont considérées comme une problématique sociale concernant toutes les couches de la société. Les conséquences psychologiques liées à l'AS sont multiples et se manifestent dans plusieurs sphères développementales (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). La dissociation présente à l'âge adulte est une conséquence fréquemment associée dans les écrits scientifiques à une AS vécue dans l'enfance et son développement est plus particulièrement lié à la période préscolaire. Toutefois, peu d'auteurs ont exploré l'émergence des symptômes de dissociation pouvant se manifester lors de la période préscolaire et plus spécifiquement, chez les enfants victimes d'AS.

Afin de pallier à ces limites identifiées dans la documentation scientifique, cette thèse doctorale s'est intéressée à documenter la présence et l'évolution des symptômes de dissociation chez des enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS, sur une période d'un an. Plus précisément, cette thèse avait comme objectifs principaux : a) d'examiner les symptômes de dissociation en lien avec l'AS en fonction du sexe de l'enfant et des caractéristiques associées à l'AS vécue ainsi que b) d'analyser les facteurs permettant de prédire les symptômes de dissociation un an plus tard.

Cette thèse comprend quatre chapitres distincts. D'abord, l'introduction de la thèse résume l'état des connaissances sur l'AS pendant l'enfance ainsi que sur les différentes manifestations de la dissociation chez les enfants. Elle précise ensuite le lien entre la dissociation, la période préscolaire et l'AS en plus de présenter les quelques études antérieures portant sur les enfants d'âge préscolaire ayant exploré les symptômes dissociatifs chez des enfants victimes de mauvais traitements.

Le chapitre II présente le premier article empirique de cette thèse documentant la présence de symptômes de dissociation chez des enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS. Les symptômes de dissociation (incluant la dissociation pathologique) chez un groupe de 76 enfants victimes d'AS sont comparés à ceux présentés par 81 enfants n'ayant pas dévoilé d'AS et ce, en considérant le sexe de l'enfant. Les symptômes de dissociation sont aussi analysés en considérant les caractéristiques de l'AS vécue, notamment la durée, la sévérité et le lien avec l'agresseur. Les résultats indiquent que la fréquence des symptômes de dissociation globaux et pathologiques est plus élevée chez les enfants ayant vécu une AS que chez les enfants n'en ayant pas dévoilé. Toutefois, aucune différence n'a été observée entre les filles et les garçons concernant les symptômes de dissociation lors de l'évaluation

initiale des symptômes. Aussi, les résultats indiquent que les enfants ont tendance à présenter davantage de symptômes de dissociation globaux et pathologiques lorsque l'AS vécue dure quelques épisodes ou est qualifiée de chronique (durant plus de six mois). Les résultats mettent en lumière l'importance de sensibiliser les intervenants à la présence de dissociation puisque près du quart des enfants victimes d'AS obtiennent des scores atteignant le seuil clinique de dissociation.

Dans le chapitre III, les résultats du deuxième article de cette thèse portant sur l'évolution des symptômes de dissociation (incluant la dissociation pathologique) chez 48 enfants victimes d'AS et 71 enfants d'un groupe de comparaison rencontrés lors d'une deuxième évaluation soit un an plus tard, sont présentés. Les caractéristiques de l'AS et le sexe de l'enfant sont considérés dans l'examen des variables prédisant les symptômes de dissociation un an plus tard chez les enfants victimes d'AS. Les résultats indiquent que les enfants ayant dévoilé une AS présentent davantage de symptômes de dissociation globaux et de nature pathologique que les enfants du groupe de comparaison tant lors de l'évaluation initiale que lors de la relance effectuée un an plus tard. L'examen de l'évolution des symptômes de dissociation révèle par ailleurs une diminution des symptômes de dissociation chez les deux groupes d'enfants un an plus tard. Par contre, l'analyse des trajectoires indique que le sexe de l'enfant contribue à la prédiction des symptômes de dissociation présentés un an plus tard par les enfants victimes d'AS; les garçons présentant plus de dissociation que les filles lors de la relance. Les caractéristiques de l'AS ne semblent pas prédire la dissociation sur une période d'un an. Ces résultats mettent en lumière l'importance de considérer le sexe de l'enfant dans l'élaboration des pratiques d'intervention auprès d'enfants victimes d'AS d'âge préscolaire présentant des symptômes dissociatifs.

En conclusion, le dernier chapitre de cette thèse intègre les principaux résultats découlant des deux articles empiriques présentés dans les chapitres II et III. De plus, les contributions majeures, les limites de la thèse ainsi que les pistes de recherches futures sont discutées. Enfin, les implications des résultats de cette thèse en lien avec les pratiques d'intervention auprès d'enfants victimes d'AS d'âge préscolaire visant à favoriser un développement optimal chez ces enfants sont abordées.

Mots-clés : agression sexuelle, dissociation, enfants, préscolaire, pathologique

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis plusieurs années, l'agression sexuelle (AS) chez les enfants est reconnue par divers intervenants en tant que problématique sociale importante. D'une part, les cas médiatisés ont pu susciter une certaine sensibilisation de la part du public en général. D'autre part, les recherches portant sur l'AS chez les enfants sont de plus en plus nombreuses dans les écrits scientifiques. De même, plusieurs pratiques d'intervention visant cette clientèle ont été élaborées et implantées au cours des dernières années. Cet avancement des connaissances sur les AS envers les enfants est probablement lié au fait que l'AS est considérée comme l'un des principaux crimes violents commis envers les enfants déclarés aux autorités policières (Statistique Canada, 2010). En 2007, au Canada, le taux d'agression sexuelle chez les enfants était cinq fois supérieur à celui chez les adultes (Statistique Canada, 2009).

Dans ce premier chapitre, l'ampleur de l'AS chez les enfants ainsi que les conséquences qui y sont associées seront présentées. Par la suite, la dissociation sera définie et les manifestations de la dissociation chez les enfants seront abordées. Aussi, l'importance de la période préscolaire et l'influence des expériences traumatiques dans le développement des symptômes dissociatifs seront discutées. Pour terminer cette recension, une synthèse des résultats des études antérieures portant sur les symptômes de dissociation présents chez des enfants d'âge préscolaire sera effectuée.

1.1 Ampleur de l'agression sexuelle chez les enfants

En 2007, au Canada, environ 21 000 cas d'AS ont été rapportés et de ce nombre, 58% concernent les jeunes âgés de moins de 18 ans (Statistique Canada, 2009). Au Canada et aux États-Unis, environ le quart des AS impliquant des mineurs concernent des jeunes enfants âgés de trois à huit ans (Statistique Canada, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2011). Au Québec, 70% des cas d'AS rapportés aux autorités policières sont commises sur des enfants de 18 ans et moins (Ministère de la Sécurité Publique, 2008). Ces chiffres semblent représenter qu'une estimation très partielle de l'ampleur de la problématique chez les enfants considérant que la majorité des victimes dans l'enfance ne dévoileront pas l'AS avant l'âge adulte ou ne la dévoileront jamais (Trocmé et al., 2001). En effet, selon les données d'enquêtes effectuées auprès de la population, seulement 10% des AS seraient dénoncées aux autorités policières (Gouvernement du Québec, 2001). Par ailleurs, des données récentes recueillies auprès d'un échantillon représentatif d'adultes québécois indiquent qu'entre 16 et 26% des femmes et 31% des hommes n'ont jamais dévoilé les AS dont ils ont été victimes (Baril & Tourigny, 2010; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009).

Une méta-analyse récente effectuée sur 217 études publiées entre 1980 et 2008 incluant 331 échantillons indépendants, révèle que la prévalence de l'AS avant l'âge de 18 ans se situe à 18% chez les femmes et à 7,6% chez les hommes (Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Ces résultats sont similaires à ceux d'une autre méta-analyse effectuée sur 65 études provenant de 22 pays différents qui révèle que la prévalence de l'AS avant l'âge de 18 ans est d'environ une femme sur cinq et un homme sur dix (Pereda, Guilera, Forns, & Gomez-Benito, 2009). Aussi, un sondage récent, effectué auprès de la population québécoise, indique que près d'une femme sur cinq et d'un homme sur dix rapportent avoir vécu une AS avant l'âge de 18 ans (Hébert et al., 2009). En plus, les

données de ce sondage révèlent que 16% des personnes rapportant avoir été victimes d'attouchements sexuels dans l'enfance ainsi que 7% des personnes rapportant une AS dans l'enfance impliquant la pénétration, avaient moins de six ans lors du premier épisode d'AS.

1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle chez les enfants

Les études empiriques sur les AS dans l'enfance révèlent que plusieurs conséquences psychologiques à court, moyen ou long terme y sont associées et se répercutent dans plusieurs domaines de la vie de l'enfant (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003). Pour plusieurs enfants, les conséquences de l'AS vont perdurer lors de l'adolescence et aussi, de l'âge adulte (Swanston et al., 2002). Selon Kaplow et Widom (2007), les enfants maltraités à un jeune âge sont plus à risque d'afficher des difficultés psychologiques à l'âge adulte que ceux maltraités plus tard dans leur vie. Il est important de mentionner qu'entre 21 et 49% des victimes ne présentent aucun symptôme lors de l'évaluation initiale suivant le dévoilement de l'AS (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). Cette absence de symptômes lors de l'évaluation initiale pourrait cacher des symptômes latents pouvant resurgir plus tard dans la vie de l'enfant lorsqu'il sera confronté à une expérience de vie adverse (Hébert, 2011).

Selon plusieurs auteurs, les enfants dévoilant une AS sont plus susceptibles d'afficher des problèmes de comportements intériorisés (symptômes d'anxiété et de dépression), des problèmes de comportements extériorisés (agressivité) et des symptômes de stress post-traumatique comparativement à des enfants n'ayant pas vécu d'AS (Berliner, 2011; Briere & Elliot, 2001; Collin-Vézina & Hébert, 2005; Kendall-Tackett et al., 1993; Yancey, Hansen, & Naufel, 2011). Aussi, ces enfants s'avèrent être plus sujets à présenter un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ainsi que des plaintes somatiques (Becker-Blease & Freyd, 2008).

En plus des conséquences nommées précédemment, les enfants victimes d'AS semblent présenter plus de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas dévoilé d'AS (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Certaines études suggèrent que les victimes d'AS sont non seulement davantage susceptibles de présenter des symptômes de dissociation lors du dévoilement de l'AS mais aussi, tout au long de leur développement (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001a, 2001b; Trickett, Noll, Reiffman, & Putnam, 2001). Certains auteurs précisent que les symptômes de dissociation chez les victimes d'agression sexuelle sont parmi les plus persistants et peuvent devenir permanents au fil du temps (Ensink & Normandin, 2011). Par ailleurs, une étude effectuée auprès d'un échantillon de filles âgées de six à 12 ans ayant dévoilé une AS indique que les symptômes de dissociation sont susceptibles d'augmenter lorsque réévalués un an plus tard (Daignault & Hébert, 2008). Cependant, il y a actuellement peu de connaissances dans les travaux scientifiques sur les symptômes de dissociation chez des populations infantiles et sur les facteurs qui y sont associés puisque les recherches ont commencé à investiguer ce phénomène seulement depuis quelques années (Hulette, Fisher, Kim, Ganger, & Landsverk, 2008; Silberg, 2000). Afin de mieux comprendre les symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire, une définition générale de la dissociation ainsi qu'une présentation de ses principales manifestations chez les enfants seront présentées.

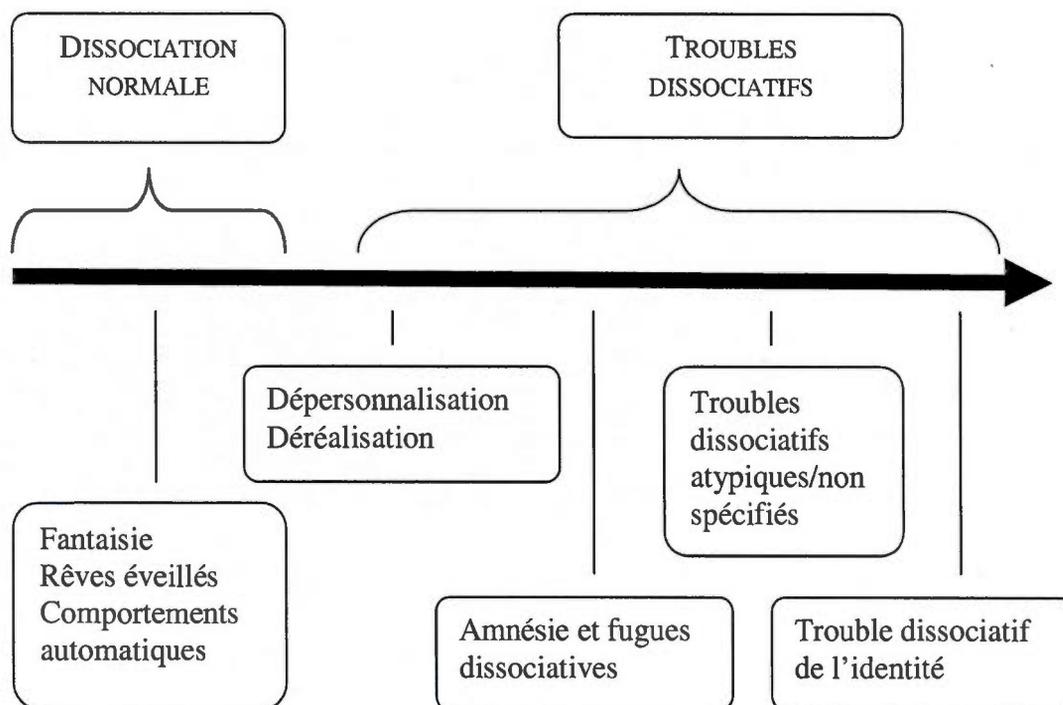
1.3 Définition de la dissociation

La dissociation se définit par une séparation structurelle des processus psychologiques et des fonctions habituellement intégrés de la conscience, de la mémoire, de l'identité et de la perception (American Psychiatric Association [APA], 2000; Putnam, 1997). Elle comprend les états de fugue, d'amnésie ainsi que des sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation (Collin-Vézina, Hébert, & Brabant, 2005; Waller, Putnam, & Carlson, 1996). L'amnésie dissociative consiste en

l'incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, habituellement traumatiques ou stressants (APA, 1994). Les fugues dissociatives sont généralement des fugues du domicile ou du lieu de travail accompagnées d'une certaine confusion de l'identité et d'amnésie (APA, 1994). La dépersonnalisation est liée à un sentiment de détachement, d'irréalité ou d'étrangeté par rapport à soi-même (sentiment d'être dans un rêve, s'observer de l'extérieur) alors que la déréalisation est une expérience subjective de sentiment d'irréalité ou d'étrangeté au monde extérieur (objets extérieurs changent de forme) (APA, 2000).

La dissociation est évaluée sur un continuum de comportements de type normal (rêves éveillés) à pathologique (trouble dissociatif de l'identité) (Brunet, Holowka, & Laurence, 2001). La figure 1.1 présente le continuum de sévérité de la dissociation. La dissociation fait donc partie des expériences normalement et occasionnellement vécues par un être humain (par exemple, conduire sans avoir eu conscience du trajet effectué). Les expériences dissociatives deviennent un problème lorsqu'elles sont de longues durées, démesurées et récurrentes (Freyd, 1996). La dissociation pathologique reflète un déficit sévère dans le développement, l'organisation et l'intégration des diverses expériences vécues dans le soi (Jones, 2001; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997; Putnam, 1997). Chez les personnes vivant de la dissociation pathologique, les réponses corporelles, les émotions, les actions et les souvenirs ont peu de liens ensemble (Van Den Bosch, Verheul, Langwland, & Van Den Brink, 2003). Par conséquent, ceci implique une rupture de l'intégration normale de la mémoire (souvenirs), de la perception (confusion entre la réalité et la fantaisie) ou de l'identité (habiletés changeantes, discuter ou argumenter à voix haute) (APA, 1994). Ce type de dissociation est rarement ou même jamais vécu dans la population générale (Putnam, 1997). Par ailleurs, la dissociation non pathologique et la dissociation pathologique semblent prédire des trajectoires développementales fondamentalement différentes (Putnam, 1997).

Figure 1.1 : Continuum de la dissociation (Shirar, 1996)



1.4 Dissociation chez les enfants

Dans les écrits scientifiques, ce sont les études effectuées sur des adultes présentant des symptômes dissociatifs qui ont souligné l'importance de la période préscolaire dans l'apparition initiale de ces symptômes (Fleming, Mullen, Sibthorpe, & Bammer, 1999; Van Den Bosch et al., 2003). En effet, des adultes présentant des troubles dissociatifs ont rapporté que ces symptômes avaient débuté lors de la période préscolaire et plus précisément, avant l'âge de cinq ou six ans (Putnam, 1993). Ainsi, c'est lors de la période préscolaire que les expériences vécues par l'enfant dont les souvenirs, les perceptions et l'identité personnelle, vont influencer le développement d'un soi intégré chez l'enfant (Putnam, 1997). La dissociation semble ainsi se développer lors de la période préscolaire conséquemment à l'acquisition des habiletés fantaisistes et imaginatives. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que

les enfants d'âge préscolaire présentent typiquement des niveaux plus élevés de dissociation non pathologique relativement aux enfants plus âgés (Putnam, 1997).

Les manifestations de la dissociation chez les enfants sont les mêmes que chez les adultes soit des difficultés de mémoire, de perception ou d'identité (Putnam, 1997). Selon Wieland (2011), les symptômes de dissociation chez les enfants peuvent être regroupés en quatre catégories distinctes : comportementaux, émotionnels, cognitifs et physiques. Les symptômes comportementaux qui sont plus facilement observables comprennent le fait d'agir plus jeune que son âge (régressions du comportement), de devenir subitement agressif ou de changer rapidement de façons d'agir, d'avoir le regard vide, de changer de voix subitement et de présenter une variation dans ses habiletés et ses préférences (Putnam, Helmers, & Trickett, 1993). Les symptômes émotionnels se manifestent par une certaine labilité, une absence d'émotion ou une émotion inadaptée à la situation vécue par l'enfant (colère face à une situation positive) (Hornstein, 1996). Les symptômes cognitifs s'expriment par des pertes de mémoire, des difficultés à se repérer dans le temps et des expériences hallucinatoires telles qu'entendre des voix, avoir des amis imaginaires ou se sentir plus jeune/vieux que son âge (Silberg, 2004). Les symptômes physiques regroupent la somatisation, les douleurs physiques transitoires, les blessures inexplicables et l'insensibilité à la douleur pendant une certaine période de temps (Nijenhuis, 2009). L'intensité, la durée et la fréquence des symptômes de dissociation présents chez l'enfant déterminent si ceux-ci sont pathologiques (Wieland, 2011).

Les jeux fantaisistes et la création d'amis imaginaires semblent typiques lors de la période préscolaire et ont tendance à diminuer lors de la période scolaire (Putnam, 1995). Selon Taylor, Carlson, Maring, Gerow, et Charley (2004), environ le deux tiers des enfants rapportent avoir eu un ami imaginaire avant l'âge de sept ans. Alors, il semble que la présence d'amis imaginaires dans l'enfance soit davantage liée à une tendance fantaisiste et créatrice qu'à un premier signe de pathologie future

(Carlson, Tahiroglu, & Taylor, 2008). Selon Silberg (2013), il y a trois éléments qui distinguent une expérience pathologique de celle normative concernant les amis imaginaires : 1- l'ami imaginaire contrôle l'enfant, 2- l'enfant est dérangé par la présence de l'ami imaginaire et 3- l'enfant reçoit des messages contradictoires de son ami imaginaire sur la façon de se comporter. Donc, l'expérience est considérée comme pathologique lorsque les amis imaginaires semblent contrôler, intimider ou effrayer l'enfant.

Plusieurs conséquences à court, moyen et long terme sont liées à la dissociation chez les enfants. À court terme, l'enfant peut présenter des difficultés de concentration et d'attention, des difficultés à apprendre de ses expériences ainsi que des difficultés à socialiser avec les autres enfants de son âge ce qui peut avoir un impact sur son cheminement scolaire et son développement interpersonnel (Shirar, 1996; Silberg, 2013). À moyen terme, l'enfant peut devenir isolé socialement puisqu'il est davantage centré sur son univers interne que son univers interpersonnel (Silberg, 2013). L'enfant peut aussi avoir davantage de difficultés à négocier les défis liés aux différentes étapes développementales (Putnam, 1997). Par ailleurs, l'utilisation répétitive de la dissociation comme stratégie face à des événements stressants peut contribuer au développement d'une certaine rigidité des états de conscience chez l'enfant (Wieland, 2011). À long terme, cette rigidité peut entraîner des difficultés de symbolisation des événements et empêcher l'enfant d'avoir accès à ses apprentissages passés en lien avec les expériences vécues (Putnam, 1997; Silberg, 2013; Wieland, 2011). La revictimisation est une conséquence importante de la dissociation parce qu'il est probable que les enfants ayant appris à se détacher de leur douloureuse réalité ne seront pas en mesure de percevoir les signes d'une situation potentiellement abusive lorsqu'ils seront adultes (Hulette, Kaehler, & Freyd, 2011).

1.5 Dissociation, période préscolaire et trauma

Plusieurs auteurs ont souligné que les symptômes de dissociation sont particulièrement susceptibles de se manifester lors de la période préscolaire, s'il y a mauvaise intégration ou rupture du soi liée à des expériences traumatiques vécues par l'enfant. L'expérience traumatique vécue lors de la période préscolaire peut entraîner une rupture de l'organisation du soi et de l'autorégulation des émotions (Weber, 2008). Ainsi, le trauma peut être lié à des difficultés de différenciation des états affectifs et par le fait même, augmenter l'utilisation de la dissociation face à celui-ci (Putnam, 1997). La dissociation représente la difficulté à intégrer le trauma dans le soi. À long terme, les conséquences de l'absence d'intégration du trauma conduit l'enfant à utiliser la dissociation chaque fois qu'il est face à une situation difficile, problématique ou stressante (Foa & Hearst-Ikeda, 1996). Selon Freyd (1996), la dissociation est davantage susceptible d'être utilisée lorsque le trauma vécu par l'enfant est intrafamilial, permettant ainsi à l'enfant de maintenir un lien d'attachement positif avec la personne lui prodiguant les soins nécessaires. Dans ce cas-ci, la dissociation est adaptative plutôt que pathologique puisqu'elle permet le maintien du lien garantissant à l'enfant que ses besoins de base seront comblés (Freyd, 1996). La dissociation peut être considérée comme une stratégie d'adaptation nécessaire permettant l'intégrité du soi face à un trauma, mais elle devient une menace pour le fonctionnement optimal de l'enfant lorsqu'elle est utilisée par l'enfant face à toutes les situations rencontrées, que le danger soit réel ou anticipé (Banyard, Williams, & Siegel, 2001; Carlson, Yates, & Sroufe, 2009).

Tel que mentionné précédemment, la dissociation chez les enfants se manifeste par une rupture de la mémoire, des perceptions ou de l'identité. Une rupture de la mémoire chez l'enfant ayant vécu un trauma peut notamment se manifester par l'absence de souvenirs de l'événement traumatique. L'enfant peut continuer de nier en affirmant que l'événement ne s'est pas produit malgré des

preuves évidentes de sa véracité (Putnam, 1995). Toutefois, les détails de l'événement traumatique sont encodés dans la mémoire bien qu'ils ne soient pas accessibles à la conscience (Alpert, 1995). Ces informations pourront néanmoins devenir accessibles ultérieurement dans la vie de l'enfant. Une rupture des perceptions se manifeste par une confusion entre la réalité et la fantaisie (Bernstein & Putnam, 1986). L'enfant risque ainsi d'avoir de la difficulté à distinguer les éléments réellement liés à l'événement traumatique de ceux qui ne le sont pas. Finalement, une rupture de l'identité se manifestera chez l'enfant par une variation des habiletés et des aptitudes dans le temps (par exemple, oublier des éléments déjà acquis tels que la propreté et démontrer des régressions du comportement). L'enfant peut aussi manifester des difficultés avec la perméabilité des frontières entre le soi et l'imaginaire. Ce type de rupture serait plus prévalent chez les enfants ayant une histoire de maltraitance que chez les enfants n'ayant pas ce type d'historique (Macfie et al., 1999).

1.5.1 Modèles explicatifs de la dissociation

Dans cette section, le modèle psychodynamique ainsi que la théorie de l'évitement de l'affect seront abordés afin d'expliquer le développement de la dissociation en lien avec un événement traumatique. Les événements traumatiques vécus par l'enfant tels que l'AS, l'agression physique et la négligence ont été associés au développement de la dissociation depuis que Freud et Janet s'y sont intéressés. Freud (1926) a suggéré que le trauma précipite les mécanismes de défense - en l'occurrence la dissociation - afin de gérer physiquement et psychologiquement l'anxiété qui lui est associée. Dans le même sens, certains auteurs décrivent la dissociation comme une stratégie ou une défense utilisée pour faire face à un trauma sévère en bloquant temporairement les émotions liées à des souvenirs ou des événements douloureux (Foa & Hearst-Ikeda, 1996; Putnam, 1991, 1997). Ce mécanisme est présenté comme une fuite psychologique lorsque l'enfant est

confronté à un événement traumatique et que la fuite physique est impossible (APA, 1994, 2000). Donc, selon le modèle psychodynamique, la dissociation est considérée comme un mécanisme de défense apparaissant en réponse à un conflit intrapsychique chez l'enfant, pouvant être adapté lors du trauma et devenir inadapté à long terme.

La théorie de l'évitement de l'affect s'appuie sur la littérature développementale et en particulier, le modèle des états comportementaux discrets (Putnam, 1997), la théorie de l'attachement (Liotti, 1999, 2009), la théorie des affects (Damasio, 1999) et la neurobiologie interpersonnelle (Siegel, 1999, 2010). Selon cette théorie intégrative, le développement des symptômes de dissociation est un processus développemental à long terme se produisant dans un environnement interpersonnel. Ainsi, l'environnement dans lequel l'enfant évolue, accentue les conflits entre les différents états du soi et empêche le développement d'un soi intégré chez l'enfant lui permettant de traiter plus facilement les émotions fortes et les expériences douloureuses.

Selon le modèle des états comportementaux discrets de Putnam (1997), le développement normal de l'enfant implique un processus d'alternance et de changements d'états. Ainsi, la flexibilité et la liberté de se déplacer au sein des différents états est caractéristique d'un développement sain chez l'enfant. Putnam propose donc que le développement du cerveau ait été interrompu suite au trauma vécu par l'enfant. Par conséquent, les enfants ayant vécu un traumatisme développent des états basés sur la peur qui deviennent imperméables à la régulation et séparés dans le temps plutôt que flexibles. Selon la théorie de l'attachement (Liotti, 1999, 2009), le développement de l'alternance et de déplacement des différents états comportementaux chez l'enfant est lié à la réponse et à la réaction de la figure parentale. Par ailleurs, l'enfant qui évolue dans un milieu instable développe différentes représentations mentales de la figure parentale : réconfortante, besoin de réconfort, blessante, blessée et aussi, plusieurs représentations mentales de soi en

réponse à la figure parentale : je suis réconforté, je dois réconforter, je suis blessé ou je blesse les autres. L'enfant devient alors fragmenté entre les différents états : sauveur, victime et agresseur et cette fragmentation contribue à une certaine vulnérabilité émotionnelle face à des situations traumatiques. Donc, les enfants présentant un attachement de type désorganisé semblent davantage vulnérables au développement de la dissociation puisque l'instabilité de la disponibilité de la figure parentale, caractéristique de ce type d'attachement, entraîne une certaine fragmentation chez l'enfant (Harari, Bakermans-Kranenburg, & Ijzendoorn, 2007). Selon la perspective neurobiologique interpersonnelle (Siegel, 1999, 2010), le développement de soi est un processus dyadique dans lequel les réponses de l'environnement aux actions de l'enfant façonnent l'esprit de l'enfant. La conscience de soi se développe par un processus d'interactions interpersonnelles; l'environnement validant, reflétant et régulant les états affectifs permettant ainsi à l'enfant d'apprendre à reconnaître ses changements d'états affectifs et à les réguler par lui-même. Selon la théorie de l'affect (Damasio, 1999), c'est la conscience de base des affects qui permet à la conscience de soi d'émerger. Chez les enfants ayant vécu un trauma, les affects de terreur, d'humiliation et de douleur deviennent quelque chose à éviter plutôt que de contribuer à construire la continuité du soi. L'affect devient un signal d'évitement, de perte de mémoire et de désorganisation plutôt que d'intégration du soi. C'est l'environnement interpersonnel dans lequel l'enfant évolue qui renforce les modèles de travail internes dans des schémas rigides de comportement (Silberg, 2013).

En résumé, l'enfant est dépendant de son environnement immédiat pour l'aider à intégrer cet événement traumatique dans le soi comme faisant partie d'un tout. Le fait de vivre un traumatisme précoce combiné avec le manque de constance des soins administrés par la figure parentale contribuent à renforcer une certaine fragmentation des différentes représentations mentales de la figure parentale chez l'enfant. Chez les enfants ayant vécu un traumatisme, la cessation de l'attention

positive de la part de la figure parentale n'est pas toujours prévisible et la honte associée à cette absence d'attention est fréquemment déclenchée. L'absence de reconnaissance du trauma vécu et des émotions qui y sont associées par l'environnement de l'enfant entraînera l'arrêt du mouvement entre les différents états afin de limiter que la détresse envahisse les autres états. Par le fait même, la terreur et la détresse liée à la figure parentale deviennent aussi des représentations internes déclenchant des comportements d'évitement. Donc, le système d'attachement et le système défensif s'activent simultanément chez l'enfant (Kédia, 2012). Les affects suscités par l'interaction avec la figure parentale sont si intenses et pénibles qu'un modèle comportemental d'évitement de l'affect émerge. La rigidité et l'imperméabilité des changements d'états rendent ses patrons comportementaux d'évitement inadapés, résistant à l'intervention et renforcés par des réactions réciproques chez la figure parentale. Ainsi, l'esprit de l'enfant s'organise autour du principe de dissociation de l'affect visant à oublier des expériences liées aux affects et à ne pas ressentir la douleur liée à ces affects (Silberg, 2013). En conséquence, face à une situation stressante l'enfant risque d'être dans un état automatique et n'aura pas accès aux autres états davantage appropriés à la situation (Silberg, 2013).

1.5.2 Dissociation, trauma et neurobiologie

Considérant que le modèle de Putnam (1997) propose que le développement du cerveau et des connexions neuronales entre les diverses parties du cerveau s'interrompt suite au trauma, un bref aperçu des connaissances neurobiologiques sur la dissociation seront présentées dans cette section. Peu d'études ont exploré l'existence de liens entre le fait de vivre un trauma, la dissociation et la neurobiologie. Certaines études effectuées sur les effets potentiels d'un trauma sur le développement du cerveau ont démontré que la dissociation est fortement corrélée avec une perte de volume du cerveau chez les enfants ayant vécu un traumatisme (Brunet et al., 2001; Putnam, 2009). Selon Bremner (2009), certaines régions du

cerveau sensibles au stress telles que l'hippocampe joue un rôle dans la dissociation. Une étude révèle la présence d'un hippocampe de plus petite taille chez des femmes victimes d'un trauma dans l'enfance affichant de la dissociation que chez des femmes faisant partie de la population non clinique (Vermetten, Schmahl, Lindner, Loewenstein, & Bremner, 2006). Selon Brunet et al. (2001), les ruptures de la mémoire seraient justement liées à une diminution de la taille de l'hippocampe dans le cerveau. D'autres auteurs ont démontré qu'une faible capacité d'emmagasinage de la mémoire visuelle est davantage associée à une dysfonction de l'hippocampe chez les enfants victimes de maltraitance plutôt qu'à une perte de volume (De Bellis, Hooper, Woolley, & Shenk, 2010). De plus, certaines hormones comme le cortisol seraient très actives lors de périodes dissociatives (Brunet et al., 2001). Lors du trauma, une grande quantité d'hormones liées au stress seraient relâchés entraînant ainsi une activation du système nerveux sympathique. Donc, le cerveau serait dans un état biochimique différent lors de l'encodage des expériences traumatiques et par conséquent, les pensées et les perceptions associées au trauma ne seraient pas intégrées de manière cohérente dans la mémoire (Bower & Sivers, 1998). Les connexions neuronales contribueraient à utiliser de plus en plus souvent la dissociation comme stratégie d'adaptation en réponse au stress (taux élevé de cortisol).

1.6 Facteurs liés au trauma et à la dissociation

Ce sont les études effectuées sur des populations adultes présentant des symptômes dissociatifs qui ont permis de confirmer des liens entre ceux-ci et un trauma dans l'enfance (Fleming et al., 1999; Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, & Lipschitz, 2006; Sar, Akyuz, & Dogan, 2007; Simpson & Miller, 2002). Certains auteurs rapportent que la prévalence d'expériences dissociatives est plus fréquente chez les personnes ayant vécu une AS qu'une autre forme de maltraitance dans l'enfance (Van Den Bosch et al., 2003). Une méta-analyse effectuée sur 26 études a

identifié une taille d'effet de 0,42 entre l'AS vécue dans l'enfance et les troubles dissociatifs à l'âge adulte (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Des études menées auprès d'enfants d'âge scolaire démontrent que la dissociation semble plus caractéristique de l'AS que des autres formes de mauvais traitements dans l'enfance tel que l'abus physique (Kisiel & Lyons, 2001; Wherry, Neil, & Taylor, 2009). Par ailleurs, la dissociation serait plus caractéristique des enfants victimes d'AS que l'état de stress post-traumatique. En effet, la victimisation sexuelle est associée à un risque huit fois plus élevé de présenter des symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique comparativement à un risque quatre fois plus élevé d'afficher un état de stress post-traumatique chez des enfants d'âge scolaire (Collin-Vézina & Hébert, 2005). À long terme, l'utilisation de la dissociation peut augmenter le risque de revictimisation en diminuant la capacité de l'enfant de reconnaître les situations d'agressions potentielles (De Prince, 2005; Hulette, Kaehler et al., 2011). Ces études effectuées sur des adultes et des enfants d'âge scolaire permettent de conclure à l'existence d'un lien entre le développement de la dissociation et l'AS vécue à l'enfance. Cependant, la majorité des études conduites à ce jour ont porté sur des populations adultes; les données peuvent ainsi dépendre de souvenirs rétrospectifs de maltraitance dans l'enfance possiblement biaisés en raison des capacités limitées de rappel des événements.

Certains facteurs liés au trauma peuvent influencer la présence et l'intensité des symptômes de dissociation. En effet, les caractéristiques de l'événement traumatique vécu telle la durée, la sévérité et le lien avec l'agresseur semblent prédire l'intensité future des symptômes dissociatifs affichés par l'enfant (Ogawa et al., 1997). Selon Alpert (1995), une AS chronique est davantage associée à la dissociation et la majorité des études suggère que l'AS particulièrement sévère en fonction des actes subis (pénétration orale, anale et vaginale) a un effet prédominant sur la dissociation (Draijer & Langeland, 1999; Kisiel & Lyons, 2001). En outre,

certaines études ont démontré que les enfants ayant vécu un trauma avant l'âge de 18 ans, commis par un parent biologique, sont plus susceptibles d'afficher des niveaux élevés de dissociation et de dissociation pathologique à l'âge adulte (Chu & Dill, 1990; De Prince, 2005; Freyd, Klest, & Allard, 2005; Hulette, Kaehler et al., 2011).

Par ailleurs, il semble que la sévérité des symptômes de dissociation présents à l'âge adulte soit liée à l'âge de l'enfant lors du trauma. Ainsi, des études rétrospectives ont démontré que la présence de symptômes de dissociation est plus élevée lorsque l'événement traumatique est vécu en bas âge (Zlotnick et al., 1996). En somme, les travaux scientifiques suggèrent que la durée, la sévérité, le lien avec l'agresseur et l'âge de l'enfant au moment du trauma sont des facteurs influençant le développement de symptômes dissociatifs (Chu, 1998). Cependant, il est important de noter que ce ne sont pas tous les enfants qui développent des symptômes de dissociation suite au trauma, malgré la présence de ces différents facteurs (Cicchetti & Rogosch, 1996).

1.7 Études effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire

Seulement quelques études se sont intéressées à la présence de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant vécu des traumas interpersonnels. Des études récentes ont identifié un lien entre la maltraitance et un haut niveau de dissociation chez les enfants (Becker-Blease, Freyd, & Pears, 2004; Hulette, Freyd et al., 2008; Macfie et al., 2001a, 2001b; Ogawa et al., 1997). Les types de maltraitance considérés dans les études sont principalement l'AS, l'abus physique et la négligence. Les faits saillants de ces études seront résumés dans les prochains paragraphes.

Une étude effectuée sur un échantillon de 170 enfants âgés de trois à six ans révèle que les enfants ayant une histoire de maltraitance affichent plus de symptômes de dissociation que les enfants du groupe de comparaison, composé d'enfants recrutés

dans la communauté (Hulette, Freyd et al., 2008). Une autre étude de Hulette, Fisher et al. (2008) réalisée auprès de 139 enfants âgés de quatre à six ans, indique que les enfants ayant été polyvictimisés, c'est-à-dire ayant vécu une AS, un abus physique et une situation de négligence démontrent davantage de dissociation que les enfants ayant vécu un seul de ces traumatismes. Dans ces deux études, l'instrument de mesure utilisé pour évaluer la dissociation chez l'enfant est une sous-échelle dérivée du *Child Behavior Checklist* (CBC; Achenback & Rescorla, 2000) complété par le parent telle que validée par Sim et al. (2005).

Bien qu'ayant démontré que les enfants victimes de traumatismes affichent davantage de symptômes de dissociation, ces études présentent plusieurs limites méthodologiques, limitant la portée des résultats. D'abord, l'échelle utilisée pour mesurer la dissociation ne comporte que trois items (1- *semble confus ou être dans un brouillard*, 2- *fait des rêves éveillés ou est perdu dans ses pensées* et 3- *a le regard vide*). Ainsi, l'échelle utilisée évalue principalement les ruptures de la perception en négligeant de considérer les ruptures de la mémoire et de l'identité qui sont aussi des manifestations importantes de la dissociation. De plus, les résultats obtenus à cette sous-échelle n'ont pas été comparés à une mesure validée pour évaluer précisément la dissociation telle que le *Child Dissociative Checklist* (CDC; Putnam et al., 1993). En effet, le CDC est reconnu dans les écrits scientifiques puisqu'il permet de mesurer les différentes manifestations de la dissociation chez l'enfant et qu'en plus il offre l'avantage de fournir un seuil clinique de symptômes. Par ailleurs, dans les deux études concernées, l'échantillon d'enfants maltraités provenait uniquement de familles d'accueil. Cet aspect de la méthodologie utilisée ne permet pas de généraliser les résultats aux enfants demeurant encore avec un de leur parent. D'ailleurs, dans l'étude d'Hulette, Freyd et al. (2008), certains répondants ayant été invités à compléter la mesure de dissociation connaissaient les enfants depuis moins d'un mois (17 jours). De plus, l'absence d'analyses permettant de comparer les différents traumatismes vécus dans l'étude de Hulette, Freyd et al. (2008), ne permet pas de bien

cerner les effets, les différences et l'influence de chacun sur la présence des symptômes de dissociation. Finalement, concernant l'étude de Hulette, Fisher et al. (2008), les échantillons d'enfants ayant vécu une AS et de la polyvictimisation sont inférieurs à 20 enfants ce qui limite l'analyse plus précise des variables influençant la fréquence des symptômes de dissociation.

L'étude de Macfie et al. (2001b), réalisée auprès d'un échantillon de 198 enfants âgés de trois à six ans a démontré que les enfants maltraités ont plus de symptômes de dissociation que les enfants non-maltraités tels que rapportés par le parent. Par ailleurs, les enfants victimes d'abus physique semblent présenter davantage de dissociation que les enfants agressés sexuellement et ces deux groupes d'enfants, semblent afficher davantage de dissociation que les enfants victimes de négligence ou n'ayant pas été maltraités. De plus, la sévérité et la chronicité du trauma semblent significativement liées à la présence de dissociation. Par contre, dans cette étude, 52% des enfants ont vécu plus d'un type de trauma (AS, abus physique ou négligence) et par conséquent, il n'est pas possible de départager les effets spécifiques de chaque type de maltraitance étudié, ce qui représente une limite importante. De plus, l'échantillon composé d'enfants ayant vécu une AS ($n = 37$) est de petite taille comparativement aux groupes d'enfants abusés physiquement ($n = 58$) et d'enfants négligés ($n = 60$). Finalement, aucune analyse n'a permis de vérifier si le sexe des enfants est lié aux symptômes de dissociation ni n'a évalué l'évolution des symptômes de dissociation au fil du temps.

1.7.1 Études longitudinales effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire

Dans les travaux scientifiques actuels, peu d'études effectuées sur des populations infantiles et en particulier, sur des enfants d'âge préscolaire ont exploré le développement et le maintien des symptômes de dissociation à travers le temps. À notre connaissance, trois études réalisées auprès d'enfants maltraités (AS, abus

physique, négligence) ont étudié l'évolution des symptômes de dissociation sur une certaine période de temps. D'abord, Ogawa et al. (1997) ont effectué une étude longitudinale auprès de 168 enfants sur une période de 19 ans, permettant ainsi d'évaluer la dissociation lors de plusieurs périodes développementales (enfance, préscolaire, scolaire, adolescence et jeune adulte). Cette étude révèle que les enfants ayant vécu un trauma dans l'enfance démontrent des scores de dissociation plus élevés lors de toutes les périodes développementales subséquentes. De plus, les symptômes de dissociation lors de la période préscolaire semblent prédits par l'AS, l'abus physique et la négligence. Cette recherche indique aussi que les caractéristiques de l'événement traumatique vécu notamment, la durée, la sévérité ainsi que le lien avec l'agresseur, semblent prédire l'intensité future des symptômes de dissociation présentés par l'enfant. Les auteurs ont créé une sous-échelle de 11 items correspondant aux items du *CDC* (Putnam et al., 1993) à partir des items du *CBC* (Achenbach & Edelbrock, 1983) complété par le parent et du *Teacher Report Form* par le professeur (*TRF*; Edelbrock & Achenbach, 1984). Malgré que cette étude ait permis de démontrer que le fait de vivre un trauma dans l'enfance a un effet à long terme sur le développement des symptômes de dissociation, elle présente certaines limites. Certains types de dissociation (ruptures de la mémoire) sont très peu représentés dans le choix des items du *CBC* (seulement un item) même si cette sous-échelle permettant de mesurer la dissociation a été établie en lien avec les items d'une mesure validée. Par ailleurs, il est difficile de généraliser les résultats concernant l'AS étant donné que le nombre d'enfants ayant vécu chacun des traumas considérés dans cette étude n'a pas été décrit clairement par les auteurs.

Une étude récente présentée par Hulette, Freyd, et Fisher (2011) a été réalisée auprès de 118 enfants âgés de sept à 12 ans (67 placés en famille d'accueil et 51 composant le groupe de comparaison) ayant participé antérieurement à une étude plus vaste alors qu'ils étaient âgés de trois à cinq ans. Les résultats démontrent que les enfants maltraités pendant la période préscolaire continuent de démontrer des niveaux

élevés de symptômes de dissociation plusieurs années après avoir vécu l'expérience traumatique. Afin de mesurer les symptômes de dissociation présents chez les enfants, les parents ont complété le *CDC* (Putnam et al., 1993). Par contre, une limite de cette étude concerne la généralisation des résultats. En effet, il est difficile de bien établir les effets des différents traumas sur les symptômes de dissociation considérant que le nombre d'enfants est inférieur à 15 pour chacun des groupes de victimes d'AS, d'abus physique et de polyvictimisation. Aussi, l'échantillon est composé seulement d'enfants ayant été retirés du milieu familial et placés en famille d'accueil, ne permettant pas de généraliser les résultats par exemple aux enfants demeurant encore avec un parent. Au Canada en 2011, seulement 0,5% de tous les enfants âgés de 14 ans et moins étaient déclarés comme étant des enfants en famille d'accueil.

La troisième étude, réalisée par Macfie et al. (2001a), porte sur un échantillon de 78 enfants âgés de trois à cinq ans et s'échelonne sur une période d'un an. Dans cette étude longitudinale, les parents ont complété le *Child Dissociative Checklist* (Putnam et al., 1993), à deux reprises afin de rapporter les symptômes de dissociation présents chez l'enfant. Les résultats lors des deux évaluations révèlent que les enfants maltraités affichent davantage de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas vécu de maltraitance. Lors de la relance, les enfants agressés sexuellement et physiquement présentent plus de symptômes de dissociation un an plus tard que les enfants ayant vécu de la négligence. Malgré les forces de cette étude, les analyses effectuées ne tiennent pas compte des caractéristiques liées au trauma, soit la durée, la sévérité et le lien entre l'enfant et l'agresseur. Pourtant, les études sur les populations adultes (Alpert, 1995) et sur les enfants d'âge scolaire (Collin-Vézina & Hébert, 2005) ont démontré que les caractéristiques du trauma ont un effet important sur le développement et la prédiction des symptômes de dissociation. En outre, les analyses réalisées dans l'étude de Macfie et al. (2001a) n'ont pas exploré la possible influence du sexe de l'enfant sur la présence et l'évolution des symptômes de dissociation.

1.7.2 Dissociation chez les filles et les garçons d'âge préscolaire

Peu d'études scientifiques se sont intéressées aux possibles différences entre les filles et les garçons concernant les symptômes de dissociation et plus précisément, auprès des enfants d'âge préscolaire. Deux études ont démontré qu'il n'y avait pas de différences quant aux symptômes de dissociation entre les garçons et les filles d'âge préscolaire chez des enfants faisant partie de la population non-clinique (Carlson et al., 2008) et des enfants ayant vécu de la maltraitance (Putnam, 1996). Par contre, deux études menées auprès d'enfants d'âge scolaire, la première effectuée auprès de 350 jeunes âgés de sept à 18 ans incluant des enfants ayant dévoilé une AS et la deuxième, réalisée auprès de 118 enfants âgés de sept à 12 ans ayant vécu différentes expériences de maltraitance, démontrent que le sexe de la victime est un prédicteur des symptômes; les filles étant plus susceptibles que les garçons d'afficher des symptômes de dissociation (Friedrich, Jaworski, Huxsahl, & Bengston, 1997; Hulette, Freyd et al., 2011). Toutefois, selon l'étude de Wherry et al. (2009) effectuée auprès d'un échantillon de 232 enfants âgés de six à 13 ans victimes d'AS ou d'abus physique, les garçons seraient davantage susceptibles de présenter des symptômes dissociatifs de type pathologique (par exemple, avoir deux personnalités distinctes ou parler de soi-même à la troisième personne) comparativement aux filles. Ces résultats contradictoires et l'absence de modèle explicatif de la dissociation en fonction du sexe de l'enfant suggèrent qu'une investigation approfondie est requise pour mieux comprendre l'influence du sexe en lien avec les symptômes de dissociation, notamment chez les enfants d'âge préscolaire.

1.8 Détresse parentale et dissociation chez les enfants

À notre connaissance, la très grande majorité des études antérieures portant sur les enfants d'âge préscolaire ont évalué la dissociation chez les enfants par l'intermédiaire d'une évaluation complétée par les parents. Par ailleurs, ces

différentes études n'ont pas considéré l'influence possible de la détresse psychologique du parent sur son évaluation des symptômes de dissociation chez l'enfant. Pourtant, il est documenté dans les écrits scientifiques que la détresse parentale est fortement corrélée à l'évaluation faite par le parent des troubles de comportement présents chez l'enfant (Leonard, Hellerstedt, & Josten, 1997). En effet, les mères affichant des symptômes de détresse psychologique notamment, de dépression et d'anxiété, rapportent davantage de troubles de comportements intériorisés et extériorisés chez leur enfant que l'enfant en rapporte lui-même (Chilcoat & Breslau, 1997; De Los Reyes & Kazdin, 2005). Aussi, les mères dépressives rapportent davantage de troubles de comportements chez leurs enfants que les mères non-dépressives (Najman et al., 2000; Van Der Toorn et al., 2010). Dans ce contexte, il semble particulièrement important de contrôler pour la détresse psychologique du parent lorsque l'évaluation des symptômes de dissociation chez l'enfant est basée sur les perceptions du parent afin d'obtenir un portrait plus juste et valide des symptômes de l'enfant.

En résumé, les quelques études menées auprès d'échantillons d'enfants d'âge préscolaire suggèrent que les enfants ayant vécu un trauma présentent davantage de symptômes de dissociation que les enfants n'en ayant pas vécu. Les travaux scientifiques sont limités et aucune étude n'a différencié la nature des symptômes de dissociation (normal vs. pathologique) chez les enfants maltraités et les enfants n'ayant pas vécu de traumas. Actuellement, les recherches empiriques concernant les enfants d'âge préscolaire sont limitées quant aux facteurs associés aux symptômes de dissociation alors que, les résultats des études menées auprès de clientèles adultes ont révélé que les caractéristiques (durée, sévérité, type d'AS) du trauma sont liées à la dissociation. Le même constat est présent en ce qui concerne le sexe de l'enfant puisqu'il existe actuellement peu de données sur l'importance de ces variables dans l'explication de l'intensité des symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire. Par ailleurs, dans les études menées à ce jour, les échantillons d'enfants

agressés sexuellement sont généralement de petite taille et incluent des enfants ayant vécu différents traumatismes. Dans ce contexte, il demeure difficile de bien cerner la spécificité des symptômes de dissociation et leur évolution chez les enfants victimes d'AS. Finalement, les études menées à ce jour n'ont pas contrôlé pour la détresse du parent dans leurs analyses, ce qui peut compromettre l'évaluation des symptômes de l'enfant. En conséquence, la présente thèse vise à contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine de recherche en considérant aussi les symptômes de dissociation pathologique chez des enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS, sur une période d'un an tout en considérant les caractéristiques de l'AS et le sexe de l'enfant comme facteurs influençant et prédisant les symptômes de dissociation.

1.9 Objectifs de la thèse

L'objectif principal de cette thèse est de documenter la présence et l'évolution des symptômes de dissociation sur une période d'un an, chez des enfants victimes d'agression sexuelle d'âge préscolaire. Pour réaliser cet objectif, la fréquence des symptômes de dissociation chez les enfants victimes d'AS sera comparée à celle présente chez un groupe de comparaison composé d'enfants n'ayant pas dévoilé d'AS. Aussi, les facteurs tels que les caractéristiques de l'AS et le sexe de l'enfant seront considérés afin de vérifier s'ils contribuent à la prédiction des symptômes de dissociation un an plus tard. Ces objectifs seront examinés à partir d'un échantillon d'enfants âgés de quatre à six ans incluant un groupe d'enfants ayant dévoilé une agression sexuelle recrutés à la clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Ste-Justine et au Centre d'expertise Marie-Vincent ainsi qu'un groupe de comparaison recruté dans certaines écoles publiques ou dans des Centres de la Petite Enfance. Le devis de recherche de cette thèse est longitudinal s'étendant ainsi sur une période d'un an.

La présente recherche doctorale s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste intitulé *Évolution des symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle* mené par Martine Hébert, Ph.D., et financé par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH). La thèse comporte deux articles empiriques (Chapitres II et III) et se conclut par une discussion générale (Chapitre IV). Le premier article examine la présence de symptômes de dissociation chez des enfants victimes d'AS lors de l'évaluation initiale alors que le second article porte sur l'évolution des symptômes de dissociation sur une période d'un an.

Dans le premier article, les symptômes de dissociation (incluant la dissociation pathologique) présents chez un groupe de 76 enfants victimes d'AS sont comparés à ceux présentés par 81 enfants n'ayant pas dévoilé d'AS et ce, en considérant le sexe de l'enfant. Les symptômes de dissociation affichés par le groupe d'enfants ayant dévoilé une AS sont analysés en fonction des caractéristiques propres à l'AS vécue. Des ANOVAs, ANCOVAs et des analyses de Chi-Carré ont été utilisés. Cet article est intitulé « *Symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle* » et a été publié dans le *Journal International de Victimologie* (Bernier, Hébert, & Collin-Vézina, 2011).

Dans le deuxième article, l'évolution des symptômes de dissociation (incluant la dissociation pathologique) est analysée en comparant 48 enfants victimes d'AS et 71 enfants d'un groupe de comparaison rencontrée lors d'une deuxième évaluation un an plus tard. Les caractéristiques de l'AS et le sexe de l'enfant sont des variables considérées dans la prédiction des symptômes de dissociation un an plus tard chez les enfants victimes d'AS. Des ANCOVAs et des régressions multiples sont utilisées. Cet article intitulé « *Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children* » a été publié dans le *Journal of Trauma and Dissociation* (Bernier, Hébert, & Collin-Vézina, 2013).

CHAPITRE II

SYMPTÔMES DE DISSOCIATION CHEZ LES
ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE AYANT
DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE
(ARTICLE I)

Symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une
agression sexuelle

Marie-Josée Bernier¹, Martine Hébert² et Delphine Collin-Vézina³

¹Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec,
Canada

²Département de Sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec,
Canada

³École de service social, Université McGill, Montréal, Québec, Canada.

Article publié dans le *Journal International de Victimologie*, 2011, Tome 9(2), pp.
318-332.

Cet article est tiré de la thèse de la première auteure soumise comme exigence partielle pour l'obtention d'un diplôme de doctorat en psychologie. La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à une subvention octroyée à la deuxième auteure par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH). La première auteure a bénéficié d'une bourse de doctorat de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants. Les auteurs souhaitent remercier les enfants et les parents qui ont participé à cette étude, les membres de la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Ste-Justine, spécialement, Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D. et Claire Allard-Dansereau, M.D ainsi que le personnel du Centre d'Expertise Marie-Vincent.

Résumé

La présente étude vise à documenter la présence de symptômes de dissociation chez des enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle. Plus spécifiquement, la fréquence des symptômes de dissociation normaux et pathologiques sera considérée en fonction du sexe des enfants. L'échantillon se compose d'un groupe de 76 enfants âgés de quatre à six ans ayant dévoilé une agression sexuelle ainsi que d'un groupe de comparaison composé de 81 enfants âgés de quatre à six ans n'ayant pas dévoilé d'agression sexuelle. Les parents ont complété une mesure évaluant leur propre niveau de détresse psychologique ainsi qu'une mesure évaluant les symptômes de dissociation chez leurs enfants. Les résultats indiquent que la fréquence des symptômes de dissociation est plus élevée chez les enfants ayant vécu une agression sexuelle que chez les enfants n'en ayant pas dévoilé. Les données révèlent que les enfants victimes d'agression sexuelle présentent davantage de symptômes de dissociation de nature pathologique que les enfants non victimes. Près du quart des enfants victimes d'agression sexuelle obtiennent des scores atteignant le seuil clinique de dissociation. Malgré la différence entre les deux groupes concernant les symptômes de dissociation, les analyses n'identifient pas d'effet lié au sexe.

Mots-clés : Agression sexuelle, enfants, dissociation, préscolaire, pathologique, symptômes

Abstract

The present study aims to document dissociative symptoms in preschoolers disclosing sexual abuse. Specifically, this study explores the frequency of normal and pathological dissociation symptoms in function of child' gender. The sample consists of 76 children aged between 4 to 6 years old who disclosed sexual abuse. A comparison group of 81 children aged between 4 and 6 years old who did not disclosed sexual abuse was also recruited. The children's dissociative symptoms were evaluated by means of parents' reports. A measure of psychological distress was also completed by parents. Results reveal that the frequency of dissociative symptoms was more important among children who disclosed sexual abuse than children of comparison group. Children who disclosed sexual abuse displayed greater frequency of items defining pathological dissociation. Almost a quarter of children victims of sexual abuse displayed dissociation scores in the clinical range. Although a difference was found between the two groups, no significant difference is found between boys and girls in regards to dissociative symptoms.

Keywords: Sexual abuse, children, dissociation, preschoolers, pathological, symptoms

Introduction

L'agression sexuelle (AS) chez les enfants est une problématique importante dans la société actuelle. En effet, l'AS est considérée parmi les principaux crimes violents commis contre des enfants déclarés aux autorités policières (Statistique Canada, 2010). Une méta-analyse effectuée sur 65 études portant sur 22 pays différents révèle que la prévalence de l'AS avant l'âge de 18 ans est d'environ un homme sur dix et une femme sur cinq (Pereda, Guilera, Forns, & Gomez-Benito, 2009). Au Canada, plus de la moitié du nombre total d'AS rapportées en 2008 concernent les jeunes âgés de moins de 18 ans et de ce nombre, environ 25% impliquent de très jeunes enfants âgés de trois à huit ans (Statistique Canada, 2010).

Les études empiriques sur les AS dans l'enfance ont démontré que plusieurs conséquences psychologiques à court, moyen ou long terme y sont associées et se répercutent dans plusieurs domaines de la vie de l'enfant (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003). Les enfants dévoilant une AS sont davantage susceptibles de présenter des comportements intériorisés, des comportements extériorisés et des symptômes de stress post-traumatique comparativement à des enfants n'ayant pas vécu d'AS (Baril & Tourigny, 2009; Brière & Elliot, 2001; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993).

Outre les conséquences nommées précédemment, les enfants victimes d'AS affichent davantage de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas dévoilé d'AS (Collin-Vézina & Hébert, 2005). La dissociation est une conséquence importante de l'AS puisque les victimes sont susceptibles d'afficher de tels symptômes non seulement lors du dévoilement de la situation abusive mais aussi, tout

au long de leur développement (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001a, 2001b; Trickett, Noll, Reiffman, & Putnam, 2001). La dissociation se définit par une séparation structurelle des processus psychologiques qui sont habituellement intégrés tels que les pensées, les émotions, la mémoire et l'identité (American Psychiatric Association [APA], 2000; Putnam, 1997). La dissociation est évaluée sur un continuum de comportements de type normal (rêves éveillés) à pathologique (trouble dissociatif de l'identité) (Brunet, Holowka, & Laurence, 2001). La dissociation pathologique reflète un déficit sévère dans l'intégration et l'organisation des divers aspects des expériences vécues (Jones, 2001; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997).

Ce n'est que récemment que les recherches ont commencé à investiguer ce phénomène chez les enfants (Silberg, 2000). Bien qu'encore peu étudiées, les manifestations de la dissociation chez les enfants apparaissent être similaires à celles notées chez les adultes soient, des difficultés de mémoire, de perception ou d'identité et s'expriment par des comportements tels que des difficultés à apprendre de ses expériences, de fréquents rêves éveillés, du somnambulisme, des amis imaginaires et un mauvais sens du temps (Putnam, 1997; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993). Toutefois, il faut tenir compte que chez le jeune enfant, les jeux fantaisistes et la création d'amis imaginaires peuvent faire partie d'une étape de développement normal et ont tendance à diminuer lors de la période scolaire (Putnam, 1995). Ainsi, certains comportements peuvent illustrer une dissociation plus normative alors que d'autres comportements qualifient davantage des comportements plus pathologiques (deux personnalités distinctes).

L'analyse d'études effectuées sur des populations adultes présentant des symptômes dissociatifs suggère que la période préscolaire joue un rôle particulièrement important dans le développement de la dissociation. En effet, c'est

durant la période préscolaire que les expériences vécues telles que les souvenirs, les perceptions et l'identité personnelle vont influencer le développement d'un soi intégré chez l'enfant (Putnam, 1997). Le fait de vivre une expérience traumatique lors de cette période développementale peut affecter le processus d'intégration des expériences chez l'enfant et ainsi, favoriser l'émergence de symptômes de dissociation. En effet, les symptômes de dissociation sont susceptibles de se manifester lors de la période préscolaire s'il y a mauvaise intégration ou rupture du soi liée à des expériences traumatiques vécues par l'enfant telles qu'une AS, un abus physique et de la négligence (Macfie et al., 2001a; Putnam, 1997). L'expérience traumatique vécue lors de la période préscolaire peut entraîner une rupture de l'organisation du soi et de l'autorégulation des émotions (Weber, 2008). Le trauma entraîne des difficultés à différencier les états affectifs et peut augmenter l'utilisation de la dissociation comme stratégie d'adaptation face à celui-ci (Putnam, 1997). À long terme, les conséquences de l'absence d'intégration du trauma peuvent amener l'enfant à utiliser cette stratégie chaque fois qu'il est face à une situation difficile ou stressante (Foa & Hearst-Ikeda, 1996).

Certains facteurs liés au trauma semblent influencer la présence et l'intensité des symptômes de dissociation. Des études rétrospectives révèlent que la présence de symptômes de dissociation est plus élevée lorsque l'événement traumatique est vécu en bas âge (Zlotnick et al., 1996). Des études menées auprès d'enfants d'âge scolaire démontrent que la dissociation semble plus caractéristique de l'AS que des autres formes de mauvais traitements dans l'enfance (Kisiel & Lyons, 2001; Wherry, Neil, & Taylor, 2009). Par ailleurs, la victimisation sexuelle est associée à un risque huit fois plus élevé de présenter des symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Les caractéristiques de l'événement traumatique vécu telles la durée, la sévérité et le lien avec l'agresseur semblent jouer un rôle sur l'intensité des symptômes dissociatifs affichés par l'enfant. Ainsi, une AS chronique, très sévère (impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration) ou une AS

intrafamiliale serait associée à davantage de symptômes de dissociation chez les adultes et les enfants âgés de 10 à 18 ans (Alpert, 1995; Kisiel & Lyons, 2001). Cependant, il est important de noter que ce ne sont pas tous les enfants qui développent des symptômes de dissociation suite au trauma, malgré une AS intrafamiliale, très sévère ou chronique (Cicchetti & Rogosch, 1996).

Peu d'études se sont intéressées aux possibles différences entre les filles et les garçons et plus précisément, auprès des enfants d'âge préscolaire concernant les symptômes de dissociation. Par contre, une étude effectuée auprès de 350 jeunes âgés de 7 à 18 ans démontre que le sexe de la victime est un prédicteur des symptômes; les filles étant plus susceptibles d'afficher des symptômes de dissociation (Friedrich, Jaworski, Huxsahl, & Bengston, 1997). Mais, selon l'étude de Wherry et al. (2009) effectuée auprès d'un échantillon de 232 enfants âgés de six à 13 ans victimes d'AS ou d'abus physique, les garçons seraient davantage susceptibles de présenter des symptômes dissociatifs de type pathologique que les filles. Ces résultats contradictoires suggèrent qu'une investigation approfondie est requise pour mieux comprendre l'effet du sexe en lien avec les symptômes de dissociation, notamment chez les enfants d'âge préscolaire.

Seulement quelques études se sont intéressées à la présence de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant vécu des traumas de nature interpersonnelle. Une étude effectuée sur 170 enfants (âgés de trois à six ans) indique que les enfants ayant une histoire de maltraitance affichent davantage de symptômes de dissociation que les enfants du groupe de comparaison, composé d'enfants recrutés dans la communauté (Hulette et al., 2008). Bien qu'ayant démontré que les enfants victimes de traumas affichent davantage de symptômes de dissociation, cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. D'abord, l'échelle utilisée pour mesurer la dissociation ne comporte que quelques items ne permettant pas d'évaluer toutes les manifestations des comportements de dissociation. En effet, les auteurs ont utilisé une

sous-échelle de trois énoncés (semble être dans la brume, fait des rêves éveillés, a le regard vide) dérivée du *Child Behavior Checklist* (Achenbach & Rescorla, 2000) complété par le parent. Les résultats obtenus à cette sous-échelle ne couvrent pas l'ensemble des manifestations liées à la dissociation et n'ont pas été comparés à une mesure validée pour évaluer précisément la dissociation telle que le *Child Dissociative Checklist* (Putnam et al., 1993). Par ailleurs, l'échantillon d'enfants maltraités provient uniquement de familles d'accueil et par conséquent, la généralisation des résultats est limitée. Finalement, l'absence d'analyses permettant de comparer les différents traumas vécus ne permet pas de documenter les effets, les différences et l'influence de l'AS sur la présence des symptômes de dissociation.

D'autres études ont exploré la dissociation chez les enfants d'âge préscolaire. L'étude de Macfie et al. (2001b), effectuée auprès d'un échantillon de 198 enfants âgés de trois à six ans a démontré que les enfants maltraités (AS, abus physique et négligence confondus) présentent davantage de symptômes de dissociation que les enfants non-maltraités tels que rapportés par le parent à l'aide du *Child Dissociative Checklist* (Putnam et al., 1993). Les résultats indiquent que les enfants victimes d'abus physiques présentent davantage de dissociation que les enfants agressés sexuellement et ces deux groupes affichent davantage de dissociation que les enfants victimes de négligence ou n'ayant pas été maltraités. Aussi, la sévérité et la chronicité du trauma sont significativement liées à une fréquence plus importante des symptômes de dissociation. Il faut noter que 52% des enfants de cette étude ont vécu plus d'un type de trauma et que par conséquent, il n'est pas possible de départager les effets de chaque type de maltraitance étudié, ce qui représente une limite importante. De plus, l'échantillon composé d'enfants ayant vécu une AS (n = 37) est de petite taille comparativement aux groupes d'enfants abusés physiquement (n = 58) et d'enfants négligés (n = 60). Par ailleurs, aucune analyse n'a vérifié si le sexe des enfants peut être lié aux symptômes de dissociation.

Une autre étude effectuée par Macfie et al. (2001a), a été réalisée sur 78 enfants âgés de trois à cinq ans. Dans cette étude longitudinale, les parents ont complété le *Child Dissociative Checklist* (Putnam et al., 1993) à deux reprises. Les résultats lors de la première et de la deuxième évaluation (un an plus tard) révèlent que les enfants maltraités affichent plus de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas vécu de maltraitance. Les enfants agressés sexuellement et physiquement présentent plus de symptômes de dissociation un an plus tard que les enfants ayant vécu de la négligence. Malgré les forces de cette étude, les analyses effectuées ne tiennent pas compte des caractéristiques liées au trauma, soit la durée, la sévérité et le lien avec l'agresseur. Pourtant, plusieurs études ont démontré que les caractéristiques du trauma ont un effet important sur le développement des symptômes de dissociation, du moins chez les adultes (Alpert, 1995) ou chez les enfants d'âge scolaire (Collin-Vézina & Hébert, 2005).

À notre connaissance, aucune étude n'a comparé la nature des symptômes de dissociation (normal vs. pathologique) chez les enfants maltraités et les enfants n'ayant pas vécu de traumas. Par ailleurs, les études antérieures portant sur les enfants d'âge préscolaire n'ont pas considéré l'influence possible de la détresse psychologique chez le parent sur son évaluation des symptômes de dissociation chez l'enfant. Pourtant, l'influence de la détresse parentale sur l'évaluation des comportements présents chez l'enfant a été documentée dans les écrits scientifiques. En effet, certaines études révèlent que les mères affichant des symptômes de détresse psychologique notamment de dépression et d'anxiété, rapportent davantage de troubles de comportements intériorisés et extériorisés chez leur enfant que l'enfant lui-même (Chilcoat & Breslau, 1997; De Los Reyes & Kazdin, 2005). Aussi, les mères dépressives rapportent davantage de troubles de comportements chez leurs enfants que les mères non-dépressives (Najman et al., 2000). Donc, il semble nécessaire de contrôler pour la détresse psychologique du parent afin d'obtenir un portrait plus juste des symptômes de l'enfant.

L'objectif principal de cette étude est de documenter la présence de symptômes de dissociation chez les enfants victimes d'AS d'âge préscolaire. Plus précisément, le but est de comparer la fréquence de symptômes de dissociation chez les enfants victimes d'AS et les enfants non-victimes d'AS. En se basant sur les données antérieures, il est postulé que les enfants victimes d'AS présenteront davantage de symptômes de dissociation que les enfants du groupe de comparaison. Il est supposé que les caractéristiques de l'AS (durée, sévérité, lien avec l'agresseur) seront liées à l'intensité des symptômes de dissociation affichés par les enfants victimes. Finalement, les symptômes de dissociation dits normaux ou pathologiques présents chez les filles et les garçons seront comparés pour vérifier s'il existe un effet lié au sexe.

Méthodologie

Participants

Dans le cadre de cette étude, 76 enfants âgés de quatre à six ans (27 garçons et 49 filles) ayant dévoilé une AS et leurs parents ont été recrutés. Les familles ont été rencontrées dans deux sites d'intervention : la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Ste-Justine (n = 53) et le Centre d'Expertise Marie-Vincent (CEMV) (n = 23). Ils ont été sollicités lors du processus d'évaluation au CEMV et lors du premier rendez-vous médical où les participants rencontrent une équipe multidisciplinaire d'intervenants (médecin, infirmière et travailleur social) à la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Ste-Justine.

Un groupe de comparaison composé de 81 enfants âgés de quatre à six ans (32 garçons et 49 filles) n'ayant pas dévoilé d'AS a été recruté au sein d'écoles primaires de la Commission scolaire de Montréal (CSDM) ainsi que par le biais des centres de la petite enfance (CPE) de la région de Montréal. Une lettre de sollicitation a été

acheminée aux parents des enfants de quatre à six ans par l'entremise de la collaboration des enseignants et des éducateurs. Les rencontres se sont déroulées au domicile des participants ou au laboratoire de recherche à l'université.

Les enfants du groupe de comparaison présentent des caractéristiques similaires aux enfants du groupe de victimes d'AS en termes d'âge et de sexe. Toutefois, les deux groupes diffèrent concernant le revenu familial et le niveau de scolarité du parent tel que présenté dans le Tableau 2.1. Puisqu'il existe une forte corrélation entre le revenu et le niveau de scolarité ($r = ,63, p < ,001$), seul le niveau de scolarité sera retenu comme covariable dans les analyses.

Mesures

Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam et al., 1993). Cet instrument de mesure permet d'évaluer la présence de symptômes dissociatifs chez l'enfant au cours de la dernière année. Il comprend vingt items et le parent doit indiquer si l'enfant a présenté chacun des comportements sur une échelle en trois points allant de 0 (pas vrai) à 2 (très vrai). Certains items sont considérés comme normaux considérant le niveau de développement de l'enfant (ex. parler à ses jouets), alors que d'autres items réfèrent à des comportements plus cliniques (ex. avoir deux personnalités). Le score total est obtenu par l'addition des 20 items, avec un score possible se situant entre 0 et 40. Un score de 12 ou plus est considéré comme atteignant le seuil clinique (Putnam et al., 1993). La validité et la fidélité de cet instrument sont bien établies scientifiquement (Putnam et al., 1993; Wherry, Jolly, Feldman, Balkozar, & Manjanatha, 1994).

Score pathologique de dissociation. Un score de dissociation de nature pathologique utilisé est tiré de l'étude de Wherry et al. (2009). Les symptômes dissociatifs de nature pathologique sont évalués à partir de six items du CDC (amis

imaginaires, deux personnalités distinctes, somnambule, entend des voix, se parle à voix haute et réfère à lui en utilisant il/elle). Le score total est obtenu en additionnant les résultats des six items pour un score variant entre 0 et 12. Les auteurs rapportent un coefficient de consistance interne satisfaisant ($\alpha = ,69$).

Trois scores seront donc considérés : 1) le score original proposé par Putnam et al. (1993) qui représente les symptômes sur un continuum, 2) le pourcentage de cas atteignant le seuil clinique et 3) un score proposé par Wherry et al. (2009) constitué d'un sous-ensemble de six items évaluant plus spécifiquement la dissociation pathologique.

Indice de Détresse Psychologique (IDP; Prévile, Boyer, Potvin, Perreault, & Legaré, 1992). Cet instrument de mesure permet d'obtenir un score global de la détresse psychologique ainsi que quatre dimensions: anxiété, dépression, irritabilité et problèmes cognitifs. La version abrégée de 14 items composée d'une échelle en quatre points variant de 1 (jamais) à 4 (très souvent) a été complétée par le parent. La consistance interne de la cote globale est adéquate ($\alpha = ,89$) et les coefficients de fidélité des sous-échelles varient entre 0,72 et 0,83.

History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987). La traduction française de Parent et Hébert (2000), complétée par l'assistante de recherche, est utilisée afin d'obtenir les caractéristiques liées à l'AS. Les caractéristiques liées à l'AS sont : la sévérité de l'agression (très sévère, sévère et modérée), la durée de l'agression (épisode unique, quelques événements et chronique) et le type d'agression (intrafamiliale ou extrafamiliale). Ces informations sont recueillies auprès des intervenants responsables du dossier de l'enfant au CEMV et du rapport médical au CHU Ste-Justine.

Procédure

Pour les deux groupes, la collecte de données a été effectuée par le biais de questionnaires complétés par l'un des parents. Tous les participants ont donné leur consentement pour participer à la recherche et ont été informés du caractère confidentiel et volontaire de celle-ci. Ce projet a reçu l'approbation du Comité éthique du CHU Sainte-Justine et du Comité institutionnel d'éthique de l'Université du Québec à Montréal.

Résultats

Les résultats seront présentés sous trois rubriques. D'abord, les données descriptives concernant l'AS permettront de fournir un portrait global des enfants victimes d'AS. Ensuite, les analyses de différences de moyennes ainsi que les analyses sur le pourcentage de cas clinique renseigneront sur la présence de symptômes de dissociation chez les deux groupes d'enfants. Finalement, les analyses viseront à explorer la possible influence des caractéristiques de l'AS sur la présence de dissociation chez les enfants victimes d'AS.

Données descriptives

Les données obtenues concernant les caractéristiques liées à l'AS révèlent que 67% des enfants ont vécu une AS de type très sévère (tentative ou pénétration orale, vaginale ou anale) et 33% de type sévère (attouchements en-dessous des vêtements) ou modérée (attouchements par-dessus les vêtements). Dans 65% des cas, l'agresseur est un membre de la famille immédiate (père, beau-père) ou de la famille élargie (cousin, oncle). Aussi, 26% des enfants ont été agressés de manière répétitive et chronique (durée supérieure à six mois), 44% pour quelques épisodes et 30% lors d'un seul épisode.

Analyses des différences de moyennes

Une analyse de variance (ANOVA) 2 (Groupe) X 2 (Sexe) a été effectuée sur la fréquence des symptômes de dissociation. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre le groupe d'appartenance et le sexe de l'enfant sur le score total de dissociation. L'analyse révèle un effet principal significatif lié au groupe d'appartenance mais pas d'effet principal lié au sexe. Ainsi, les enfants victimes d'AS présentent davantage de symptômes de dissociation que les enfants du groupe de comparaison mais les filles et les garçons obtiennent des scores similaires. Le Tableau 2.2 présente les moyennes obtenues par les participants ainsi que les résultats des analyses.

Afin de contrôler pour le niveau de scolarité et la détresse psychologique du parent, une analyse de covariance (ANCOVA) a été réalisée. Les résultats indiquent qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre le groupe et le sexe de l'enfant. L'effet principal de groupe est toujours significatif même après avoir contrôlé pour la scolarité et la détresse psychologique du parent. Par ailleurs, les données n'identifient pas d'effet principal lié au sexe de l'enfant. Ainsi, la moyenne ajustée des enfants victimes d'AS est supérieure à celle des enfants du groupe de comparaison tandis que celle-ci est similaire chez les garçons et les filles.

Des analyses similaires ont été menées sur le score de dissociation de nature pathologique tel que proposé par Wherry et al. (2009). Rappelons que ce score varie entre 0 et 12. Les données indiquent qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre le groupe d'appartenance et le sexe de l'enfant concernant le score pathologique. L'analyse révèle un effet principal significatif lié au groupe d'appartenance. Les enfants ayant dévoilé une AS ont obtenu un score de dissociation pathologique supérieur aux enfants du groupe de comparaison. Par ailleurs, les données

n'identifient pas d'effet principal lié au sexe; les filles et les garçons ont obtenu des scores de dissociation pathologique comparables.

Les résultats de l'ANCOVA contrôlant pour le niveau de scolarité et la détresse parentale révèlent les mêmes résultats: aucune interaction entre le groupe et le sexe de l'enfant, aucun effet simple lié au sexe mais un effet lié au groupe d'appartenance. Le score de dissociation pathologique ajusté est plus élevé chez le groupe d'enfants victimes d'AS que chez le groupe d'enfants n'ayant pas vécu d'AS et le score ajusté des filles est similaire à celui des garçons.

Analyses sur le pourcentage de cas cliniques

Des analyses de chi-carré ont été menées afin de vérifier le pourcentage d'enfants ayant obtenu une cote clinique à l'échelle de dissociation. Rappelons que selon Putnam et al. (1993), le seuil clinique de dissociation est fixé à une cote de 12 ou plus. Les données révèlent une différence significative entre les deux groupes en qui concerne le pourcentage de cas de dissociation clinique ($\chi^2_{(1, N = 157)} = 21,29, p < ,001$). Ainsi chez les enfants ayant dévoilé une AS, 20 enfants sur 76 (26,3%) obtiennent une cote se situant au niveau clinique comparativement à un seul enfant sur 81 (1,2%) au sein du groupe de comparaison. Des analyses complémentaires ne révèlent pas de différence significative entre les garçons ($n = 9, 33,3\%$) et les filles ($n = 11, 22,4\%$) victimes d'AS quant au score clinique de dissociation ($\chi^2_{(1, N = 76)} = 1,06, p = ,30$).

Analyses de l'influence des caractéristiques de l'AS

Des analyses ont été effectuées afin de vérifier si la sévérité des gestes commis, la durée et le type d'AS sont liés aux symptômes de dissociation. Le Tableau 2.3 présente les scores moyens de dissociation selon ces caractéristiques. Les résultats

de tests-t indiquent l'absence de différence significative entre les victimes d'une AS très sévère et celles d'une AS modérée ou moins sévère sur le score moyen de dissociation ($t_{(71)} = -1,12, p = ,37$) et le score moyen de dissociation pathologique ($t_{(71)} = -,42, p = ,68$). De plus, il n'y a pas de différence significative entre les enfants victimes d'une AS intrafamiliale et ceux victimes d'une AS extrafamiliale sur le score moyen de dissociation ($t_{(69)} = -,20, p = ,78$) et le score pathologique ($t_{(69)} = -,47, p = ,64$). Concernant la durée de l'AS, une ANOVA a été effectuée et les résultats indiquent une différence significative entre les trois groupes pour le score moyen de dissociation ($F_{(2, 59)} = 3,32, p = ,04$). Les analyses de comparaison à postériori de type *Least Significant Difference* révèlent que les enfants ayant vécu quelques épisodes ont un score significativement plus élevé que ceux ayant vécu un seul épisode ($p = ,02$). Aussi, elles indiquent un effet marginal entre les enfants ayant vécu une AS chronique et ceux ayant vécu un seul épisode ($p = ,07$). Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les enfants victimes d'une AS chronique et ceux victimes de quelques épisodes ($p = ,68$). Une ANOVA a été réalisée afin de vérifier l'effet de la durée de l'AS sur le score pathologique de dissociation. Les résultats révèlent une différence marginale entre les types de durée et le score pathologique ($F_{(2, 59)} = 2,56, p = ,09$). Donc, il semble que les enfants ayant vécu quelques épisodes ou une AS chronique, présenteraient davantage de symptômes de dissociation pathologique.

Des analyses de chi-carré ont été effectuées afin de vérifier si les caractéristiques de l'AS sont liées au pourcentage de cas atteignant le seuil clinique. Les résultats révèlent qu'il n'y a aucune différence significative concernant la sévérité de l'AS sur le pourcentage d'enfants dont le score atteint le seuil clinique ($\chi^2_{(1, N=73)} = ,77, p < ,38$). Des résultats similaires sont obtenus pour le type d'AS vécu puisqu'il n'y a pas de différence significative entre les enfants agressés par un membre de la famille immédiate ou élargie et ceux agressés par une connaissance ou un inconnu (χ^2

(1, $N = 71$) = ,04, $p = ,85$). Les résultats concernant la durée de l'AS indiquent une différence de type marginale entre les trois groupes ($\chi^2_{(2, N=62)} = 5,27, p = ,07$).

Discussion

L'objectif principal de la présente étude était de documenter la présence de symptômes de dissociation chez des enfants d'âge préscolaire victimes d'AS. Tout d'abord, la fréquence de symptômes de dissociation chez des enfants victimes d'AS a été comparée à la fréquence de ces symptômes chez des enfants n'ayant pas dévoilé d'AS. Aussi, cette étude avait pour but de distinguer les symptômes dissociatifs dits normaux de ceux davantage considérés comme pathologiques puisque la seule étude antérieure ayant distingué les types de dissociation portait uniquement sur des enfants d'âge scolaire (Wherry et al., 2009). En raison de résultats contradictoires obtenus dans les études antérieures quant au lien entre le sexe de l'enfant et la dissociation, des analyses ont été menées afin de vérifier la possibilité d'un effet lié au sexe de l'enfant chez des enfants d'âge préscolaire. Finalement, comparativement aux études antérieures portant sur les enfants d'âge préscolaire, la détresse psychologique du répondant a été contrôlée afin de diminuer un biais potentiel.

Les données de cette étude indiquent que les enfants victimes d'AS présentent davantage de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas vécu d'AS. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus dans les études de Macfie et al. (2001a, 2001b) et d'Hulette et al. (2008) effectuées aussi auprès d'enfants d'âge préscolaire mais considérant plusieurs types de maltraitance, notamment, la négligence, l'abus physique et l'AS. Par conséquent, un nombre assez restreint d'enfants de ces études étaient victimes d'AS ce qui ne permettait pas de bien distinguer le lien entre l'AS et la fréquence des symptômes de dissociation. L'étude actuelle permet de conclure précisément que l'AS est liée à une fréquence plus élevée de symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire. Toutefois, les analyses effectuées

démontrent l'absence de différence associée au sexe de l'enfant pour les deux groupes. Ces résultats vont dans le même sens que ceux présentés par Putnam, Hornstein et Peterson (1996) révélant l'absence de différence entre les filles et les garçons tandis qu'ils vont à l'encontre de ceux obtenus par Friedrich et al. (1997) qui concluait que les filles sont plus susceptibles d'afficher des symptômes de dissociation.

La présente étude a permis de distinguer les symptômes de dissociation considérés normaux des symptômes de dissociation de nature plus pathologique. Les résultats indiquent que les enfants victimes d'AS présentent davantage de symptômes de dissociation de type pathologique que les enfants non victimes. Alors que ce résultat est comparable à celui obtenu par Wherry et al. (2009), le fait que le sexe de l'enfant ne soit pas lié à une présence plus importante des symptômes pathologiques va à l'encontre des résultats obtenus par ces chercheurs. En effet, selon leurs résultats auprès d'un échantillon de 232 parents d'enfants âgés de six à 13 ans victimes d'AS ou d'abus physique, les garçons étaient davantage susceptibles de présenter des symptômes dissociatifs de type pathologique que les filles.

Aussi, il existe une différence entre le groupe d'enfants victimes d'AS et le groupe de comparaison concernant le pourcentage d'enfants présentant un score clinique de dissociation. Rappelons qu'un peu plus d'un enfant victime d'AS sur quatre a obtenu une cote clinique alors que seulement un enfant du groupe de comparaison a obtenu cette cote. Le pourcentage d'enfants victimes d'AS ayant obtenu un score clinique est légèrement plus élevé dans cette étude que celui (19,6%) rapporté par Putnam et al. (1993). Donc, un nombre important d'enfants victimes d'AS sont susceptibles de présenter des symptômes de dissociation qui risquent de perturber considérablement leurs trajectoires développementales.

Les données obtenues concernant les caractéristiques de l'AS (durée, sévérité des gestes subis et lien avec l'agresseur) révèlent que seulement la durée de l'AS semble influencer les symptômes de dissociation. En effet, les enfants ayant vécu quelques épisodes présentent davantage de symptômes de dissociation que les enfants ayant vécu un seul épisode d'agression. Les résultats portant sur les symptômes de dissociation pathologique et sur le pourcentage de cas clinique, révèlent un effet marginal entre les trois groupes, suggérant que les enfants ayant vécu quelques épisodes ou une AS chronique présenteraient davantage de symptômes de dissociation pathologiques et seraient plus susceptibles d'atteindre le seuil clinique que les enfants ayant vécu un seul épisode d'agression. Le nombre limité d'enfants dans chaque catégorie restreint la puissance statistique des analyses réalisées, mais suggère néanmoins une tendance à l'effet que les enfants ayant vécu un trauma plus chronique affichent davantage de symptômes de dissociation.

Bien qu'ayant permis de documenter la présence de symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS, la présente étude comporte quelques limites méthodologiques. Une de ces limites est associée au fait que le devis de recherche ne permet pas de conclure que les symptômes de dissociation sont spécifiques à l'AS malgré le recrutement d'un groupe de comparaison. Il semble pertinent pour les recherches futures de recueillir des données sur les symptômes de dissociation auprès de groupes d'enfants cliniques confrontés à d'autres événements stressants tels que, le divorce de leurs parents ou l'expérience d'autres types de traumas afin de vérifier si ces symptômes sont spécifiques à l'AS. Aussi, les données ont été recueillies auprès d'une seule source d'information ce qui ne permet pas de s'assurer que les symptômes évalués reflètent la réalité globale de l'enfant. Toutefois, la détresse psychologique présente chez les répondants évaluant les enfants a été contrôlée afin de réduire le biais potentiellement présent. La considération de plus d'une source d'information (enfant, parent, professeur) dans les études futures permettrait d'obtenir un portrait plus complet et global ainsi que de

mieux documenter les symptômes de dissociation présents chez les enfants d'âge préscolaire.

La contribution de la présente étude reste tout de même considérable puisque peu d'études ont été effectuées sur des enfants d'âge préscolaire ainsi que sur leurs symptômes de dissociation alors que les études complétées sur des populations adultes ont démontré à quel point la période préscolaire joue un rôle dans le développement de la dissociation. Par ailleurs, les résultats offrent plusieurs implications au plan de l'intervention auprès d'enfants d'âge préscolaire victimes d'AS. D'abord, ceux-ci démontrent qu'il est important de sensibiliser les intervenants œuvrant auprès des victimes d'AS à la présence de symptômes de dissociation puisque 26% des enfants victimes d'AS de cet échantillon affichaient des symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique selon le critère de Putnam et al. (1993). Ensuite, il faut poursuivre le développement et l'évaluation de programmes d'intervention pour les jeunes enfants victimes d'AS présentant des symptômes de dissociation clinique ou pathologique susceptibles de perturber leur développement. Il apparaît aussi primordial de documenter le maintien des symptômes de dissociation à travers le temps afin de mieux comprendre les facteurs et les enjeux qui y sont liés.

Références

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alpert, J.L. (1995). Trauma, dissociation, and clinical study as a responsible beginning. *Consciousness and Cognition*, 4, 125-129.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte rév.). Washington, DC: Auteur.
- Baril, K. & Tourigny, M. (2009). La violence sexuelle envers les enfants. In M.-È. Clément & S. Dufour (Éds.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp. 145-160). Anjou: Les Éditions CEC.
- Brière, J., & Elliot, D.M. (2001). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. In K. Franey, R. Geffner, & R. Falconer (Eds.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (pp. 121-136). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Brunet, A., Holowka, D.W., & Laurence, J.R. (2001). Dissociation. In M.J. Aminoff, & R.B. Daroff (Eds.), *Encyclopedia of the neurological sciences* (pp. 1-7). San Diego, CA : Academic Press.
- Chilcoat, H.D., & Breslau, N. (1997). Does psychiatric history bias mothers reports? An application of a new analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 971-979.
- Cicchetti, D., & Rogosh, F.A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.

- De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin, 131*, 483-509.
- Foa, E.B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information processing approach. In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation* (pp.207-224). New York: Plenum Press.
- Friedrich, W.N., Jaworski, T.M., Huxsahl, J.E., & Bengston, B.S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 155-173.
- Hulette, A.C., Freyd, J.J., Pears, K.C., Kim, H.K., Fisher, P.A., & Becker-Blease, K.A. (2008). Dissociation and posttraumatic symptoms in maltreated preschool children. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 1*, 93-108.
- Jones, D.P.H. (2001). Editorial: dissociation in pre-school children. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1249-1251.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kisiel, C.L., & Lyons, J.S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1034-1039.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2001a). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development & Psychopathology, 13*, 233-254.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2001b). Dissociation in maltreated versus nonmaltreatment preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1253-1267.

- Najman, J.M., Williams, G.M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., et al. (2000). Mothers mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 592–602.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: A longitudinal study of dissociative symptomatology in a normative sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Parent, N., & Hébert, M. (2000). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant*. Adaptation française du History of Victimization Form by Wolfe, Wolfe, Gentile, & Boudreau (1987). Montréal: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Prévile, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Les cahiers de la recherche, no 7, Enquête Santé Québec 87, gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Putnam, F.W. (1995). Development of dissociative disorders. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 581- 608). New York: John Wiley & Sons.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.

- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-741.
- Putnam, F.W., Hornstein, N., & Peterson, G. (1996). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 351-360.
- Silberg, J.L. (2000). Fifteen years of dissociation in maltreated children: Where do we go from here. *Child Maltreatment*, 5, 119-136.
- Statistique Canada. (2010). *Les enfants et les jeunes victimes de crimes violents déclarés par la Police* (Publication No. 85F0033). Consulté depuis <http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2010023-fra.pdf>
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Reiffman, A., & Putnam, F.W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development & Psychopathology*, 13, 1001-1019.
- Weber, S. (2008). Diagnosis of trauma and abuse-related dissociative symptom disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(4), 205-212.
- Wherry, J.N., Jolly, J.B., Feldman, J., Balkozar, A., & Manjanatha, S. (1994). The child dissociative checklist: Preliminary findings of a screening measure. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3, 51-66.
- Wherry, J.N., Neil, D.A., & Taylor, T.N. (2009). Pathological dissociation as measured by the child dissociative checklist. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 93-102.
- Wolfe, V.V., Wolfe, D.A., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of Victimization Form*. Unpublished assessment instrument. London Health Science Centre, London, Ontario, Canada.

Zlotnick, C., Shea, M.T., Pearlstein, T., Begin, A., Simpson, E., & Costello, E. (1996). Differences in dissociative experiences between survivors of childhood incest and survivors of assault in adulthood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(1), 52-54.

Tableau 2.1

Caractéristiques socio-démographiques des participants

Variables	Groupe AS	Groupe de comparaison	Test statistique
<i>Âge moyen des enfants</i>	4,51 (0,58)	4,43 (0,57)	$t_{(155)} = 0,89, p = ,38$
<i>Sexe des enfants</i>			
Filles	64,5%	60,5%	$\chi^2 (1, N = 157) = 0,27, p = ,61$
Garçons	35,5%	39,5%	
<i>Parent répondant</i>			$\chi^2 (3, N = 157) = 2,88, p = ,41$
Mère	86,8%	93,9%	
Père	10,6%	4,9%	
Famille élargie	1,3%	1,2%	
Parents d'accueil	1,3%	0,0%	
<i>Scolarité du parent</i>			$\chi^2 (2, N = 156) = 47,05, p <,001$
Primaire/Secondaire	52%	9,9%	
Collégial/professionnel	36%	30,9%	
Universitaire	12%	59,2%	
<i>Revenu familial</i>			$\chi^2 (3, N = 156) = 43,45, p <,001$
19 999 et moins	46,7%	6,2%	
20 000 à 39 999	13,3%	11%	
40 000 à 59 999	21,3%	19,8%	
60 000 et plus	18,7%	63%	

Tableau 2.2

Moyennes des symptômes de dissociation présents en fonction du groupe d'appartenance et du sexe des enfants

ANOVA	Moyennes (ÉT)										Effet					
	Groupe		Sexe		Groupe		Sexe		Groupe		Sexe		Groupe x Sexe			
	AS	Comparaison	Filles	Garçons	F	P	dl	F	P	dl	F	P	dl	F	P	
Dissociation																
Globale (0-40)	8,37 (6,21)	2,60 (2,54)	5,22 (5,40)	5,67(5,67)	1	59,10	0,00*	1	0,89	0,35	1	0,81	0,37			
Pathologique (0-12)	1,54 (2,04)	0,43 (0,81)	0,98 (1,66)	0,95 (1,58)	1	19,54	0,00*	1	0,01	0,94	1	0,06	0,81			
ANCOVA ¹																
Globale (0-40)	8,07 (0,61)	3,11 (0,58)	5,12 (0,47)	6,07 (0,60)	1	29,35	0,00*	1	1,55	0,22	1	1,15	0,29			
Pathologique (0-12)	1,54 (0,21)	0,43 (0,20)	0,97 (0,16)	1,00 (0,20)	1	12,80	0,00*	1	0,02	0,90	1	0,07	0,79			

* p < 0,001

¹ La détresse psychologique et le niveau de scolarité du parent ont été considérés dans les analyses.

Tableau 2.3

Scores moyens des symptômes de dissociation selon les caractéristiques de l'AS

Caractéristiques de l'AS	Dissociation	
	Globale (0-40) (M, ÉT)	Pathologique (0-12) (M, ÉT)
<i>Type</i>		
Intrafamilial	8,43 (5,95)	1,54 (2,13)
Extrafamilial	8,12 (6,72)	1,32 (1,49)
<i>Sévérité</i>		
Modérée/sévère	7,38 (6,92)	1,46 (2,04)
Très sévère	9,12 (5,88)	1,67 (2,08)
<i>Durée</i>		
Un épisode	6,05 (6,16)	0,89 (1,37)
Quelques épisodes	10,59 (6,64)	2,30 (2,61)
Chronique	9,80 (4,74)	1,63 (2,12)

CHAPITRE III

DISSOCIATIVE SYMPTOMS OVER A YEAR
IN A SAMPLE OF SEXUALLY
ABUSED CHILDREN
(ARTICLE II)

Dissociative Symptoms over a Year in a Sample of Sexually Abused Children

Marie-Josée Bernier¹, Martine Hébert² and Delphine Collin-Vézina³

¹Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec,
Canada

²Département de Sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec,
Canada

³École de service social, Université McGill, Montréal, Québec, Canada

Article publié dans le *Journal of Trauma & Dissociation*, 2013, 14(4), 455-472

This study was supported by a grant from the Social Sciences and Humanities Research council of Canada awarded to Martine Hébert and by doctoral scholarships awarded to the first author by the *Chaire de recherche interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants*. The authors wish to thank the parents and children who participated in this study, the members of the Clinique de pédiatrie socio-juridique CHU Ste-Justine and of the Centre d'Expertise Marie-Vincent.

Correspondence: Marie-Josée Bernier and Martine Hébert, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3P8. Tel: (514) 987-3000 #5697, Fax: (514) 987-6787. Email: marie-josee.bernier@live.ca; hebert.m@uqam.ca.

Abstract

This study aims to document the evolution of dissociative symptoms over time in preschoolers who disclose sexual abuse. Specifically, this study explores the frequency of dissociative symptoms as a function of child gender. A follow-up evaluation was conducted 1 year after initial disclosure among a sample of 48 sexually abused children, and their results were contrasted with those of a control group composed of 71 nonabused children. Children's dissociative symptoms were evaluated by non-offending parents. Data showed that children reporting sexual abuse displayed a greater frequency of dissociative symptoms than non-sexually abused children at both evaluation times. Further analysis indicated that the evolution of dissociative symptoms in sexually abused children may be gender-related. Although a decline in dissociation symptoms over time was evident for sexually abused girls at follow-up, sexually abused boys displayed greater dissociative symptoms. Results are discussed in terms of their implications for interventions for sexually abused children.

Keywords: Dissociation, children, child sexual abuse, early trauma, child abuse

Introduction

Sexual abuse (SA) is an important social problem that impacts the lives of many children. A recent meta-analysis on 217 published studies including 331 independent samples revealed that 18% of women and 7.6% of men had been sexually abused before the age of 18 (Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). In the United States., close to a quarter of cases (23.4%) of SA of minors concern young children ages 3 to 7 (U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

A number of studies have shown that childhood SA is associated with a wide range of both immediate and long term psychological outcomes (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003). Data suggest that sexually abused children are likely to present internalizing (anxiety, depression, somatic complaints) and externalizing (aggressive) behaviors, attention-deficit/hyperactivity disorder, and posttraumatic stress symptoms compared to nonabused children (Becker-Blease & Freyd, 2008; Berliner, 2011; Briere & Elliot, 2001; Yancey, Hansen, & Naufel, 2011). Sexually abused children also appear to be at greater risk for showing dissociative symptoms compared to nonmaltreated children (Collin-Vézina & Hébert, 2005).

Dissociation is defined as a disruption in the usually integrated functions of consciousness, memory, identity, or perception of the environment (American Psychiatric Association, 2000). Pathological dissociation refers to a severe failure in the integration and organization of diverse aspects of experience (Jones, 2001; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997). Dissociation needs to be evaluated on a continuum ranging from normal (e.g., daydreaming) to pathological

(e.g. dissociative identity disorder) manifestations (Ogawa et al., 1997). Dissociation could be considered normal for young children because children who have never been traumatized commonly display some dissociative behaviors (Putnam, 1994). Preschool children typically display higher levels of dissociation compared to older children (Putnam, 1997). For instance, imaginary friends seem to be typical during the preschool period and tend to decrease during the school years (Putnam, 1995). According to Taylor, Carlson, Maring, Gerow, and Charley (2004), approximately two thirds of preschoolers report having an imaginary friend before the age of 7.

In children like in adults, dissociation is likely to involve disruptions in three areas: memory, identity, and perception. Dissociation behavior in children includes a poor sense of time; frequent daydreaming; difficulty learning from experience; fluctuating behavior, including rapid regressions; sleepwalking; and imaginary companions (Putnam, 1997; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993; Silberg, 2004). Dissociation is an important consequence of child SA because victims are likely to exhibit such symptoms not only at the unveiling of the abusive situation, but also throughout their development (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001a).

Few studies have been conducted on young children, although retrospective studies have shown that the preschool period may be crucial in the development of dissociation. Indeed, preschoolers may be particularly vulnerable to developing dissociation as they try to integrate experiences such as memories, perceptions, and personal identity at this particular period of development (Putnam, 1997). Symptoms of dissociation are likely to occur during the preschool period when failure or poor integration of the self is linked to traumatic events experienced by the child such as SA, physical abuse, and neglect (Macfie et al., 2001a; Putnam, 1997). Trauma leads to difficulties in differentiating between emotional states and may increase the use of dissociation as a defense mechanism against trauma (Putnam, 1997; Wolfe, 2007). Although the use of dissociation may be adaptive during the trauma, as it allows the

abused child to withdraw from unbearable experiences, it can become maladaptive if used every time the child experiences stressful situations. In the long-term, the consequences of a lack of integration of trauma can cause the child to use this strategy whenever he or she is confronted with a stressful situation (Foa & Hearst-Ikeda, 1996). Another long-term effect of dissociation may be a lower threshold of awareness for potential future perpetrators, involving a higher risk of revictimization (De Prince, 2005; Hulette, Kaehler, & Freyd, 2011).

Recent studies have identified a link between maltreatment and the experience of high dissociation in early childhood (Becker-Blease, Freyd, & Pears, 2004; Hulette et al., 2008; Macfie et al., 2001a, Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001b; Ogawa et al., 1997). Studies with preschoolers suggest that maltreated children, particularly those who have been physically and sexually abused, show more dissociation relative to their nonmaltreated peers (Bernier, Hébert, & Collin-Vézina, 2011; Hulette et al., 2008; Macfie et al., 2001a, 2001b). Some abuse-related factors seem to influence the presence and intensity of symptoms of dissociation. Ogawa et al. (1997) found that abuse-related variables such as the duration and severity of the abuse and the child's relationship to the perpetrator predict dissociative symptoms displayed by the child across the developmental period. Macfie et al. (2001b) found that the severity and chronicity of maltreatment is significantly linked with higher levels of dissociation in preschoolers. According to Hulette, Kaehler, et al. (2011), the experience of betrayal trauma such as intrafamilial SA is related to a higher level of dissociation. Thus, some trauma-related factors, such as the duration and severity of the trauma and the identity of the perpetrator, appear to influence the presence and intensity of symptoms of dissociation. However, it is important to note that not all children develop dissociation symptoms following trauma, despite experiencing severe or chronic abuse (Cicchetti & Rogosch, 1996).

Despite a greater acknowledgement of the link between SA and dissociation, there are few studies on the development of these symptoms over time in sexually abused children. To our knowledge, three studies conducted with maltreated (SA, physical abuse, and neglect) children have examined the evolution of dissociation symptoms over time. A longitudinal study of 19 years showed that children who experienced trauma early in infancy had higher dissociation scores many years later (Ogawa et al., 1997). Furthermore, this study revealed that characteristics of the traumatic event experienced--duration, severity, and relationship with the abuser--were predictors of future intensity of dissociative symptoms displayed by the child. A recent study of 118 children ages 7 to 12 found that early maltreated children continue to be highly dissociative years after the abuse experiences (Hulette, Freyd, & Fisher, 2011). A longitudinal study of 78 children ages 3 to 5 found that at follow-up (1 year later), maltreated children showed a significant increase in dissociation levels compared to nonmaltreated children (Macfie et al., 2001a). However, abuse-related variables (duration, severity, and type) were not included in the analysis of this study, although studies of adult populations (Alpert, 1995) or school-age children (Collin-Vézina & Hébert, 2005) have shown that they contribute to the prediction of dissociation symptoms.

Furthermore, few studies have explored possible differences between girls and boys, and more specifically preschoolers. Some studies have found differences in outcomes following SA for boys and girls; boys display more externalizing behavior whereas girls show more internalizing behavior (Banyard, Williams, & Siegel, 2004). SA may differentially affect boys and girls given that characteristics of the SA experienced differ (Fontanella, Harrington, & Zuravin, 2001; Maikovich-Fong & Jaffee, 2010). Two studies with school-aged children showed that the gender of the child is a predictor of dissociative symptoms, suggesting that girls are more likely to exhibit a higher level of dissociation symptoms than boys (Friedrich, Jaworski, Huxsahl, & Bengston, 1997; Hulette, Freyd et al., 2011). However, in a sample of

232 physically or sexually abused children ages 6 to 13, boys were found to be more likely than girls to experience symptoms of pathological dissociation (Wherry, Neil, & Taylor, 2009). These conflicting results highlight the need to further explore possible gender specificities in the evolution of dissociation symptoms, mainly with the understudied population of preschool children.

Previous studies with preschool children have not considered the possible influence of parent's psychological distress on their assessment of dissociative symptoms in their child. However, the impact of parental distress on the evaluation of current behavior in children has been thoroughly documented in the literature. Indeed, some studies have shown that mothers with symptoms of psychological distress, including depression and anxiety disorders, report more internalizing and externalizing behaviors in their children than the children themselves (Chilcoat & Breslau, 1997; De Los Reyes & Kazdin, 2005). Also, depressed mothers report more behavior problems in their children than mothers not depressed (Najman et al., 2000; Van Der Toorn et al., 2010). Therefore, it seems relevant to control for parental psychological distress to obtain a more accurate picture of the child's symptoms.

In light of the previously mentioned gaps in the current literature, the present study was undertaken to document the evolution of dissociative symptoms over a year in sexually abused preschoolers. It was hypothesized that sexually abused children would present more dissociation symptoms than non-sexually abused children. Also, it was postulated that dissociation would increase over time for sexually abused children and decrease for non-sexually abused children. This study also aimed to explore whether abuse-related variables (severity, duration, type) predict the level of dissociation 1 year later and consider gender as a possible variable related to dissociation symptoms.

Methods

Participants

At Time 1, the sample consisted of 157 French-speaking children between ages 4 and 6 a group of 76 sexually abused children (49 girls and 27 boys) and a group of 81 nonabused children (49 girls and 32 boys). Sexually abused children were recruited at the *Clinique de pédiatrie socio-juridique* of the *CHU Ste-Justine* and at the *Centre d'Expertise Marie-Vincent*. A comparison group of non-sexually abused children was recruited in public schools and day-care centers in the same city (Montreal). The comparison group was screened to exclude children having disclosed SA. At the follow-up, 1 year later, 119 children participated: 48 sexually abused (33 girls and 15 boys) and 71 non-sexually abused children (43 girls and 28 boys). Comparative analyses showed that there was no significant difference between participants at Time 2 and nonparticipants regarding any sociodemographic variable, abuse-related characteristics, children's levels of dissociative symptoms, or parental distress.

At both evaluation times, sexually abused children were found to be comparable to nonabused children on all sociodemographic variables except parental level of education and family income (see Table 1 for demographic information). Chi-square analysis indicated that the parental level of education distribution was significantly different between the two groups, $\chi^2(2, N= 119) = 36.84, p < .001$. A similar result was found for family income, $\chi^2(3, N= 119) = 36.89, p < .001$. Only level of education were included as covariate in the subsequent analyses given the strong correlation between level of education and family income, $r = .63, p < .001$.

Measures

Child Dissociative Checklist (Putnam et al., 1993). This measure is a 20-item behavioral checklist of dissociative symptoms filled out by an adult observer. Each item is rated on a scale ranging from 0 (*not true*) to 2 (*very true*). Some items are considered within the normal range of children's functioning but others are more pathological (e.g. child has two personalities). These ratings are summed to obtain a score between 0 and 40. A score of 12 or higher was considered to be reaching the clinical threshold of dissociation following guidelines provided by Putnam et al. (1993). The reliability and validity of this measure have been established (Putnam et al., 1993). The Cronbach's alpha for the global dissociation score was .85. A pathological dissociation subscale was derived from six items (has imaginary companion, has two personalities, sleepwalks, hears voices, refers to himself in third person, talks to himself) as proposed by Wherry et al. (2009). This score could vary between 0 and 12. The Cronbach's alpha for pathological dissociation was .65.

Psychological Distress. The 14-item French version of the Psychological Distress Scale of the Quebec Health Survey (Préville, Boyer, Potvin, Perrault, & Légaré, 1992) was used to evaluate parent's symptoms of mental health distress (e.g. "I feel nervous or shaky inside", "I feel hopeless about the future"). This scale is a translation of the Psychiatric Symptom Index (Ilfeld, 1976, 1978). The translation process involved that a French-speaking person and an English-speaking person making a list of meanings associated with the original item of Ilfeld's scale and each of the proposed translations. Then the item that had the best match Ilfeld's original term was chosen for the French version of the scale. Each item is rated on a scale ranging from 1 (*never*) to 4 (*very often*). The global score of this scale covers four dimensions: anxiety, depression, irritability, and cognitive problems. The internal consistency of the global score has proved very satisfactory ($\alpha = .89$) and reliability of subscales vary between .72 and .83.

History of Victimization Form (Wolfe, Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987). An adapted French version of this scale was developed by Parent and Hébert (2000) to code abuse-related variables. The questionnaire includes six dimensions relating to (a) the nature of the abuse, (b) the perpetrator's identity, (c) abuse outcomes, (d) postabuse interventions, (e) abuse disclosure, and (f) other forms of abuse experienced by the child. Three variables were used in the present study: (a) severity of the abuse as evaluated on a 2-point scale (unclothed or clothed touching, attempted penetration), (b) length of the abuse as evaluated on a 3-point scale (single episode, several episodes, chronic abuse), and (c) type of abuse as evaluated on a 2-point scale (intrafamilial, extrafamilial). Abuse-related variables were coded from the child's medical or clinical chart by a research assistant after the information was noted in the chart by the practitioner involved (social worker, psychologist, or sexologist). The practitioner completed the chart based on interviews with the non-offending parent and the child and any additional information available (e.g., reports from other professionals involved). The non-offending parent was also invited to answer a brief questionnaire about the SA experienced, and answers were used to complete the information from the medical or clinical chart. The coding scale was used in a prior study (Hébert et al., 2006), and an analysis of interrater reliability based on 30 records indicated high interjudge agreement (median intraclass correlation = 0.86; median interrater agreement = 92.8%).

Services received (Hébert, 2006). A score was derived to document services received between Time 1 and Time 2. Information was gathered from a 10-item questionnaire completed by parents and from case records to ascertain whether the child participated in treatment and the duration of that treatment.

A sociodemographic questionnaire was used to gather information concerning the family structure, the level of education of the parents, and the annual family income. Parents from the comparison group were asked in both evaluations about the

presence of SA experiences and indicated whether a list of events (hospitalization, separation, residential move, SA, illness, etc.) had occurred in the child's lifetime.

Procedure

For the SA group, parents completed questionnaires with the assistance of a research assistant in the two specialized intervention settings following disclosure of SA at Time 1 and at home at Time 2. Parents in the comparison group completed questionnaires with the assistance of a research assistant at home or at the university both times. To recruit the comparison group, we sent a letter explaining the study to parents through schools and day-care centers. Parents returned a form authorizing us to contact them to explain the study in more details. If they agreed to participate, an appointment was scheduled. All parents received a small financial compensation (\$20) and all children received a small gift (coloring book, set of crayons, etc.) at each evaluation. Written informed consent was obtained from the parents, and the children's assent was obtained verbally at both times after the study's aims and procedures were adequately explained to them. The Human Research Review Committee of Université du Québec à Montréal and the Ethics Committee of Ste-Justine Hospital approved this study.

Results

Descriptive data

In this section, we refer only to participants in the SA group who completed both evaluations. The data concerning the abuse-related variables revealed that the SA experienced was severe, involving penetration or attempted penetration in 70% of the cases and clothed or unclothed touching in the remaining 30%. The abuse involved one episode in 20% of the cases and a few episodes in 57%, whereas 23% of

the children were abused repeatedly (longer than 6 months). Chi-square analyses were conducted to compare abuse-related variables according to the sex of the child. Our results indicated that there was no significant difference in the proportion of boys and girls experiencing chronic abuse, $\chi^2(2, N=40) = 0.26, ns$; reporting severe abuse (penetration or attempted penetration), $\chi^2(1, N=47) = 1.01, ns$; or reporting intrafamilial abuse, $\chi^2(1, N=47) = 3.00, ns$. Overall, 70% of the preschoolers experienced intrafamilial abuse.

Analysis of differences in means

The Child Dissociative Checklist data revealed a significant difference between the two groups at the second evaluation, $t(117) = 6.01, p < .001$. Sexually abused children ($M = 6.90, SD = 5.55$) exhibited more dissociative symptoms than children in the comparison group ($M = 2.13, SD = 3.08$). The data indicated that 25% of the children in the SA group compared to 3% of the children in the comparison group achieved a score reaching the clinical threshold of dissociative symptoms.

Repeated measures analyses of variance were conducted controlling the level of education and parent's psychological distress to assess changes in symptoms of dissociation over time (See Figure 1 for means at both times). There was a main effect for group highlighting the fact that overall sexually abused children displayed higher dissociative symptoms than children in the comparison group, $F(1, 113) = 33.74, p < .001$. There was a significant interaction effect of time, group, and gender on dissociative symptoms, Wilks's $\Lambda = 0.96, F(1, 113) = 5.21, p = .02$. This interaction indicated that the frequency of dissociative symptoms was similar across the two evaluation times for children in both groups but that within the SA group, sexually abused boys had more symptoms of dissociation at Time 2 whereas sexually abused girls seemed to have fewer symptoms a year later. This difference in the evolution of symptoms was not found in the comparison group. There was no

interaction effect between time and group, Wilks's $\Lambda = 0.98$, $F(1, 113) = 2.24$, $p = .14$; and there was a marginal interaction between time and gender, Wilks's $\Lambda = 0.97$, $F(1, 113) = 3.06$, $p = .08$.

---Figure 3.1---

A similar analysis was performed on the subscale of pathological dissociation as proposed by Wherry et al. (2009; see Figure 2 for means at both times). There was a main effect for group, highlighting the fact that overall sexually abused children displayed higher pathological dissociation than children in the comparison group, $F(1, 113) = 13.30$, $p < .001$. There was a significant interaction effect of time, group, and gender on symptoms of pathological dissociation, Wilks's $\Lambda = 0.93$, $F(1, 113) = 9.13$, $p < .01$, indicating a significant difference within sexually abused children. Sexually abused boys presented more pathological dissociation, whereas sexually abused girls presented fewer symptoms a year later. This difference was not found in the comparison group. There was a significant interaction between time and gender, Wilks's $\Lambda = 0.95$, $F(1, 113) = 5.78$, $p = .02$; but there was no interaction effect between time and group (sexually abused, comparison), Wilks's $\Lambda = 0.98$, $F(1, 113) = 2.66$, $p = .11$.

---Figure 3.2---

Variables predicting dissociation

Multiple regression analyses were then used to predict the symptoms of dissociation at Time 2 for the sexually abused group. Symptoms of dissociation at Time 1, abuse-related variables (severity, length, and type of abuse), services received by the child, and child gender were used as potential predictors. Table 2

presents the correlations between the variables, and Table 3 shows the results of the regression analyses conducted. The data were entered using a traditional entry method. In the first step, dissociation at Time 1 was included in the model because it had the greatest correlation. The results showed that the presence of dissociation at Time 1 predicted dissociation symptoms at Time 2, explaining 21% of the variance. In the next step, the remaining variables (abuse-related variables, involvement in treatment, and child gender) were added to the model to identify which variable contributed to the prediction. The presence of dissociation at Time 1 seemed to be the best predictor of the level of dissociation at follow-up evaluation. However, child gender added significantly to the prediction, and the final model explained 24% of the variance. Results showed that neither abuse-related variables nor involvement in treatment contributed to the prediction of symptoms of dissociation in sexually abused children 1 year later.¹

---Table 3.2---

A similar regression analysis was used to determine the predictors of pathological dissociation in the sexually abused group at Time 2. In Step 1, the results suggested that the level of pathological dissociation at Time 1 explained 24% of the variance in dissociation symptoms 1 year later. In Step 2, child gender appeared to contribute significantly to the prediction of symptoms of dissociation 1 year later. In this model, level of pathological dissociation at Time 1 and child gender explained 34% of the variance. Again, abuse-related variables and involvement in treatment did not predict symptoms of pathological dissociation at Time 2.

---Table 3.3---

Discussion

In this study, we examined the evolution of symptoms of dissociation over a year in sexually abused and non-sexually abused preschoolers. The results highlight three major findings. First, results were similar whether we considered the global scale of dissociative symptoms or the pathological subscale. Second, our data reveal that the child gender impacts the evolution of global and pathological dissociation symptoms. Third, abuse-related variables do not seem to contribute to the prediction of dissociative symptoms over a year in preschoolers.

The current study provides evidence that the experience of SA is related to the development of dissociation in preschool-age children. The hypothesis that sexually abused children would present more dissociation symptoms than non-sexually abused children was confirmed both at the initial evaluation and at the follow-up 1 year later. These results are similar to those obtained by Macfie et al. (2001a), who found maltreated (physically abused and sexually abused) children demonstrated more dissociation than their nonmaltreated peers.

Overall, the analysis of the evolution of dissociation symptoms over time shows that these symptoms tended to decrease a year later in the sexually abused children whereas they tended to remain stable in the non-sexually abused preschoolers. These results do not support the hypothesis that sexually abused children will present more dissociative symptoms at Time 2 than at Time 1. This finding contradicts Macfie et al.'s (2001a) results that dissociative symptoms presented by maltreated children increase over time, whereas nonmaltreated children show fewer symptoms 1 year later. However, our results show that sexually abused girls present significantly less dissociative symptoms 1 year later. It seems that the evolution of dissociation for this group of children is consistent with the normal developmental course of dissociation over time, involving a decline in dissociative

symptoms during the school years (Putnam, 1997). Our results suggest that the normal developmental course of dissociation in sexually abused boys may have been delayed.

Our results suggest that the evolution of dissociation over time among sexually abused preschool-aged children may be gender related. Indeed, the trajectories of dissociative symptoms appear different over time between boys and girls in the sexually abused group. Although symptoms of global and pathological dissociation tend to decrease over time for sexually abused girls, they tend to remain at the same level 1 year later for sexually abused boys. Thus, our data indicate that preschool boys displayed higher dissociation symptoms 1 year later compared to sexually abused girls, whereas studies on school-age children have suggested that girls who had early maltreatment experiences tended to have higher dissociation scores than boys and that girls might be more prone to dissociation than boys (Friedrich et al., 1997; Hulette, Freyd et al., 2011). However, our finding on pathological dissociation is consistent with Wherry et al. (2009), who demonstrated that the level of pathological dissociation was predicted by gender; with school-age boys being more likely than girls to show pathological dissociation. These conflicting results highlight the relevance of pursuing the analysis of gender specificities in the evolution of dissociation symptoms while considering both the nature of symptoms considered (global score or pathological dissociation) and the length of time between evaluation times (immediate, short follow-up, or long-term follow-up).

In an attempt to ascertain possible variables related to the gender difference in the evolution of dissociation symptoms over a year, the case records of boys reaching the clinical threshold of dissociation ($n = 7$) were qualitatively reviewed and compared to the case records of girls reaching the clinical threshold ($n = 5$). The analysis revealed that two boys experienced other types of maltreatment (physical abuse, emotional abuse, neglect, and familial violence), whereas two girls

experienced familial violence. The sexually abused girls and boys appeared to have experienced a similar number of stressful life events in the past year (divorce, school problems, financial difficulties in the family, residential move, illness), had a similar perceived impact of these events, and were as likely to have been involved in legal procedures. Thus, the qualitative review of the case records did not highlight specific differences between the concomitant life events experienced by boys and girls. The gender difference in the evolution of dissociation may be linked to variables not considered in this study, namely protective factors associated with possible resilient profiles such as coping style, attributions of blame, or support from the non-offending parent. Some studies suggest that boys and girls may rely on or benefit from different sets of protective factors (Chandy, Blum, & Resnick, 1996; Hartman, Turner, Daigle, Exum, & Cullen, 2009). A number of studies have highlighted the fact that maladaptive coping (e.g., reliance of avoidant strategies) is associated with greater distress and behavior problems (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006; Ullman & Filipas, 2005). These multiple factors need to be systematically evaluated and integrated in future studies to increase understanding of the different developmental trajectories of the dissociative symptoms of these children particularly because pathological and clinical dissociation represent a threat to optimal development of the self (Ogawa et al., 1997).

One of the goals of this study was to explore whether abuse-related variables predicted dissociative symptoms 1 year later. The results show that the length, severity, and type of abuse were not predictors of global and pathological dissociation at follow-up evaluation, which is similar to results reported by Gold, Hill, Swingle, and Elfant (1999) indicating that the length and type of SA were not predictive of dissociative symptoms. Roesler and McKenzie (1994) also found that the severity of abuse (i.e., involving penetration or not) was not a significant predictor of dissociation. Our results disconfirm previous research results that linked intrafamilial abuse, chronic abuse, and severe abuse to dissociative symptoms (Hulette, Kaehler et

al., 2011; Ogawa et al., 1997). One possible hypothesis for this is that the salience of abuse-related variables and their predictive value for negative outcomes is evident in longer term follow-up. It is also possible that other characteristics of the abuse experienced, including type of coercive acts, nature of the threats involved, or variables related to disclosure patterns--variables not considered in the present study--may be related to dissociative symptoms. Future studies should thus consider evaluating in more detail abuse-related variables.

A limitation of the present study is that the data were collected from a single source, which does not ensure that the symptoms assessed reflect the global reality of the child. However, psychological distress among parents was controlled to reduce potential bias, which represents a major improvement over past studies. The consideration of more than one source of information (child, parent, teacher) in future studies would provide a more complete and comprehensive assessment of dissociation symptoms in preschool children. Another limitation is that the design of the study does not permit us to draw causal inferences, as children who were abused could have been highly dissociative prior to the SA. Future studies should consider evaluating parental dissociation in addition to parental distress. Another avenue worth exploring would be to collect data on symptoms of dissociation among children facing other stressful events, such as the divorce of their parents or the experience of other types of trauma, to ascertain whether these symptoms are specific to SA. Also, future studies should assess dissociation over a longer period of time to better understand the developmental factors involved in the maintenance, reduction, or increase in dissociation over time.

This knowledge could inform the development of treatment approaches, as only a few focus on dissociative symptoms among preschool children victims who are victims of SA. Currently, one treatment developed by Silberg (2004) offers a relevant approach for sexually abused children with dissociative symptoms; an

approach that also involves their parents. This approach proposes that dissociative symptoms may reflect learned habits being promoted and reinforced in parent-child interactions. Otherwise, some familial factors, such as parents' responses to their child's SA (guilt, support, disinterest) and their own histories of abuse, can contribute to increasing dissociative coping in their children. It is therefore essential to understand the multiple factors involved in the development and the evolution of dissociation over time in sexually abused preschool children to prevent long-term dissociative pathology in this population and to promote the optimal development in children experiencing sexual trauma.

Notes

¹ Regression analyses were also performed with (a) age of the child added as a predictor variable, (b) parental distress and both measures of parental socioeconomic status (income, level of education) included, and finally (c) the order of entry of dissociation at Time 1 and abuse-related variables reversed. These additional analyses produced the same results as the initial regressions presented in Table 3.

References

- Alpert, J.L. (1995). Trauma, dissociation, and clinical study as a responsible beginning. *Consciousness and Cognition*, 4, 125-129. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9, 223-238.
- Becker-Blease, K.A., & Freyd, J.J. (2008). A preliminary study of ADHD symptoms and correlates: Do abused children differ from nonabused children? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 133-140.
- Becker-Blease, K.A., Freyd, J.J., & Pears, K.C. (2004). Preschoolers' memory for threatening information depends on trauma history and attentional context: Implications for the development of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(1), 113-131.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse – Definitions, prevalence, and consequences. In J.E.B. Myers (Ed.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (pp. 215-232). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bernier, M.-J., Hébert, M., & Collin-Vézina, D. (2011). Symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle [Dissociative symptoms in preschool-aged children who disclosed sexual abuse]. *The International Journal of Victimology*, 9, 318-332.
- Briere, J., & Elliot, D.M. (2001). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. In K. Franey, R. Geffner, & R. Falconer (Eds.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (pp. 121-136). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1219-1231.

- Chilcoat, H.D., & Breslau, N. (1997). Does psychiatric history bias mothers reports? An application of a new analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 971-979.
- Cicchetti, D., & Rogosh, F.A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509.
- DePrince, A. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 125-141.
- Foa, E.B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information processing approach. In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation* (pp. 207-224). New York, NY: Plenum Press.
- Fontanella, C., Harrington, D., & Zuravin, S. J. (2001). Gender differences in the characteristics and outcomes of sexually abused preschoolers. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(2), 21-40.
- Friedrich, W.N., Jaworski, T.M., Huxsahl, J.E., & Bengston, B.S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 155-173.
- Gold, S. N., Hill, E. L., Swingle, J. M., & Elfant, A. S. (1999). Relationship between childhood sexual abuse characteristics and dissociation among women in therapy. *Journal of Family Violence*, 14(2), 157-171.
- Hartman, J. L., Turner, M. G., Daigle, L. E., Exum, M. L., & Cullen, F. T. (2009). Exploring the gender differences in protective factors: Implications for understanding resiliency. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(3), 249-277.

- Hébert, M. (2006). Questionnaire sur la nature du suivi de l'enfant [Services received by the child]. Unpublished instrument. Montréal, Québec, Canada: Sexology Department, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence, 21*, 287-299.
- Hulette, A.C., Freyd, J.J., & Fisher, P.A. (2011). Dissociation in middle childhood among foster children with early maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect, 35*, 123-126.
- Hulette, A.C., Freyd, J.J., Pears, K.C., Kim, H.K., Fisher, P.A., & Becker-Blease, K.A. (2008). Dissociation and posttraumatic symptoms in maltreated preschool children. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 1*, 93-108.
- Hulette, A.C., Kaehler, L.A., & Freyd, J.J. (2011). Intergenerational associations between trauma and dissociation. *Journal of Family Violence, 26*, 217-225.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports, 39*, 1215-1228.
- Ilfeld, F.W. (1978). Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry, 35*, 716-724.
- Jones, D.P.H. (2001). Editorial: Dissociation in pre-school children. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1249-1251.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2001a). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development & Psychopathology, 13*, 233-254.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S.L. (2001b). Dissociation in maltreated versus nonmaltreatment preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1253-1267.

- Maikovich-Fong, A. K., & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect, 34*, 429-437.
- Najman, J.M., Williams, G.M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., ... Shuttlewood, G.J. (2000). Mothers mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 592-602.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: A longitudinal study of dissociative symptomatology in a normative sample. *Development & Psychopathology, 9*, 855-879.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*, 17-36.
- Parent, N., & Hébert, M. (2000). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant*. French adaptation of the History of Victimization Form by Wolfe, Wolfe, Gentile, & Boudreau (1987). Montréal, Québec, Canada: Sexology Department, Université du Québec à Montréal.
- Prévile, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec [Psychological distress: Determining the reliability and validity of the measure used in the Santé Québec survey]*. Les cahiers de la recherche [The Journal of Research], 7, Government of Québec. Department of Health and Social Services.
- Putnam, F. W. (1994). Dissociative disorders in children and adolescents. In S. Lynn and J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 175-189). New York, NY: Guilford Press.

- Putnam, F. W. (1995). Development of dissociative disorders. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol.2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 581-608). New York: John Wiley & Sons.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 269-278.
- Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability, and validity of child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect, 17*, 731-741.
- Roesler, T. A., & McKenzie, N. (1994). Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 145-150.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 29*, 767-782.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2011). *Child Maltreatment 2010*. Retrieved from http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can
- Silberg, J.L. (2004). The treatment of dissociation in sexually abused children from a family attachment perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 487-495.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*, 79-101.
- Taylor, M., Carlson, S. M., Maring, B. L., Gerow, L., & Charley, C. (2004). The characteristics and correlates of high fantasy in school-aged children: Imaginary companions, impersonation and social understanding. *Developmental Psychology, 40*, 1173-1187.

- Tousignant, M., & Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale : Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et Sociétés, 17*, 15-26.
- Van Der Toorn, S.L.M., Huizink, A.C., Utens, E.M.W.J., Verhulst, F.C., Ormel, J., & Ferdinand, R.F. (2010). Maternal depressive symptoms, and not anxiety symptoms, are associated with positive mother-child reporting discrepancies of internalizing problems in children: A report on the TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*, 379-388.
- Wherry, J.N., Neil, D.A., & Taylor, T.N. (2009). Pathological dissociation as measured by the child dissociative checklist. *Journal of Child Sexual Abuse, 18*, 93-102.
- Wolfe, V.V. (2007). Child sexual abuse. In E.J. Mash, & R.A. Barkley (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (4th ed., pp. 685-748). New York, NY: Guilford Press.
- Wolfe, V.V., Wolfe, D.A., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of Victimization Form*. Unpublished instrument. London Health Science Centre, London, Ontario, Canada.
- Yancey, C.T., Hansen, D.J., & Naufel, K.Z. (2011). Heterogeneity of individuals with a history of child sexual abuse: An examination of children presenting to treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*, 111-127.

Tables

Table 3.1

Sociodemographic Variables

	SA group (n = 48)	Comparison group (n = 71)	Statistical test
<i>Average age of children</i>	4.50 (.58)	4.42 (.58)	$t_{(117)} = 0.72, p = .48$
<i>Child gender</i>			$\chi^2 (1, N = 119) = .83, p = .36$
Female	68.8%	60.6%	
Male	31.2%	39.4%	
<i>Parent</i>			$\chi^2 (2, N = 119) = 2.75, p = .25$
Mother	85.4%	94.4%	
Father	10.4%	4.2%	
Extended family/foster parents	4.2%	1.4%	
<i>Income</i>			$\chi^2 (3, N = 119) = 36.89, p < .001$
Less than \$19,999	50%	4.2%	
\$20,000 - \$39,999	6.2%	9.9%	
\$40,000 - \$59,999	20.8%	22.5%	
\$60,000 or more	22.9%	63.4%	
<i>Level of education</i>			$\chi^2 (2, N = 119) = 36.84, p < .001$
Primary/high school	50%	8.5%	
College/professional	37.5%	29.6%	
University	12.5%	62%	

Table 3.2

Correlations Among Study Variables

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Dissociation Time 2	--									
2. Dissociation Time 1	.49**	--								
3. Severity of SA	.05	.04	--							
4. Length of SA	.18	.06	.20	--						
5. Type of SA	-.14	-.04	-.00	.06	--					
6. Services received	.12	.15	-.13	-.34*	.25*	--				
7. Child gender	.31*	-.02	.19	.01	.29*	.19	--			
8. Parental distress	.03	.10	.16	-.06	.23*	-.30*	-.04	--		
9. Level of education	-.09	.00	-.07	-.09	-.20	.04	.09	.06	--	
10. Income	.06	-.13	-.08	-.14	-.19	.22	.00	-.03	-.64**	--

Notes: SA = sexual abuse.

* $p < .05$.** $p < .001$.

Table 3.3

Multiple Regressions Predicting Dissociation 1 Year Later

Variables	Global dissociation		Pathological dissociation	
	β	Adjusted R^2	β	Adjusted R^2
Step 1		0.21		0.24
Constant				
Dissociation, Time 1	0.48***		0.51***	
Step 2		0.24		0.34
Constant				
Dissociation, Time 1	0.54***		0.59***	
Severity of SA	-0.01		-0.14	
Length of SA	0.15		-0.08	
Type of SA	0.05		-0.10	
Services received	-0.03		-0.17	
Child gender	0.31*		0.38**	

Notes: SA = sexual abuse.

* $p < 0.05$.

** $p < 0.01$.

*** $p < 0.001$.

Figures

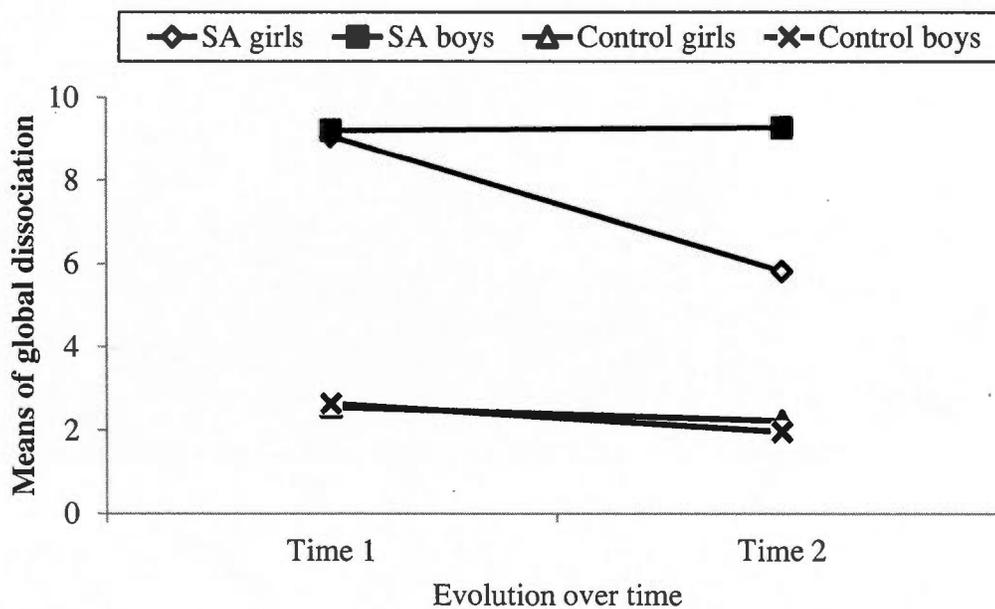


Figure 3.1. Means scores of global dissociation (0-40) by group and child gender at both evaluation times, controlling for level of education and parent's psychological distress. SA = sexual abuse.

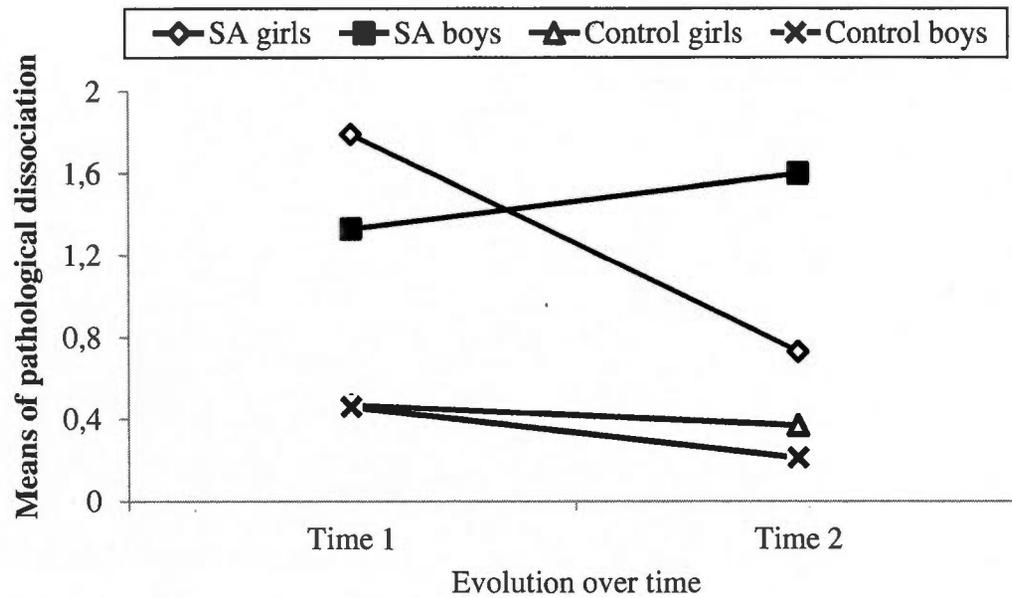


Figure 3.2. Means scores of pathological dissociation (0-12) by group and child gender at both evaluation times, controlling for level of education and parent's psychological distress. SA = sexual abuse.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Durant la période préscolaire, les différentes expériences vécues par les enfants influencent le développement d'un soi intégré et la difficulté à intégrer ces expériences peut se manifester par l'apparition de symptômes de dissociation (Putnam, 1997). À long terme, le recours à la dissociation comme principale stratégie pour faire face aux différents événements stressants vécus par l'enfant peut devenir problématique et nuire au bon fonctionnement ainsi qu'au développement optimal de l'enfant (Banyard et al., 2001). Il est alors préoccupant de constater qu'un nombre important d'enfants sont victimes d'AS lors de cette période développementale et que plusieurs d'entre eux risquent de développer des symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique (Hulette, Freyd et al., 2011). Il faut aussi noter que malgré leur jeune âge, les enfants d'âge préscolaire semblent vivre des AS aussi sévères que les enfants d'âge scolaire (Beaudoin, Hébert, & Bernier, 2013; Brilleslijper-Kater, Friedrich, & Corwin, 2004).

Cette thèse doctorale s'est intéressée à documenter la présence et l'évolution des symptômes de dissociation chez des enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une AS. Le devis de recherche permettait de contraster un groupe d'enfants victimes d'AS et un groupe de comparaison composé d'enfants n'ayant pas dévoilé d'AS et cela, à deux moments d'évaluation échelonnés sur une période d'un an. Le premier objectif de cette thèse était d'examiner la présence de symptômes de dissociation chez des enfants victimes d'AS. Ainsi, les symptômes de dissociation présents chez des enfants victimes d'AS ont été comparés à ceux présentés par des enfants n'ayant pas dévoilé d'AS et ce, en distinguant les symptômes (globaux ou pathologiques) et en considérant le sexe de l'enfant. Certaines caractéristiques de la situation abusive

vécue telles que la durée, la sévérité et le lien avec l'agresseur ont été considérées dans l'analyse des symptômes de dissociation. Le deuxième objectif de cette recherche doctorale était d'analyser l'évolution des symptômes de dissociation globaux et pathologiques sur une période d'un an en explorant les différents facteurs permettant de prédire les symptômes de dissociation tels que les caractéristiques de l'AS et le sexe de l'enfant.

Ce dernier chapitre de la thèse vise premièrement à intégrer et à discuter des principaux résultats obtenus dans les deux articles présentés dans les chapitres antérieurs. Deuxièmement, les contributions originales de la thèse, ses limites ainsi que des pistes de recherches futures seront abordées. Finalement, les différentes implications de la thèse concernant l'intervention auprès d'enfants victimes d'AS seront décrites.

4.1 Intégration des résultats

Dans cette section, trois thèmes principaux seront discutés afin d'intégrer les différents résultats obtenus dans le cadre de cette thèse. Tout d'abord, la fréquence et la présence de symptômes de dissociation chez les enfants victimes d'AS d'âge préscolaire seront présentés. Ensuite, les possibles distinctions quant aux symptômes de dissociation liés au sexe de l'enfant seront analysées. Finalement, l'influence potentielle des caractéristiques de la situation abusive vécue par les enfants sur la présence de symptômes de dissociation sera explorée.

4.1.1 Fréquence des symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS

Tout d'abord, les études empiriques de cette thèse démontrent l'existence d'un lien entre la présence de symptômes de dissociation chez des enfants d'âge

préscolaire et le fait de vivre une expérience traumatique telle qu'une AS. Par conséquent, la confirmation d'une association entre l'AS dans l'enfance et la dissociation chez les enfants d'âge préscolaire permet ainsi d'appuyer les résultats d'études antérieures effectuées auprès de populations adultes présentant des symptômes dissociatifs (Van Den Bosch et al., 2003). Les données issues des deux articles empiriques montrent que les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS présentent davantage de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas dévoilé d'AS et ce, lors de l'évaluation initiale de même que lors d'une seconde évaluation effectuée un an plus tard. Par ailleurs, ces résultats appuient ceux obtenus par Macfie et al. (2001a, 2001b) ainsi que par Hulette, Freyd et al. (2008) démontrant que les enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement affichent davantage de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas vécu de situations de maltraitance. Aussi, ces données sont comparables à celles obtenues auprès d'enfants d'âge scolaire indiquant que les enfants victimes d'AS semblent afficher davantage de symptômes de dissociation que les enfants n'ayant pas dévoilé d'AS (Collin-Vézina & Hébert, 2005). La trajectoire d'évolution des symptômes de dissociation obtenue dans cette thèse semble présager une trajectoire comparable à celle obtenue dans deux études longitudinales révélant que les enfants ayant vécu un trauma dans l'enfance affichent des scores plus élevés de dissociation plusieurs années après l'événement traumatique (Hulette, Freyd et al., 2011; Ogawa et al., 1997).

Jusqu'à ce jour, les études empiriques ont considéré les symptômes de dissociation dans leur globalité sans tenter de discriminer entre les éléments ou les phénomènes plus normatifs et ceux plus représentatifs de pathologie. La présente étude a donc voulu innover en discriminant les différents symptômes de dissociation affichés par les enfants considérant qu'il est normal chez des enfants d'âge préscolaire de présenter certains comportements dissociatifs non pathologiques. Les résultats obtenus indiquent non seulement que les enfants victimes d'AS affichent davantage de symptômes de dissociation globaux mais aussi, davantage de

symptômes de dissociation de type pathologique que les enfants du groupe de comparaison. Par ailleurs, cette distinction entre les deux groupes d'enfants est aussi observée lors de la relance effectuée un an plus tard. Il faut noter que l'examen de la trajectoire d'évolution des symptômes de dissociation globaux et pathologiques indique une diminution des symptômes chez les enfants victimes d'AS alors qu'elle révèle une certaine stabilité des symptômes chez les enfants du groupe de comparaison. Cette trajectoire d'évolution des symptômes de dissociation est concordante avec celles d'études antérieures effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire indiquant que les symptômes de dissociation ont généralement tendance à diminuer à partir de l'âge scolaire dans le cadre d'un processus développemental « normal » chez l'enfant (Putnam, 1997). Ces données concernant les trajectoires des symptômes de dissociation ne concordent pas avec celle proposée antérieurement par Macfie et al. (2001a). En effet, la trajectoire des symptômes de dissociation présentée par les enfants victimes d'AS indique une diminution des symptômes alors que la trajectoire des symptômes de dissociation chez les enfants victimes d'AS proposée par Macfie et al. (2001a) indique une augmentation de ces symptômes un an plus tard. Cette différence pourrait s'expliquer par des caractéristiques spécifiques de la composition de chaque échantillon. En effet, l'échantillon dans l'étude de Macfie et al. (2001a) est composé d'enfants ayant vécu plusieurs types de trauma (AS, abus physique, négligence) et d'un petit nombre d'enfants victimes d'AS ($n = 14$) alors que la taille de notre échantillon, composé uniquement d'enfants ayant dévoilé une AS, est de plus grande envergure ($n = 48$). Il est aussi possible que les échantillons diffèrent quant aux interventions ou services d'aide reçus entre les différents temps de mesure.

Outre la fréquence des symptômes de dissociation qui s'avère plus élevée chez les enfants victimes d'AS que chez les enfants du groupe de comparaison lors des deux évaluations, nos données permettent de constater que pour un peu plus d'un enfant victimes d'AS sur quatre (26,3%), les symptômes atteignent le seuil clinique

de dissociation alors que seulement, un enfant du groupe de comparaison (1,2%) a atteint ce seuil. Hulette, Freyd et al. (2011) ont démontré que près d'un enfant maltraité sur cinq, placé en famille d'accueil avait atteint le seuil clinique de dissociation comparativement à un seul enfant du groupe de comparaison. Ces résultats sont préoccupants puisqu'ils indiquent que pour un nombre significatif d'enfants victimes d'AS, les symptômes risquent d'interférer significativement avec leur adaptation au stress et leur processus développemental. En effet, l'atteinte d'un seuil clinique de dissociation peut interférer avec plusieurs tâches développementales et avoir notamment un impact sur les capacités de concentration et d'attention de l'enfant en milieu d'éducation préscolaire et aussi sur la socialisation avec les autres enfants si l'enfant présentant des symptômes de dissociation est davantage centré sur son univers interne. Donc, ces enfants sont à risque de ne pas être en mesure de franchir des étapes développementales importantes. Par ailleurs, ces résultats semblent confirmer que la victimisation sexuelle est associée à un risque plus élevé de présenter des symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique (Collin-Vézina & Hébert, 2005). Ces constats démontrent qu'il est essentiel d'évaluer la présence de symptômes de dissociation afin de pouvoir les traiter et ainsi, de prévenir leurs répercussions à long terme sur le développement des enfants.

4.1.2 Prédiction des symptômes de dissociation selon le sexe de l'enfant

La recension des études antérieures menées auprès d'échantillons d'enfants indique des disparités concernant les symptômes de dissociation présentés par les filles et les garçons, bien qu'aucune conclusion ferme ne puisse en être tirée. Dans ce contexte, les deux études de cette thèse avaient aussi pour but d'analyser les différences entre les filles et les garçons d'âge préscolaire. Les résultats indiquent d'une part, l'absence de différences entre les filles et les garçons concernant les symptômes de dissociation lors de l'évaluation initiale alors qu'ils identifient d'autre part, que le sexe de l'enfant est un prédicteur des symptômes de dissociation globaux

et pathologiques lors de la deuxième évaluation, un an plus tard, soulevant ainsi la possibilité d'une trajectoire évolutive spécifique selon le sexe de l'enfant.

Selon les données de cette thèse, les garçons victimes d'AS présentent davantage de symptômes de dissociation globaux et pathologiques lors de la relance comparativement aux filles victimes d'AS. Cette différence de sexe n'est par contre pas observée chez les enfants du groupe de comparaison lors de la relance. L'identification de davantage de symptômes dissociatifs chez les garçons victimes d'AS lors de la relance, mérite une attention particulière puisqu'à notre connaissance, l'observation de cette différence liée au sexe est contraire aux observations généralement retrouvées dans les écrits scientifiques. En effet, les études antérieures réalisées auprès d'enfants d'âge scolaire ont démontré une différence de sexe; les filles étant plus susceptibles que les garçons d'afficher des symptômes de dissociation (Friedrich et al., 1997; Hulette, Freyd, et al., 2011). Seule l'étude de Wherry et al. (2009) auprès d'enfants d'âge scolaire indiquent que les garçons victimes d'AS ou d'abus physique présentent davantage de symptômes de dissociation pathologique que les filles. Toutefois, il n'est pas possible de comparer nos résultats sur la trajectoire d'évolution des symptômes avec ceux de cette étude puisqu'elle a porté sur une seule évaluation dans le temps. Considérant l'absence de différence de sexe observée lors de l'évaluation initiale confirmant par ailleurs les résultats de deux études antérieures effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire (Carlson et al., 2008; Putnam, 1996), la présence de différences lors de la relance et aussi, l'ensemble des résultats disponibles dans les travaux scientifiques, nous émettons l'hypothèse que la différence entre les deux sexes pourrait être davantage observable à partir de la période scolaire.

Un processus réflexif quant aux différents facteurs expliquant les différences de sexe concernant les symptômes de dissociation doit être entamé. En effet, peu d'études permettent actuellement de comprendre les facteurs sous-jacents à cette

disparité. Nous avons tenté de cibler certains facteurs explicatifs dans le cadre de la présente thèse en considérant les caractéristiques de l'AS vécue, l'implication de l'enfant dans un traitement ainsi que par l'analyse qualitative des dossiers des enfants (par exemple, le nombre et la perception d'événements stressants vécus au cours de la dernière année). Toutefois, aucun des facteurs considérés ne semblent expliquer précisément cette différence. Il est possible qu'un ensemble de facteurs complexes influencent le développement et le maintien des symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant vécu une AS. Par conséquent, l'exploration de diverses variables telles que le nombre et le type d'événements stressants vécus par l'enfant (déménagement, séparation des parents, maladie) ainsi que sa perception de ces événements, l'expérience d'autres types de traumatismes que l'AS (abus physique, négligence, être témoin de violence conjugale), les facteurs de protection de l'enfant (stratégies d'adaptation, capacité de soutien du parent) et le processus de socialisation des émotions, doit être considérée parce qu'ils peuvent influencer la présence, l'intensité, le développement et le maintien des symptômes de dissociation tout au long du processus développemental de l'enfant. Nous émettons aussi l'hypothèse que l'environnement familial (mères davantage en détresse face au dévoilement d'une AS chez les garçons), les réponses des parents aux comportements et réactions de l'enfant ainsi que l'éducation familiale influencée par les différents stéréotypes sociaux (ex : les garçons ne pleurent pas) peuvent possiblement contribuer au renforcement de la dissociation chez les enfants.

L'analyse des trajectoires d'évolution des symptômes de dissociation globaux et des symptômes de dissociation pathologiques révèle des tendances évolutives similaires peu importe le sexe de l'enfant. Malgré l'observation d'une différence de trajectoires des symptômes entre les deux sexes pour les enfants du groupe victimes d'AS (stabilité des symptômes chez les garçons et diminution chez les filles), aucune différence n'est observée quant à la trajectoire des symptômes de dissociation globaux et pathologiques chez les garçons et chez les filles du groupe de

comparaison. En effet, la trajectoire des symptômes de dissociation globaux et pathologiques chez les garçons victimes d'AS est similaire au fil du temps présentant une certaine stabilité alors que chez les filles victimes d'AS, les deux types de symptômes de dissociation ont diminué de manière considérable après une période d'un an. La trajectoire développementale des symptômes de dissociation indiquent que lors de la période préscolaire, il est normal que les enfants présentent plusieurs symptômes de dissociation et que généralement ces symptômes diminuent lors de la période scolaire (Putnam, 1997). Alors que cette trajectoire développementale normale semble amorcée chez les filles victimes d'AS lors de la relance un an, elle semble différée chez les garçons et ce, pour les deux types de symptômes de dissociation.

À notre connaissance, les deux études de cette thèse sont parmi les premières à examiner les différences potentielles liées au sexe chez des enfants d'âge préscolaire et à s'intéresser aux trajectoires d'évolution des symptômes de dissociation de type pathologique. En effet, les quelques études antérieures étudiant les différences de sexe ont considéré les symptômes de dissociation sans distinguer les comportements considérés comme plus pathologiques.

4.1.3 Influence des caractéristiques de l'AS sur les symptômes de dissociation

La recension des écrits indiquent que ce sont principalement les études rétrospectives effectuées sur des populations adultes qui ont démontré que certaines caractéristiques de l'AS vécue (par exemple, durée, sévérité, identité de l'agresseur) sont associées à davantage de symptômes chez les victimes d'AS (Alpert, 1995; Zlotnick et al., 1996). Les quelques études antérieures portant sur l'influence des caractéristiques de l'AS sur les symptômes des enfants identifient des résultats beaucoup plus mixtes (Macfie et al., 2001b; Hulette, Kaehler et al., 2011). Plus spécifiquement pour les symptômes de dissociation, il est attendu que certaines

caractéristiques de l'AS telles que la sévérité des actes vécus (attouchements vs. pénétration), la durée (épisode unique vs. chronique) et un lien intrafamilial avec l'agresseur relativement à un lien extrafamilial, aient un impact sur l'intensité des symptômes présents chez les enfants. Par conséquent, ces caractéristiques de l'AS ont été examinées afin de vérifier leur contribution possible sur les symptômes de dissociation affichés par les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS.

Nos analyses ont révélé que seulement la durée de l'AS vécue semble influencer la fréquence et l'intensité des symptômes de dissociation présentés par les enfants d'âge préscolaire lors de l'évaluation initiale. En effet, les enfants ayant vécu quelques épisodes d'AS ou une AS chronique (six mois et plus) présentent davantage de symptômes de dissociation globaux et pathologiques que les enfants ayant vécu un seul épisode d'AS. Ces données confirment les résultats obtenus par Macfie et al. (2001b). Une tendance similaire est observée concernant l'atteinte du seuil clinique des symptômes de dissociation chez les enfants victimes d'AS. Il semble que le fait de vivre une AS de manière répétitive favorise l'utilisation de la dissociation parce que l'enfant, afin de tolérer le sentiment de trahison ou bien afin d'assurer sa survie, arrive à se couper de la réalité en se réfugiant dans son monde interne par le biais de la dissociation. Par contre, la durée de l'AS ne semble pas prédire quels enfants présenteront des symptômes de dissociation lors de la relance, un an plus tard. Donc, il semble que la durée de l'AS ait davantage un impact sur les symptômes de dissociation après le dévoilement de l'AS que sur une période d'un an.

Par ailleurs, il appert que la sévérité de l'AS (attouchements, tentative de pénétration) et le lien avec l'agresseur (intra/extrafamilial) n'influencent pas la fréquence et l'intensité des symptômes de dissociation globaux et pathologiques lors de l'évaluation initiale et lors de la relance, un an plus tard. Ces résultats peuvent sembler surprenants puisque plusieurs études réalisées auprès d'échantillons de populations adultes et infantiles ont démontré qu'une AS sévère impliquant une

pénétration (Kisiel & Lyons, 2001; Macfie et al., 2001b; Ogawa et al., 1997) et qu'une AS intrafamiliale (Freyd, 1996; Hulette, Kaehler et al., 2011) pouvait avoir un impact important sur la présence de symptômes plus sévères. Ces données vont à l'encontre de l'étude longitudinale réalisée sur une période de 19 ans par Ogawa et al. (1997), indiquant que la durée et la sévérité du trauma vécu dans l'enfance ainsi que le lien avec l'agresseur prédisent l'intensité des symptômes de dissociation chez les jeunes adultes. Aussi, ces résultats sont contraires aux résultats des études effectuées sur des adultes révélant que les caractéristiques du trauma vécu sont liés à des niveaux plus élevés de dissociation et de dissociation pathologique chez les adultes ayant vécu un trauma dans l'enfance (Alpert, 1995; De Prince, 2005; Freyd et al., 2005).

Une explication possible de ces résultats est que les informations recueillies sur ces caractéristiques de l'AS ne sont peut-être pas toutes dévoilées au début par l'enfant. En effet, il faut souligner que le dévoilement de l'AS est une situation difficile pour les enfants et que les informations données peuvent devenir de plus en plus détaillées au cours d'un processus socio-judiciaire ou d'un processus thérapeutique. En même temps, il est probable que l'influence de ces caractéristiques de l'AS sur les symptômes de dissociation soit visible à plus long terme ainsi que sur une période de temps de plusieurs années suite au trauma. Par ailleurs, il semble possible que d'autres caractéristiques associées à l'AS non considérées dans la présente thèse - telles que la prolifération de menaces, la présence de violence et le contexte dans lequel s'est effectué le dévoilement - soient davantage reliées au développement et à l'évolution à court terme des symptômes de dissociation chez des enfants d'âge préscolaire. L'examen systématique de ces autres caractéristiques de la situation abusive vécue devrait être considéré dans les études futures afin de dresser un portrait plus précis des éléments influençant les symptômes de dissociation.

4.2 Autres contributions de la thèse

Cette thèse contribue significativement à l'avancement des connaissances dans le domaine des AS à l'enfance puisqu'elle porte sur une population d'enfants d'âge préscolaire et sur les symptômes de dissociation, deux éléments ayant été peu étudiés à ce jour dans ce domaine de recherche. Il faut souligner que les deux études empiriques de cette thèse sont parmi les premières à documenter non seulement les symptômes de dissociation auprès d'enfants d'âge préscolaire victimes d'AS, mais aussi, l'évolution de ces symptômes de dissociation sur une certaine période de temps. En effet, les données actuellement disponibles sur les effets à long terme, tels que la dissociation, d'un trauma à l'enfance proviennent surtout d'études rétrospectives effectuées auprès de populations adultes.

Ensuite, cette thèse contribue de manière importante à l'avancement des connaissances puisqu'elle fait une distinction entre les symptômes de dissociation globaux et pathologiques en lien avec les caractéristiques de l'AS vécue et le sexe de l'enfant. Cette distinction permet donc d'apporter une vision davantage nuancée des différentes manifestations des symptômes de dissociation possible chez des enfants d'âge préscolaire. Il semble essentiel de mieux étudier ces symptômes considérant qu'ils peuvent entraver le fonctionnement optimal et le développement de l'enfant. Aussi, le sexe de l'enfant semble un facteur important à considérer lors d'études longitudinales sur l'évolution des symptômes de dissociation globaux et pathologiques afin d'évaluer les diverses implications possibles au plan des interventions auprès d'enfants victimes d'AS.

En ce qui a trait aux deux études empiriques réalisées dans le cadre de cette thèse, plusieurs forces méthodologiques doivent être soulignées. Tout d'abord, la taille de l'échantillon d'enfants victimes d'AS recrutés dans cette thèse est considérable et se compare avantageusement aux échantillons des quelques études

publiées, effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire ayant vécu des traumatismes interpersonnels. En effet, les études antérieures réalisées auprès d'enfants d'âge préscolaire incluent de manière générale des échantillons d'enfants ayant dévoilé une AS de moindre envergure et parfois même inférieur à quinze enfants (Hulette, Freyd et al., 2011). Il importe de souligner que le recrutement d'un tel échantillon clinique dans le cadre de la présente thèse repose sur un partenariat bien établi. Par ailleurs, la présente thèse se distingue comme étant l'une des rares études basées sur un devis longitudinal. Aussi, une force importante du devis de cette thèse est le recours à un groupe de comparaison composé d'enfants provenant de la communauté permettant ainsi de comparer les deux groupes d'enfants et de démontrer qu'une présence plus importante de symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire est associée au fait de vivre un trauma interpersonnel comme l'AS. Par ailleurs, un échantillon d'enfants recruté en milieu hospitalier ou dans un centre d'intervention spécialisé permet d'obtenir des informations plus précises sur les caractéristiques de l'AS comparativement aux études rétrospectives effectuées auprès d'un échantillon d'adultes diminuant par conséquent, le biais de rappel de l'événement abusif.

Enfin, une autre force méthodologique de cette étude est d'avoir effectué des analyses statistiques permettant de contrôler le niveau de détresse psychologique du parent pouvant affecter son évaluation des symptômes présents chez l'enfant. De cette manière, le biais relatif à la détresse du parent est diminué augmentant ainsi les chances d'obtenir un portrait plus juste et plus valide des symptômes présents chez l'enfant.

4.3 Limites de l'étude et perspectives de recherches futures

Bien que cette thèse contribue de façon notable à l'avancement des connaissances dans le domaine des AS chez les enfants d'âge préscolaire, elle comporte certaines limites devant être soulignées. Premièrement, malgré que la

détresse parentale ait été contrôlée ce qui représente un ajout important comparativement aux études antérieures effectuées auprès d'enfants d'âge préscolaire, une seule source d'information a été utilisée pour témoigner des symptômes de dissociation de l'enfant. Dans les études futures, il serait pertinent de recueillir des données auprès du parent et aussi, auprès de l'éducateur du milieu de garde ou de l'enseignant de maternelle afin d'obtenir un portrait plus complet reflétant la réalité globale de l'enfant permettant ainsi de mieux documenter les symptômes de dissociation globaux et pathologiques chez les enfants d'âge préscolaire. À notre connaissance, il n'existe actuellement pas de mesures précises élaborées pour l'éducateur mais certains items du *CDC* (Putnam et al., 1993) complété par le parent pourrait être utilisé pour obtenir un portrait des symptômes de dissociation de l'enfant dans son milieu scolaire. De même, il serait important de vérifier le lien entre la dissociation et les comportements intériorisés et extériorisés. Une telle étude permettrait aussi de mieux contextualiser les symptômes de dissociation et d'évaluer la concomitance de ce type de symptômes avec d'autres troubles intériorisés et extériorisés rapportés par les intervenants des milieux de garde ou des milieux scolaires. Aussi, il serait nécessaire de développer des outils validés empiriquement afin de mesurer la dissociation rapportée par l'enfant lui-même. À cet égard, soulignons que Macfie et al. (2001a) ont proposé un système de cotation de récits narratifs qui semble prometteur pour l'avancée des connaissances. À l'aide de ce système de cotation, il serait possible de cerner davantage les symptômes de dissociation se manifestant dans le monde interne de l'enfant ne pouvant pas être observé par le parent ou le professeur de l'enfant. Une expérimentation de ce système est actuellement en cours.

Deuxièmement, il semble que le devis de recherche ne permette pas de conclure que les symptômes de dissociation soient spécifiques à l'AS malgré le recrutement d'un groupe de comparaison. Ainsi, la deuxième étude de cette thèse nous amène à proposer que d'autres événements stressants pouvant être vécus par

l'enfant doivent être considérés lors de l'exploration longitudinale de l'évolution des symptômes de dissociation. L'amélioration des connaissances concernant les facteurs environnementaux et familiaux liés au maintien et au développement des symptômes de dissociation chez cette population infantile pourraient contribuer au développement de pratiques d'intervention davantage adaptées à leurs besoins. Par conséquent, il semble pertinent d'inclure dans les recherches futures en plus d'un groupe de comparaison, des groupes d'enfants confrontés à d'autres événements de vie adverses (divorce, problèmes financiers de la famille, déménagement, décès d'un membre de la famille, placement en famille d'accueil) ou à d'autres types de traumatismes (abus physique, négligence, témoin de violence conjugale) afin d'examiner la spécificité de l'AS en lien avec les symptômes de dissociation. De plus, il serait souhaitable d'investiguer l'évolution des symptômes de dissociation sur une plus longue période de temps afin de documenter les trajectoires développementales en fonction du type de dissociation vécu chez les enfants victimes d'une AS. Ce type d'analyse permettrait de cerner davantage si les spécificités liées au sexe de l'enfant se maintiennent lors de différentes phases développementales (enfance, adolescence, début de l'âge adulte, adulte).

Enfin, le recrutement d'enfants victimes d'AS représente un défi de taille surtout concernant les garçons. En effet, la période de recrutement se doit d'être assez longue puisque l'AS est moins prévalente chez les garçons que chez les filles et parce qu'il y a des raisons de penser que les garçons dévoilent moins les situations abusives que les filles (O'Leary & Barber, 2008). Aussi, l'attrition des participants au fil du temps a entraîné une diminution de la taille de l'échantillon d'enfants victimes d'AS limitant ainsi le nombre d'enfants faisant partie de chaque catégorie liées aux caractéristiques de la situation abusive ce qui peut expliquer l'absence de ces facteurs comme prédicteurs des symptômes de dissociation globaux et pathologiques à long terme. Idéalement, les études futures devront recruter de vastes échantillons afin de prévoir l'attrition importante reliée à cette clientèle.

4.4 Implications pour l'intervention offerte aux enfants victimes d'AS

Les résultats de cette thèse présentent d'importantes implications au plan des interventions offertes aux enfants victimes d'AS. Tout d'abord, à la lumière des résultats issus du premier article, il semble essentiel de sensibiliser les différents intervenants œuvrant auprès d'enfants d'âge préscolaire victimes d'AS à la présence de symptômes de dissociation non pathologique et pathologique. Il est important que les intervenants soient en mesure de bien saisir et d'identifier les différentes manifestations de la dissociation (normale vs. pathologique pour cette période développementale) chez les enfants d'âge préscolaire afin d'intervenir rapidement lorsque ces symptômes nuisent au fonctionnement optimal de l'enfant. Dans cette optique, la figure représentant le continuum de la dissociation pourrait s'avérer être l'outil idéal à leur présenter. Ainsi par le biais d'outils et de stratégies de formation, il serait essentiel de sensibiliser les intervenants aux outils d'évaluation des symptômes de dissociation tels que le Child Dissociative Checklist. Par ailleurs, environ le quart des enfants victimes d'AS composant l'échantillon de cette étude affichaient des symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique de dissociation. Par conséquent, la présence de ces symptômes de dissociation à long terme peut entraver le bon fonctionnement de l'enfant ainsi qu'affecter son développement (Banyard et al., 2001). Il semble donc primordial de considérer les symptômes de dissociation pathologique dès leur apparition chez les enfants victimes d'AS afin d'éviter le développement de pathologies futures.

De même, il semble essentiel de sensibiliser les intervenants des différents secteurs (milieux de garde, médical, policier, judiciaire) sur les manifestations de la dissociation et leurs retombées possibles sur le développement des enfants. En effet, la dissociation chez les enfants, comme chez les adultes, peut être difficile à diagnostiquer ou à reconnaître par les divers intervenants puisque ses manifestations peuvent ressembler à celles d'autres troubles psychologiques tels que le trouble

oppositionnel, le trouble réactionnel de l'attachement ou le trouble déficitaire de l'attention (Wieland, 2011). Par exemple, les difficultés de concentration et les divers moments d'inattention lorsque l'enfant est dans son univers interne sont des conséquences importantes de la dissociation qui peuvent aussi être liées au trouble déficitaire de l'attention. Comme les changements d'états sont plus subtils chez les enfants que chez les adultes, il semble pertinent d'expliquer les différents symptômes (comportementaux, cognitifs, émotionnels et physiques) associés à la dissociation (ISSTD, Child & Adolescent Committee, 2008). Dans notre étude, l'analyse des différents items du Child Dissociative Checklist démontre que les changements rapides de personnalité, la variation dans les habiletés, le fait de mentir ou de nier en dépit de preuves, la précocité au plan sexuel, les blessures inexplicables, les excès de colère et les régressions du comportement sont les principaux symptômes de dissociation affichés par les enfants victimes d'AS. La transmission de ces constats aux intervenants pourrait les aider à dépister la présence de dissociation chez les enfants.

Peu de traitements adressant directement les symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire victimes d'AS sont actuellement disponibles. Présentement, le traitement développé par Silberg (2004) propose une approche thérapeutique intéressante pour les intervenants travaillant auprès d'enfants victimes d'AS présentant des symptômes de dissociation. L'approche de Silberg (2004) est basée sur un modèle développemental intégrant l'environnement familial et les capacités d'attachement. Selon ce modèle d'intervention présenté dans l'introduction de la thèse, l'environnement familial de l'enfant est considéré comme le lieu principal de prise en charge et de maintien de la dissociation par le biais de styles d'interaction inadaptés. Les comportements symptomatiques sont conceptualisés comme l'expression implicite de sentiments contradictoires chez l'enfant et à l'intérieur du système familial. Ainsi, l'environnement interpersonnel dans lequel l'enfant évolue contribuerait significativement à la présence de conflits intrapsychiques chez l'enfant

et nuirait au développement d'un soi intégré entraînant davantage de difficultés à gérer les émotions fortes et les expériences douloureuses vécues. En outre, les symptômes dissociatifs reflèteraient des habitudes apprises, renforcées et promues par les modes d'interaction parent-enfant encourageant ce mode de fonctionnement inadapté chez l'enfant. Il semble que les enfants victimes d'AS soient davantage vulnérables à ce renforcement de l'environnement considérant que leurs besoins d'attachement ont été comblés en s'adaptant aux attentes de l'autre. Ils n'ont donc pas développé la capacité d'autorégulation requise dans le cadre d'un processus développemental sain. Par ailleurs, certains facteurs familiaux tels que la réponse du parent (sentiments de culpabilité, capacités de soutien, désinvestissement) en lien avec la situation abusive vécue par l'enfant ainsi que l'histoire de traumatismes vécus par le parent contribuerait à l'utilisation de la dissociation comme stratégie face aux événements stressants vécus par l'enfant.

Selon Silberg (2013), la durée et la fréquence du traitement dépend de la sévérité des symptômes de dissociation présents chez l'enfant et des circonstances ou contraintes familiales. Cette auteure considère que l'implication des parents est primordiale. En effet, elle suggère d'intégrer les parents dans le processus thérapeutique afin de travailler sur certains aspects de la sphère familiale pouvant contribuer au maintien des symptômes de dissociation chez l'enfant. Il est proposé d'utiliser la psychoéducation auprès des parents sur les différentes manifestations de la dissociation chez l'enfant, de leur offrir du soutien et d'utiliser l'entraînement aux habiletés parentales afin de cibler les renforcements courants qui maintiennent les comportements dissociatifs dans le milieu familial (Goffinet, 2012). Le principal objectif de l'implication des parents est de leur apprendre à encourager l'expression directe des pensées et sentiments de l'enfant sans renforcer les stratégies dissociatives dysfonctionnelles.

Cette approche thérapeutique vise le développement de l'autonomie et de la résistance à la suggestion chez l'enfant afin de contrer les impacts de l'environnement familial. De plus, les attentes et les croyances de la famille qui maintiennent une vision particulière du rôle de l'enfant doivent être explorées dans le cadre du processus thérapeutique. Par conséquent, le thérapeute favorisera le développement d'interactions familiales encourageant l'intégrité, la responsabilité et la tolérance pour l'expression de leurs sentiments. Il est important de créer un milieu sécuritaire dans lequel tous les membres de la famille peuvent exprimer librement ses sentiments afin de diminuer l'engagement dans un processus de dissociation mutuel autour du trauma contribuant à augmenter l'intensité des sentiments en lien avec le trauma (Silberg, 2013).

Les principaux objectifs thérapeutiques du traitement de la dissociation chez les enfants sont : 1) Considérer directement les symptômes en aidant l'enfant à atteindre une cohésion de ses affects, de ses cognitions et de ses comportements, 2) de promouvoir l'acceptation de son comportement et la connaissance de soi en ce qui concerne ses sentiments considérés comme inacceptables et conflictuels, 3) de favoriser l'autonomie de l'enfant dans l'expression de ses affects et dans l'autorégulation de ses changements d'état et 4) de promouvoir la communication entre les membres de la famille par le biais de l'expression directe de leurs sentiments douloureux (Goffinet, 2012; Silberg, 2004, 2013).

Finalement, malgré que le traitement proposé par Silberg (2004) offre des pistes d'intervention intéressantes pour les enfants victimes d'AS affichant des symptômes dissociatifs, il ne semble pas encore avoir fait l'objet de validation empirique. Considérant que l'implication du parent dans le processus thérapeutique est primordiale, l'amélioration des connaissances sur les différents facteurs familiaux en interaction avec la dissociation permettrait de cibler précisément ces facteurs et d'améliorer les pratiques d'intervention auprès des parents des enfants d'âge

préscolaire victimes d'AS. Il faut donc, poursuivre le développement et l'évaluation de programmes d'intervention pour les jeunes enfants victimes d'AS présentant des symptômes de dissociation clinique ou pathologique considérant qu'ils sont susceptibles de perturber le développement ultérieur.

4.5 Conclusion

En résumé, les données issues de cette thèse révèlent que les enfants d'âge préscolaire victimes d'un trauma interpersonnel tel que l'AS, présentent davantage de symptômes de dissociation globaux et pathologiques que les enfants n'ayant pas dévoilé d'AS. De plus, environ le quart des enfants victimes d'AS présentent des symptômes de dissociation atteignant le seuil clinique ce qui est inquiétant considérant que ce type de symptômes peut entraver différentes sphères de développement chez l'enfant. Les trajectoires d'évolution des symptômes de dissociation semblent liées au sexe de l'enfant chez les victimes d'AS. Aussi, la durée de l'AS semble influencer la présence de symptômes de dissociation alors que ce ne semble pas être le cas pour la sévérité et le lien avec l'agresseur.

Considérant les données de cette thèse, il apparaît essentiel de poursuivre les études dans ce domaine en explorant de manière plus approfondie les divers facteurs personnels, familiaux et environnementaux pouvant être impliqués dans le développement et/ou le maintien des symptômes de dissociation chez les enfants victimes d'AS au fil du temps. Par ailleurs, les résultats de cette thèse démontrent l'importance de favoriser le développement, l'implantation et l'évaluation d'approches thérapeutiques permettant de traiter ces symptômes chez les enfants victimes d'AS. Alors, en continuant l'avancement des connaissances dans ce domaine, il sera possible de mieux cerner les besoins de ces enfants, de développer des interventions adéquates, de prévenir à long terme le développement de

pathologies et de promouvoir le développement optimal des enfants ayant vécu une AS lors de la période préscolaire.

ANNEXE A

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES DE DISSOCIATION CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE

Chercheurs: Martine Hébert, Ph.D. (UQAM)
Dr. Claire Allard-Dansereau, M.D. (CHU Sainte-Justine)
Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D. (CHU Sainte-Justine)
Delphine Collin-Vézina, Ph.D. (UQAM)

Ce projet est financé par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH).

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en collaboration avec la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs qui aident les jeunes enfants d'âge préscolaire et leurs parents à surmonter des événements sérieux (par exemple, une agression sexuelle) et sur l'évolution des enfants sur une période d'un an. Nous sollicitons la participation des parents et des enfants qui consultent la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des jeunes enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil et de les comparer à des enfants n'ayant pas vécu une agression sexuelle. Cette comparaison nous aidera à définir des plans d'intervention appropriés. De plus, le projet vise à explorer l'évolution des profils des enfants sur une période d'un an.

Déroulement de l'étude

Si vous décidez de participer, votre collaboration et celle de votre enfant consisteront à deux rencontres avec une assistante de recherche à votre domicile ou au centre hospitalier, selon votre convenance. La première rencontre se déroulera au cours de votre visite à la Clinique et la deuxième se déroulera environ 1 an plus tard. Nous vous demanderons de compléter des questionnaires. Les questionnaires à compléter par votre enfant portent sur son estime personnelle et sur ses relations avec ses parents. Les questionnaires sont présentés sous forme de jeux et d'images, et l'entrevue est enregistrée par voie audio. Nous estimons qu'il faut environ 30 minutes pour compléter les questionnaires s'adressant à l'enfant. Les questionnaires complétés par le parent s'intéressent aux comportements de l'enfant, à vos perceptions et vos sentiments, aux relations familiales et aux conflits dans la famille. Nous estimons qu'il faut environ une heure et demie pour compléter le questionnaire s'adressant au parent. Vous serez libres de ne pas répondre à toutes les questions. Des informations seront aussi recueillies à partir du dossier médical de la Clinique. Si vous acceptez, l'enseignant-e (ou l'éducateur-trice en garderie, selon le cas) sera aussi invité-e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à l'école. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des jeunes enfants qui ont consulté au centre hospitalier au cours des derniers mois, sans préciser le motif de la consultation. Cette étude s'échelonne sur plus d'une année.

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants nous permettra de mieux définir les caractéristiques des enfants qui ont été agressés sexuellement et de les comparer aux enfants qui n'ont pas vécu une agression sexuelle et de mieux saisir les besoins d'interventions.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, l'assistante de recherche vous renseignera après l'entrevue sur des 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'elles soient minimales. En ce sens, à aucun moment nous demandons à l'enfant de décrire ce qu'il a vécu. De plus, il est possible de mettre un terme à l'entrevue si l'enfant le désire. La personne qui mène l'entrevue est une étudiante formée dans le domaine. Elle bénéficie d'une expérience clinique et a déjà mené des entrevues auprès des jeunes enfants et des parents.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet seront gardées confidentielles à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Elles seront gardées sous clé au laboratoire de recherche de la chercheuse principale (Martine Hébert - UQAM) et elles seront conservées durant cinq ans. Par la suite, les questionnaires seront détruits. Les données seront traitées de façon collective pour l'ensemble des enfants et des parents participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et vos noms n'y apparaîtront pas. En ce sens, l'identité du parent ainsi que celle de l'enfant ne seront pas dévoilées. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques. Toutefois, l'identité de votre enfant ne sera pas révélée lors de ces présentations. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM ainsi que le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH), l'organisme subventionnaire pourront avoir accès aux données.

Responsabilité des chercheurs

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

Compensation

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

Liberté de participation et retrait de l'étude

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

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

Personnes disponibles pour répondre à vos questions:

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

Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude ou une plainte à formuler, veuillez contacter la conseillère à la clientèle du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine et du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'UQAM (secrétariat du Comité: Service de la Recherche et de la Création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 - Téléphone: 514-987-3000 poste 7753). Toute question sur le projet peut être adressée à Martine Hébert. Pour toute question sur les responsabilités des chercheuses ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut leur être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIÉR.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE (T1)
Évolution des symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire
ayant dévoilé une agression sexuelle (CRSH)

Date: _____ (jj/mm/aaaa)

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- * J'ai lu le formulaire d'information et de consentement.
- * J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- * Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.
- * Je comprends que je peux retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les soins de santé de mon enfant.
- * J'autorise la divulgation de tous dossiers ou résultats concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude et au comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM.
- * Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.

Participation de l'enfant: J'accepte que mon enfant participe à ce projet de recherche.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ <small>Initiales du tuteur</small>
Participation du parent: J'accepte volontiers de participer à ce projet de recherche.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ <small>Initiales du tuteur</small>
Autorisation pour la participation de l'enseignant-e: J'accepte que l'enseignant/e (ou l'éducateur/trice) de mon enfant soit invité-e à compléter un questionnaire sur son comportement. L'enseignant/e ne sera pas informé/e que l'enfant a dévoilé une agression sexuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ <small>Initiales du tuteur</small>

 Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées) Consentement du parent, tuteur (Signature) Date

 Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées) Assentiment de l'enfant (Signature)
(capable de comprendre la nature du projet) Date

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

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

 Nom de l'assistant de recherche (Lettres moulées) Signature de l'assistante de recherche Date

Formule d'engagement du chercheur: Le projet de recherche doit être décrit au participant et/ou à son parent/tuteur ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à leurs questions et doit leur expliquer que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

 Nom du chercheur responsable (Lettres moulées) Signature du chercheur responsable Date

Copie de l'équipe de recherche (HSJ)

(Dernières modifications: 20.11.2009) 1

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉVOLUTION DES SYMPTÔMES DE DISSOCIATION CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE

Chercheurs: Martine Hébert, Ph.D. (UQAM)
Dr. Claire Allard-Dansereau, M.D. (CHU Sainte-Justine)
Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D. (CHU Sainte-Justine)
Delphine Collin-Vézina, Ph.D. (UQAM)

Ce projet est financé par le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH).

Madame, Monsieur,

La direction de l'établissement fréquenté par votre enfant nous a permis de solliciter votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par des chercheurs de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en collaboration avec la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs qui aident les jeunes enfants d'âge préscolaire et leurs parents à surmonter des événements sérieux (par exemple, une agression sexuelle) et sur l'évolution des enfants sur une période d'un an. Nous sollicitons par le biais de Centre de la petite enfance (CPE) et d'école la participation des parents et des enfants qui n'ont jamais consulté la Clinique de pédiatrie socio-juridique. Nous cherchons ainsi à obtenir un groupe de comparaison d'enfants qui n'ont pas vécu une agression sexuelle. Cette comparaison nous permettra de mieux comprendre les conséquences de l'abus sur l'adaptation des enfants et de nous aider à élaborer des interventions pouvant les aider.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des jeunes enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil et de les comparer à des enfants n'ayant pas vécu une agression sexuelle. Cette comparaison nous aidera à définir des plans d'intervention appropriés. De plus, le projet vise à explorer l'évolution des profils des enfants sur une période d'un an.

Déroulement de l'étude

Si vous décidez de participer, votre collaboration consistera à compléter un questionnaire à domicile que vous nous retournerez par la poste tandis que celle de votre enfant consistera à une rencontre avec une assistante de recherche à l'établissement fréquenté par votre enfant (CPE ou école). Cette étude comporte aussi une seconde rencontre que nous proposons de faire à votre domicile ou à l'UQAM, selon votre choix, qui se déroulera environ 1 an plus tard. Nous vous demanderons de compléter des questionnaires. Les questionnaires à compléter par votre enfant portent sur son estime personnelle et sur ses relations avec ses parents. Les questionnaires sont présentés sous forme de jeux et d'images, et l'entrevue est enregistrée par voie audio. Nous estimons qu'il faut environ 30 minutes pour compléter les questionnaires s'adressant à l'enfant. Les questionnaires complétés par le parent s'intéressent aux comportements de l'enfant, à vos perceptions et vos sentiments, aux relations familiales et aux conflits dans la famille. Nous estimons qu'il faut environ une heure pour compléter le questionnaire s'adressant au parent. Vous serez libres de ne pas répondre à toutes les questions. Si vous acceptez, l'éducateur-trice en garderie/l'enseignant sera aussi invité-e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant au CPE/à l'école.

Avantages de l'étude

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants nous permettra de mieux définir les

caractéristiques des enfants qui ont été agressés sexuellement et de les comparer aux enfants qui n'ont pas vécu une agression sexuelle et de mieux saisir les besoins d'interventions.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, on vous remettra une liste de ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile. De plus, vous pourrez rejoindre l'assistante de recherche ou les chercheuses responsables du projet par téléphone. En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, des précautions sont prises afin qu'elles soient minimales. En ce sens, à aucun moment nous mentionnons le terme « Agression sexuelle ». De plus, il est possible de mettre un terme à l'entrevue si l'enfant le désire. La personne qui mène l'entrevue est une étudiante formée dans le domaine. Elle bénéficie d'une expérience clinique et a déjà mené des entrevues auprès des jeunes enfants et des parents.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet seront gardées confidentielles à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Elles seront gardées sous clé au laboratoire de recherche de la chercheuse principale (Martine Hébert - UQAM) et elles seront conservées durant cinq ans. Par la suite, les questionnaires seront détruits. Les données seront traitées de façon collective pour l'ensemble des enfants et des parents participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et vos noms n'y apparaîtront pas. En ce sens, l'identité du parent ainsi que celle de l'enfant ne seront pas dévoilées. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques. Toutefois, l'identité de votre enfant ne sera pas révélée lors de ces présentations. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM ainsi que le Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada (CRSH), l'organisme subventionnaire pourront avoir accès aux données.

Responsabilité des chercheurs

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

Compensation

Un montant de 20\$ vous sera envoyé par la poste suite à la réception du questionnaire complété par le parent et, lors de la rencontre un an plus tard pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage.

Liberté de participation et retrait de l'étude

Votre participation ou celle de votre enfant est tout à fait libre et volontaire et vous serez libre de changer d'idée en tout temps et de retirer votre consentement sans avoir à fournir de raison et sans préjudice. Votre décision n'affectera en rien vos relations présentes ou futures avec les membres de l'établissement (CPE ou école), du CHU Sainte-Justine ou de l'UQAM et n'aura aucun effet sur la qualité des soins dispensés à votre enfant. L'assistante de recherche est autorisée à obtenir le consentement si nécessaire.

Personnes disponibles pour répondre à vos questions:

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

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

Cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine et du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'UQAM (secrétariat du Comité: Service de la Recherche et de la Création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 - Téléphone: 514-987-3000 poste 7753). Toute question sur le projet peut être adressée à Martine Hébert. Pour toute question sur les responsabilités des chercheuses ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut leur être adressée directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIÉR.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE (T1)
Évolution des symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire
ayant dévoilé une agression sexuelle (CRSH)

Date: _____ (jj/mm/aaaa)

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- * J'ai lu le formulaire d'information et de consentement.
- * J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps et communiquer avec les membres de l'équipe de recherche.
- * Je comprends que je garde une copie signée du présent formulaire de consentement.
- * Je comprends que je peux retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les relations avec l'établissement (CPE/école), le CHU Sainte-Justine et l'UQAM.
- * J'autorise la divulgation des données de recherche concernant mon enfant, en relation avec la présente étude, au personnel de l'étude et au comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM.
- * Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.

Participation de l'enfant: J'accepte que mon enfant participe à ce projet de recherche et qu'il soit rencontré par l'assistante de recherche à l'établissement (CPE/école)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <small>Initiales du tuteur</small>
Assentiment verbal de l'enfant <small>(capable de comprendre la nature de ce projet)</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <small>Initiales de l'enfant</small>
Participation du parent: J'accepte volontiers de participer à ce projet de recherche.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <small>Initiales du tuteur</small>
Voici mes coordonnées actuelles afin que vous puissiez me faire parvenir le questionnaire que je compléterai:		
Adresse :		
<small>Numéro</small>	<small>Rue</small>	<small>Appartement</small>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>
<small>Municipalité</small>	<small>Province</small>	<small>Code postal</small>
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>
Téléphone :		
<small>()</small>	<small>()</small>	
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <small>Domicile</small>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <small>Travail</small>	
Autorisation pour la sollicitation de l'éducateur/trice/enseignant-e: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
J'accepte que l'éducateur-trice/l'enseignant-e de mon enfant soit invité-e à compléter un questionnaire sur son comportement.		<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/> <small>Initiales du tuteur</small>

Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées) Consentement du parent, tuteur (Signature) Date

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées) Assentiment de l'enfant (Signature) Date
(capable de comprendre la nature du projet)

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

Age de l'enfant

Formule d'engagement de l'assistant de recherche: J'ai fait parvenir le formulaire d'information et de consentement à son parent/tuteur, par l'entremise de son enfant, où il est abordé tous les aspects pertinents de la recherche incluant que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps. Dans le cas où ils ont communiqué avec moi, j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Si le consentement a été obtenu et que le formulaire a été retourné dûment complété, j'ai rencontré l'enfant et envoyé le questionnaire à compléter au parent/tuteur.

Nom de l'assistant de recherche (Lettres moulées)

Signature de l'assistante de recherche

Date

Formule d'engagement du chercheur: Le projet de recherche doit être décrit au participant et/ou à son parent/tuteur ainsi que les modalités de la participation, incluant que la participation au projet de recherche est libre et volontaire, par l'entremise du formulaire d'information et de consentement. Un membre de l'équipe de recherche doit répondre à leurs questions. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Nom du chercheur responsable (Lettres moulées)

Signature du chercheur responsable

Date

RÉFÉRENCES
(CHAPITRES I ET IV)

RÉFÉRENCES

(Chapitres I et IV)

- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Unpublished manuscript, Burlington, University of Vermont.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alpert, J. L. (1995). Trauma, dissociation, and clinical study as a responsible beginning. *Consciousness and Cognition*, 4, 125-129.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Éd. rév.). Washington, DC: Auteur.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). Understanding links among childhood trauma, dissociation, and women's mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 311-321.
- Baril, K., & Tourigny, M. (octobre, 2010). Dévoiler l'agression sexuelle : Qui dévoile et quels sont les impacts chez les victimes. Communication au congrès International AIVI 2010 : Briser le silence de l'inceste, Paris, France.
- Beaudoin, G., Hébert, M., & Bernier, A. (2013). Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. *European Review of Applied Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2012.12.001>
- Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2008). A preliminary study of ADHD symptoms and correlates: Do abused children differ from nonabused children? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 133-140.

- Becker-Blease, K. A., Freyd, J. J., & Pears, K. C. (2004). Preschoolers' memory for threatening information depends on trauma history and attentional context: Implications for the development of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(1), 113-131.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse - Definitions, prevalence, and consequences. Dans J. E. B. Myers (Ed.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (pp. 215-232). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bernier, M.-J., Hébert, M., & Collin-Vézina, D. (2011). Symptômes de dissociation chez les enfants d'âge préscolaire ayant dévoilé une agression sexuelle. *Journal International de Victimologie*, 9, 318-332.
- Bernier, M.-J., Hébert, M., & Collin-Vézina, D. (2013). Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 455-472.
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bower, G. H., & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 625-654.
- Bremner, J. D. (2009). Neurobiology of dissociation: A view from the trauma field. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (Éds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 329-336). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Briere, J., & Elliot, D. M. (2001). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. Dans K. Franey, R. Geffner, & R. Falconer (Eds.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (pp. 121-136). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Brilleslijper-Kater, S., Friedrich, W., & Corwin, D. (2004). Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: Theory and research challenges. *Child Abuse & Neglect*, 28(10), 1007-1017.
- Brunet, A., Holowka, D. W., & Laurence, J. R. (2001). Dissociation. Dans M. J. Aminoff, & R. B. Daroff (Eds.), *Encyclopedia of the neurological sciences* (pp. 1-7). San Diego, CA: Academic Press.

- Carlson, S. M., Tahiroglu, D., & Taylor, M. (2008). Links between dissociation and role play in a nonclinical sample of preschool children. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 149-171.
- Carlson, E. A., Yates, T. M., & Sroufe, L. A. (2009). Dissociation and development of the self. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (Éds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 39-52). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1997). Does psychiatric history bias mothers reports? An application of a new analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 971-979.
- Chu, J. A. (1998). Dissociative symptomatology in adult patients with histories of childhood physical and sexual abuse. Dans J. D. Bremner & C. R. Marmar (Éds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 179-203). Washington: American Psychiatric Press.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- Cicchetti, D., & Rogosh, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.
- Collin-Vézina, D., Hébert, M., & Brabant, M.-È. (2005). Agression sexuelle et symptômes de dissociation chez des filles d'âge scolaire. Dans M. Tardif (Ed.). *L'Agression Sexuelle : Coopérer au-delà des frontières, Cifas 2005* (pp. 347-369). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. Consulté le 6 septembre 2009 depuis : <http://www.psychiatrieviolence.ca/>
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2008). Short-term correlates of child sexual abuse: An exploratory study predicting girls' academic, cognitive, and social functioning one year later. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 1(4), 301-316.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.

- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Woolley, D. P., & Shenk, C. E. (2010). Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology, 35*, 570-577.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin, 131*, 483-509.
- De Prince, A. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*(1), 125-141.
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 156*, 379-385.
- Edelbrock, C., & Achenbach, T. M. (1984). The teacher version of the Child Behavior Profile. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(2), 207-217.
- Ensink, K., & Normandin, L. (2011). Le traitement basé sur la mentalisation chez les enfants agressés sexuellement et leurs parents. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (pp. 399-443). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect, 23*(2), 145-159.
- Foa, E. B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information processing approach. Dans L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation* (pp. 207-224). New York: Plenum Press.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 163*, 623-629.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms, and anxiety (J. Strachey trad.). Dans J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood sexual abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Freyd, J. J., Klest, B., & Allard, C. B. (2005). Betrayal trauma: Relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 83-104.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E., & Bengston, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 155-173.
- Goffinet, S. (2012). Lignes directrices pour l'évaluation et le traitement des symptômes dissociatifs chez les enfants et les adolescents. Traduction française de *Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescents - ISSD Task Force on Children and Adolescents*. Consulté depuis: <http://www.isstd.org/education/child-guidelines-ISSTD-2003InFrench-goffinet2012.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2001). Les fondements d'une compréhension commune (Chapitre 1). La problématique des agressions sexuelles (Chapitre 2). Les principaux obstacles à la lutte contre les agressions sexuelles (Chapitre 3). Dans *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* (pp. 22-50). Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M., & Ijzendoorn, M. (2007). Attachment disorganization, and dissociation. Dans E. Vermetten, M. Dorahy, & D. Spiegel (Eds.), *Traumatic Dissociation : Neurobiology and treatment* (pp.31-54). Washington DC : American Psychiatric Press.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (pp. 149-204). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Hornstein, N. L. (1996). Dissociative disorders in children and adolescents. Dans L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 139-160). New York: Plenum Press.
- Hulette, A. C., Fisher, P. A., Kim, H. K., Ganger, W., & Landsverk, J. L. (2008). Dissociation in foster preschoolers: A replication and assessment study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 173-190.

- Hulette, A. C., Freyd, J. J., & Fisher, P. A. (2011). Dissociation in middle childhood among foster children with early maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect, 35*, 123-126.
- Hulette, A. C., Freyd, J. J., Pears, K. C., Kim, H. K., Fisher, P. A., & Becker-Blease, K. A. (2008). Dissociation and posttraumatic symptoms in maltreated preschool children. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 1*, 93-108.
- Hulette, A. C., Kaehler, L. A., & Freyd, J. J. (2011). Intergenerational associations between trauma and dissociation. *Journal of Family Violence, 26*, 217-225.
- ISSTD, Child and Adolescent Committee. (2008). *Frequently asked questions for parents*. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Disponible au <http://www.isst-d.org/education/faq-child.htm>.
- Jones, D. P. H. (2001). Editorial: Dissociation in pre-school children. *Child Abuse & Neglect, 25*, 1249-1251.
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 176-187.
- Kédia, M. (2012). Dissociation et troubles psychotraumatiques. Dans M. Kédia, J. Vanderlinden, G. Lopez, I. Saillot, & D. Brown (Eds.), *Dissociation et mémoire traumatique : Historique, clinique, traitements et neurobiologie* (pp. 29-51). Paris: Dunod.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1034-1039.
- Leonard, B. J., Hellerstedt, W. L., & Josten, L. (1997). Association of maternal psychological functioning to pathology in child sexual abuse victims. *Issues in Mental Health Nursing, 18*, 587-601.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model of understanding dissociative psychopathology. Dans J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp.291-317). New York: Guilford Press.

- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. Dans P. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM V and beyond* (pp. 53-65). New York: Routledge.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001a). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development & Psychopathology*, *13*, 233-254.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001b). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, *25*, 1253-1267.
- Macfie, J., Toth, S. L., Rogosch, F. A., Robinson, J., Emde, R. N., & Cicchetti, D. (1999). Effect of maltreatment on preschoolers' narrative representations of responses to relieve distress and of role reversal. *Developmental Psychology*, *35*, 460-465.
- Ministère de la Sécurité Publique. (2008). *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*. Consulté depuis : <http://www.msp.gouv.qc.ca/prevention/prevention.asp?txtSection=statistiqu&xtCategorie=agression&txSousCategorie=2007&txtNomAutreFichier=introduction.htm>.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., ... Shuttlewood, G. J. (2000). Mothers mental illness and child behavior problems: Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 592-602.
- Nijenhuis, E. (2009). Somatoform dissociation and somatoform dissociative disorders. Dans P. F. Dell & J. O'Neill (Eds.), *Dissociation: DSM-V and beyond* (pp. 259-275). New York: Routledge Press.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: A longitudinal study of dissociative symptomatology in a normative sample. *Development and Psychopathology*, *9*, 855-879.
- O'Leary, P. J., & Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *17*, 133-143.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, *135*, 17-36.

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative phenomena. Dans A. Tasman (Ed.), *Annual Review of Psychiatry* (pp. 159-174). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W. (1993). Diagnosis and clinical phenomenology of multiple personality disorder: A north American perspective. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 6*, 80-86.
- Putnam, F. W. (1995). Development of dissociative disorders. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol.2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 581-608). New York: John Wiley & Sons.
- Putnam, F. W. (1996). Child development and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 5*, 285-301.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 269-278.
- Putnam, F. W. (2009). Taking the measure of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation, 10*(3), 233-236.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect, 17*, 731-741.
- Sar, V., Akyuz, G., & Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research, 149*, 169-176.
- Shirar, L. (1996). *Dissociative children: Bridging the inner and outer worlds*. New York: W.W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York: Norton.

- Silberg, J. L. (2000). Fifteen years of dissociation in maltreated children: Where do we go from here. *Child Maltreatment*, 5, 119-136.
- Silberg, J. L. (2004). The treatment of dissociation in sexually abused children from a family attachment perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 487-495.
- Silberg, J. L. (2013). *The child survivor: Healing developmental trauma and dissociation*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Sim, L., Friedrich, W. N., Hobart Davies, W., Trentham, B., Lengua, L., & Pithers, W. (2005). The child behavior checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 697-705.
- Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual abuse and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 27-77.
- Statistique Canada. (2009). *La violence familiale au Canada : Un profil statistique*. Consulté le 12 juillet 2012, depuis : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2009000-fra.pdf>.
- Statistique Canada. (2010). *Les enfants et les jeunes victimes de crimes violents déclarés par la Police* (Publication No. 85F0033). Consulté le 12 juillet 2012 depuis <http://www.statcan.gc.ca/pub/85f0033m/85f0033m2010023-fra.pdf>
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16, 79-101.
- Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N., & Oates, R. K. (2002). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 967-984.
- Taylor, M., Carlson, S. M., Maring, B. L., Gerow, L., & Charley, C. (2004). The characteristics and correlates of high fantasy in school-aged children: Imaginary companions, impersonation and social understanding. *Developmental Psychology*, 40, 1173-1187.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A., & Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development & Psychopathology*, 13, 1001-1019.

- Trocme, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., et al. (2001). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final report*. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2011). *Child Maltreatment 2010*. Consulté depuis : http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can
- Van Den Bosch, L. M. C., Verheul, R., Langwland, W., & Van Den Brink, W. (2003). Trauma, dissociation and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 549-555.
- Van Der Toorn, S. L. M., Huizink, A. C., Utens, E. M. W. J., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Ferdinand, R. F. (2010). Maternal depressive symptoms, and not anxiety symptoms, are associated with positive mother-child reporting discrepancies of internalizing problems in children: A report on the TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 379-388.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in a normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the dissociative experiences scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., & Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1-8.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Weber, S. (2008). Diagnosis of trauma and abuse-related dissociative symptom disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(4), 205-212.
- Wieland, S. (2011). *Dissociation in traumatized children and adolescents: Theory and clinical interventions*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Wherry, J. N., Neil, D. A., & Taylor, T. N. (2009). Pathological dissociation as measured by the child dissociative checklist. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 93-102.

- Yancey, C. T., Hansen, D. J., & Naufel, K. Z. (2011). Heterogeneity of individuals with a history of child sexual abuse: An examination of children presenting to treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*, 111-127.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Begin, A., Simpson, E., & Costello, E. (1996). Differences in dissociative experiences between survivors of childhood incest and survivors of assault in adulthood. *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*(1), 52-54.