

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

RELATIONS INTERPERSONNELLES ET ADAPTATION DES ENFANTS
VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CLAUDIA BLANCHARD-DALLAIRE

FÉVRIER-2014

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

Tout au long de mon parcours, j'ai eu la chance d'être épaulée, soutenue et encouragée par des personnes merveilleuses qui, de près ou de loin, ont contribué à leur façon à cet accomplissement. À vous tous, mes plus sincères remerciements. Et en particulier...

J'aimerais tout d'abord souligner que mon cheminement doctoral a été facilité par de généreuses bourses reçues du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRCS), du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), de la Chaire de recherche interuniversitaire Marie-Vincent, de l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA) et de la Faculté des sciences humaines de l'UQÀM.

À ma directrice, Martine Hébert. Merci d'avoir cru en moi, il y a de cela 6 ans, lors de notre première rencontre et pour toutes les belles opportunités que tu m'as données par la suite. Merci pour ton efficacité, ton soutien constant, tes paroles rassurantes et tes conseils toujours si judicieux. Partout sur mon passage, l'évocation de ton nom a suscité de l'admiration et du respect pour la chercheuse exemplaire et la femme exceptionnelle que tu es. Je me considère choyée d'avoir pu apprendre autant à tes côtés et j'espère sincèrement que ce n'est que le début d'une longue collaboration...mille mercis!

Merci à la formidable équipe de recherche qu'est celle du laboratoire de Martine Hébert. Merci à celles qui m'ont précédée, pour leur générosité, leurs conseils et surtout pour avoir été des modèles si inspirants. Un merci particulier à celles avec qui j'ai eu la chance de cheminer dans ce parcours doctoral et avec qui j'ai pu partager les joies et les difficultés de la collecte de données. Merci aussi aux bénévoles qui ont donné de leur temps et de leur énergie pour soutenir cette recherche d'envergure menée pour la cause des enfants victimes.

À mes collègues et amis de l'université : Anaïs, Antoine, Isabelle, Jacinthe et Fred. Il n'y a que vous pour comprendre l'intensité de ce long parcours. Je vous remercie d'avoir partagé tous les moments avec moi, des plus exaltants aux plus difficiles, du premier jour jusqu'au tout dernier. Nos célèbres C.A. m'évoqueront toujours un sourire et j'espère que nous saurons préserver cette tradition au fil des années.

À mes collègues du Centre d'expertise Marie-Vincent avec qui je partage le souhait et la passion de faire une réelle différence dans la vie des enfants, merci du fond du cœur. Un remerciement particulier à mes superviseuses, Annie Fournier et Sophie Bousquet. Sachez que ce stage a redonné un second souffle à mon parcours doctoral en me rappelant les raisons pour lesquelles ce projet m'est si cher.

Merci à mes grandes amies, Catherine, Jacynthe, Maude et Claire, pour votre soutien et votre intérêt envers mes études, mais aussi pour les beaux voyages, les soupers et les moments de folie qui m'ont permis de décrocher et de partager de grands bonheurs avec vous. Un merci particulier à ma meilleure amie Catherine, pour les grandes discussions sur la psychologie des enfants, mais aussi sur la vie, et pour être toujours tellement présente pour moi. Merci également à Katie Richard, pour l'inspirant modèle que tu es, pour ton dévouement sans limite auprès des enfants les plus démunis et pour m'avoir appris que même les projets les plus fous méritent d'être menés...

Merci aux membres de ma famille et de ma belle-famille d'être si attentionnés et présents. À mon grand frère Jean-François, merci pour ton soutien, tes encouragements et les beaux moments en famille que tu sais si bien teinter de ton humour légendaire. À ma sœur, amie et confidente, Marianne, merci pour ton amitié qui m'est très précieuse, ton énergie si positive, ton soutien dans tous les moments importants et ta capacité à me faire oublier les tracas du quotidien. À mes parents, Claire et Daniel, les remerciements que j'aimerais vous adresser vont bien au-delà des

mots. Merci de m'avoir permis d'aller au bout de mes rêves et de m'avoir appris le dépassement de soi. J'ai grandi en croyant que tous les enfants évoluaient dans une famille comme la nôtre...dans un métier comme le mien, on réalise bien vite qu'il n'en est rien et qu'avoir des parents aussi aimants est un véritable cadeau. Je vous en suis des plus reconnaissantes.

À mon bel amour, Marc-André. Merci d'avoir su souligner chaque petits pas, et les plus grands aussi, vers la fin de mon doctorat. Tes encouragements, ton soutien, ton positivisme, ta confiance et ton amour ont fait toute la différence au cours des dernières années et m'ont permis de conserver un équilibre précieux. Le plus beau jour de ma vie est de loin celui où tu y es entré...

Et finalement, j'aimerais transmettre toute ma gratitude et mon plus grand respect à tous les enfants et aux familles qui ont croisé ma route. Merci d'avoir su partager si généreusement votre histoire, pour que d'autres puissent en bénéficier et recevoir la meilleure aide possible. Votre courage devant l'adversité, votre résilience et vos sourires m'inspireront toujours à me battre et à travailler plus fort pour la cause des enfants.

Sincèrement, merci.

Claudia xxx

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 La problématique de l'agression sexuelle.....	2
1.2 Ampleur de la problématique et conséquences associées.....	3
1.2.1 Quelques statistiques en matière d'agression sexuelle.....	3
1.2.2 Conséquences faisant suite à une agression sexuelle.....	5
1.2.3 Période développementale des enfants âgés entre huit et douze ans.....	10
1.3 Modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne.....	11
1.4 Les relations sociales	13
1.4.1 Études effectuées auprès d'enfants victimes d'autres types de maltraitance.....	14
1.4.2 Les relations sociales telles que rapportées par les enfants.....	15
1.4.3 Les relations sociales telles qu'évaluées par les enseignants.....	18
1.5 L'altération des relations sociales et les troubles intériorisés et extériorisés...	20
1.6 Objectifs de la thèse.....	23
1.7 Méthodologie.....	25
CHAPITRE II	
SOCIAL RELATIONSHIPS IN SEXUALLY ABUSED CHILDREN: SELF-REPORTS AND TEACHERS' EVALUATION (ARTICLE 1).....	26
Abstract.....	27
2.1 Introduction.....	28

2.2 Method.....	33
2.2.1 Participants.....	33
2.2.2 Measures.....	34
2.2.3 Procedure.....	36
2.3 Results.....	37
2.3.1 Analyses of differences between the SA and the control group.....	37
2.3.2 Regression analyses.....	39
2.4 Discussion.....	40
2.4.1 Implications of the study.....	44
2.4.2 Strengths and limitations of the study.....	45
References.....	48
CHAPITRE III	
LE RÔLE DES ATTRIBUTIONS ET DE L'ADAPTATION SOCIALE DES	
ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE DANS LA	
PRÉDICTION DES TROUBLES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS	
ULTÉRIEURS (ARTICLE 2).....	
	57
Résumé.....	58
Abstract.....	59
3.1 Introduction.....	60
3.2 Méthode.....	65
3.2.1 Participants.....	65
3.2.2 Mesures.....	66
3.2.3 Procédure.....	68
3.3 Résultats.....	68
3.3.1 Analyses des différences entre le groupe AS et le groupe de comparaison.....	69
3.3.2 Prédiction de la sévérité des troubles intériorisés et extériorisés lors de l'évaluation initiale chez les enfants victimes.....	70
3.3.3 Prédiction de la sévérité des troubles intériorisés et extériorisés lors du suivi longitudinal chez les enfants victimes.....	72

3.4 Discussion.....	73
Références.....	80
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	94
4.1 Intégration des résultats.....	95
4.1.1 Présence et évolution des difficultés présentées par les enfants...	95
4.1.2 Variables exerçant une influence sur les difficultés sociales et l'adaptation des enfants lors de l'évaluation initiale.....	100
4.1.3 Lien entre les difficultés sociales et l'adaptation des enfants lors du suivi longitudinal.....	105
4.2 Implications pour l'évaluation et l'intervention auprès des enfants victimes d'AS.....	108
4.3 Autres contributions de la thèse.....	110
4.4 Limites de l'étude et perspectives de recherches futures.....	111
4.5 Conclusion.....	114
ANNEXE A	
Lettre de l'éditeur confirmant l'acceptation de l'article 1 pour fins de publication dans la revue <i>Journal of Child Sexual Abuse</i>	115
ANNEXE B	
Lettre de l'éditeur confirmant la soumission de l'article 2 à la <i>Revue de Psychoéducation</i>	116
ANNEXE C	
Formulaires de consentement.....	117
Groupe des victimes d'agression sexuelle	
Premier temps de mesure.....	117
Sollicitation pour une relance.....	122
Sollicitation de l'enseignant.....	123
Groupe de comparaison	
Premier temps de mesure.....	125

Sollicitation pour une relance.....	132
Sollicitation de l'enseignant.....	133
RÉFÉRENCES (CHAPITRES I ET IV).....	135

LISTE DES FIGURES

Figure

- 3.1 Moyennes des scores obtenus au Dominique Interactif pour le groupe AS et le groupe de comparaison lors des deux temps de mesures..... 89
- 3.2 Moyennes des scores obtenus au CBCL pour le groupe AS et le groupe de comparaison lors des deux temps de mesures..... 90

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

2.1	Means (Standard Deviations) for social relationship measures.....	55
2.2	Correlations and beta-weights at the final step of the multiple hierarchic regression analyses.....	56
3.1	Résultats des analyses de régression prédisant les troubles intérieurs et extérieurs au moment de l'évaluation initiale.....	91
3.2	Résultats des analyses de régression prédisant les troubles intérieurs et extérieurs lors du suivi un an plus tard.....	93

RÉSUMÉ

Cette thèse de doctorat porte sur les relations interpersonnelles des enfants victimes d'agression sexuelle (AS). Les études antérieures se sont affairées à déterminer la symptomatologie présente à court terme ainsi que subséquentement dans le développement des enfants victimes d'AS. Malgré une connaissance plus approfondie des conséquences résultant d'un tel trauma à l'enfance, il demeure que les impacts se répercutant sur le plan relationnel ont été très peu étudiés auprès d'échantillons de jeunes victimes. Ainsi, afin de pallier aux limites identifiées dans la littérature scientifique, cette thèse s'est intéressée à documenter la présence des difficultés sociales présentes chez les pré-adolescents lors d'une évaluation initiale faisant suite au dévoilement de l'AS. Par ailleurs, la contribution de ces difficultés sur les symptômes intériorisés et extériorisés lors de l'évaluation initiale et lors d'un suivi réalisé un an plus tard a également été explorée. Le modèle des quatre dynamiques traumatiques proposé par Finkelhor et Browne (1985) a servi de cadre conceptuel afin de mieux cerner les conséquences relationnelles pour les survivants d'une AS. Afin de mieux situer les conséquences liées à l'AS, les participants se départageaient en deux groupes, soient un échantillon d'enfants ayant vécu une AS et un échantillon de comparaison constitué d'enfants n'en ayant pas vécue.

Cette thèse comporte quatre sections principales. D'abord, une introduction faisant état des connaissances actuelles au sujet de l'AS chez les enfants et des relations interpersonnelles propres à cette période développementale est présentée au chapitre I. Par la suite, un survol des conceptualisations du lien entre l'AS et les relations interpersonnelles est présenté, de même que les problèmes intériorisés et extériorisés qui sont susceptibles d'en découler.

Les deux articles empiriques de la thèse sont ensuite présentés. Le premier porte sur le lien entre l'AS vécue et les difficultés sociales selon la perception des enfants et des enseignants lors de l'évaluation initiale, tandis que le second examine le lien entre les difficultés sociales et l'adaptation des enfants lors de l'évaluation initiale et du suivi un an plus tard.

Le premier article (chapitre II) visait à documenter l'impact d'une AS sur les relations sociales des victimes avec leurs pairs en étudiant les spécificités présentées par ces dernières sur le plan de la confiance interpersonnelle, de la confiance envers les pairs, de la solitude et du sentiment d'être différent des autres. La perception des enseignants quant aux habiletés sociales présentées par les enfants a également été examinée. Ainsi, 93 enfants victimes d'AS ont été comparés à 75 enfants n'ayant pas été victimes d'AS. Les enfants, ainsi que leurs enseignants, ont complété un ensemble de questionnaires comportant des mesures de relations sociales avec les pairs et d'habiletés sociales. Les résultats montrent que les enfants victimes d'AS présentent

davantage de difficultés sur le plan des habiletés sociales en comparaison aux enfants non-victimes, selon l'évaluation effectuée par les enseignants. De plus, les jeunes victimes seraient plus susceptibles de présenter des difficultés sociales atteignant les seuils cliniques. Les analyses montrent également que les enfants victimes d'AS présentent une confiance interpersonnelle moindre envers les autres en général, mais tendent à avoir davantage confiance envers leurs pairs en comparaison aux enfants n'ayant pas été victimes. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes pour ce qui est des sentiments de solitude et d'être différent des autres. Ces résultats illustrent les conséquences d'une AS sur les relations sociales des enfants et l'importance de considérer les habiletés sociales dans un contexte d'intervention thérapeutique auprès de cette clientèle.

Dans le deuxième article (chapitre III), l'évolution des relations interpersonnelles des enfants est explorée chez 55 enfants victimes d'AS et 61 enfants d'un groupe de comparaison rencontrés un an après l'évaluation initiale. Les caractéristiques de l'AS, les variables personnelles aux enfants et différents aspects de leur adaptation sociale sont considérés dans l'examen des variables prédisant les troubles intériorisés et extériorisés chez les enfants victimes d'AS, au moment de l'évaluation initiale et un an plus tard. Les résultats indiquent qu'aux deux temps de mesure, les parents des enfants victimes d'AS identifient davantage de troubles extériorisés chez ces derniers, alors que les enfants ne rapportent pas de telles difficultés. Lors de l'évaluation initiale (T1), la confiance interpersonnelle réduite est identifiée comme une variable importante afin de prédire l'adaptation des enfants, alors qu'à la relance (T2) la confiance interpersonnelle réduite et la confiance envers les pairs prédisent les troubles extériorisés rapportés par les enfants. Ces résultats mettent en lumière l'importance de considérer les relations sociales des enfants victimes lors de l'évaluation de leurs besoins, de même que dans le contexte des interventions offertes.

En conclusion, les résultats de cette thèse sont intégrés dans un dernier chapitre qui explore les contributions des deux articles empiriques présentés dans les chapitres précédents. S'ensuit également une discussion sur les limites de la présente thèse ainsi que les perspectives de recherches futures qu'il importe de considérer pour poursuivre l'avancement des connaissances dans ce domaine. Finalement, les implications des résultats et les recommandations cliniques qui en résultent sont également discutées afin de fournir des pistes d'intervention visant à soutenir le développement des jeunes victimes d'AS.

Mots-clés : Agression sexuelle, enfance, relations sociales, confiance, troubles intériorisés et extériorisés

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les agressions sexuelles (AS) commises envers les enfants ont attiré l'attention de la communauté scientifique depuis les trois dernières décennies. L'ampleur de la problématique sociale que représente ce type de maltraitance est désormais bien établie et les campagnes de sensibilisation et de prévention à ce sujet prennent de plus en plus de visibilité dans la société. Des données alarmantes ont permis de situer la prévalence de l'AS durant l'enfance à 8% chez les hommes et entre 18 et 20% chez les femmes (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009; Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Bien qu'il ne semble pas y avoir de profil symptomatologique unique chez les victimes d'AS (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000; Webster, 2001), les conséquences qui en résultent sont multiples et se manifestent dans plusieurs sphères du développement et de l'adaptation de l'enfant (Hébert, 2011). Malgré l'avancement des connaissances quant aux conséquences de l'AS, relativement peu d'informations sont disponibles concernant le passage entre l'enfance et l'adolescence, moment où des enjeux spécifiques sont susceptibles d'altérer le parcours des jeunes victimes (Hébert, 2011). Outre la symptomatologie intériorisée et extériorisée recensée dans la littérature, les victimes d'AS sont susceptibles de présenter certaines difficultés relationnelles ainsi que des problèmes d'adaptation sociale. À ce propos, plusieurs auteurs ont documenté les répercussions importantes et dommageables qui sont associées aux relations

inadaptées avec les pairs pendant l'enfance (Asher, Hymel, & Renshaw, 1984; Hay, Payne, & Chadwick, 2004; Parker & Asher, 1987). La recherche présentée dans cette thèse a pour objectif d'explorer les enjeux relationnels associés à l'AS chez les enfants, de même que la contribution de ces enjeux sur les symptômes intériorisés et extériorisés ultérieurs.

Afin de circonscrire le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit la présente recherche, une recension des écrits portant sur la problématique de l'AS est d'abord présentée. Cette recension vise à mettre de l'avant certaines statistiques en matière d'AS, de même que les conséquences qui y sont associées. S'en suit un argumentaire sur la pertinence de considérer les impacts sur le plan de l'adaptation sociale lors de l'évaluation des difficultés présentées par les enfants victimes d'AS, plus particulièrement lors de la période développementale de la préadolescence. Par la suite, le modèle privilégié pour la conceptualisation des conséquences sociales liées à l'AS est présenté, de même qu'une synthèse des résultats des études antérieures portant sur les difficultés sociales des enfants ayant été victimes d'autres types de maltraitance. Pour terminer, le lien entre les difficultés relationnelles et l'adaptation des enfants, en termes de troubles intériorisés et extériorisés, sera abordé.

1.1 La problématique de l'agression sexuelle

La définition de l'AS, telle que présentée dans le document gouvernemental « Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001) a été retenue dans le cadre de ce projet doctoral. Cette définition a été privilégiée puisqu'il s'agit de celle utilisée dans les milieux de pratique québécois pour identifier les enfants victimes d'AS et que la présente étude se déroule en partenariat avec trois sites d'intervention en matière d'AS. De plus, cette définition est celle qui rejoint davantage l'ensemble des définitions proposées dans la littérature portant sur les victimes d'AS. Ainsi, selon cette définition :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 22).

Deux catégories d'AS sont généralement distinguées, soient celles de type intrafamilial, commises par un membre de la famille immédiate (père, mère, beau-père, fratrie, etc.) ou élargie (oncle, grands-parents, etc.) et celles de type extrafamilial, commises par un individu extérieur à la famille (p. ex., ami, voisin, entraîneur, inconnu, etc.) (Tourigny & Baril, 2011). Une catégorisation de la sévérité des gestes perpétrés a également été proposée par Russell (1983). Ainsi, les AS pourraient être regroupées en trois catégories selon la sévérité des gestes posés : 1) les AS moins sévères (voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme), 2) les AS sévères (baisers à caractère sexuel, attouchements sous les vêtements) et 3) les AS très sévères (contacts oraux-génitaux, tentatives de pénétration ou pénétration).

1.2 Ampleur de la problématique et conséquences associées

1.2.1 Quelques statistiques en matière d'agression sexuelle

Bien qu'il demeure difficile de quantifier la fréquence des AS commises envers les enfants en raison du nombre sous-estimé de dévoilements, certaines données nous permettent tout de même de saisir l'ampleur de cette forme de violence subie au cours de l'enfance. Un premier indice utilisé concerne les données

d'incidence, qui se définit par le nombre de nouveaux cas d'enfants ayant été victimes d'AS au cours d'une période donnée, soit généralement une année (Tourigny & Baril, 2011). Au Canada, près de 13 600 infractions sexuelles envers des enfants et des jeunes victimes ont été signalées à la police au cours de l'année 2008. De ce nombre, plus de la moitié, soit 59% de toutes les victimes, étaient des enfants et des jeunes de moins de 18 ans (Statistique Canada, 2010). Pour ce qui est du Québec, une hausse du taux d'incidence des AS jugées fondées chez les jeunes de moins de 18 ans est actuellement notée, selon les données issues des services de protection de la jeunesse et des services policiers (Collin-Vézina, Hélie, & Roy, 2011). Toutefois, tel que mentionné précédemment, il demeure difficile d'estimer avec justesse l'ampleur réelle de la problématique et, bien que les chiffres cités ci-haut s'avèrent alarmants, il importe de rappeler que les données concernant l'incidence de l'AS chez les enfants représentent des données sous-estimées de l'ampleur réelle. En effet, la majorité des victimes ne dévoilent pas l'AS vécue (Trocmé et al., 2001) et les cas d'AS connus des autorités et jugés fondés ne représenteraient qu'une faible proportion des AS commises contre les enfants (Wolfe, 2007). À titre d'exemple, selon Lavergne et Tourigny (2000), moins de 30% des AS seraient rapportées à la Direction de la protection de la jeunesse ou à la police. Dans une recension des études rétrospectives de prévalences internationale, il est également mentionné qu'une grande proportion, soit entre 10 et 46%, des adultes ayant été victimes d'AS au cours de leur enfance disent n'avoir jamais fait de dévoilement concernant cette situation (London, Bruck, Wright, & Ceci, 2008). Ainsi, une minorité d'adultes auraient dévoilé les faits au cours de leur enfance.

Un second indice illustrant l'ampleur de la problématique est la prévalence, soit la proportion de personnes d'une population donnée ayant été victimes d'AS au moins une fois durant la période donnée (habituellement avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans). En termes de prévalence de l'AS, les données varient considérablement d'une étude à l'autre en raison des différentes définitions et méthodes d'évaluation

utilisées. Toutefois, Putnam (2003) rapporte qu'entre 12 et 35% des femmes et qu'entre 4 et 9% des hommes auraient été victimes d'une AS avant l'âge de 18 ans. Dans une étude visant à dresser un portrait international en terme de prévalence des AS envers les enfants, une méta-analyse récente suggère que 7,9% des hommes et 19,7% des femmes auraient souffert d'une forme quelconque d'AS avant d'atteindre l'âge de 18 ans (Pereda et al., 2009). Une autre méta-analyse menée par Stoltenborgh et collaborateurs (2011) abonde dans le même sens en estimant que la prévalence de l'AS durant l'enfance serait de 127 cas sur 1000. Plus près de nous, des données récentes issues d'un sondage auprès d'un vaste échantillon représentatif d'adultes québécois révèlent que 22,1% des femmes et 9,7% des hommes déclarent avoir été victimes d'AS dans l'enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Cette étude indique par ailleurs qu'une majorité de victimes ne dévoilent pas l'AS subie ou attendent plusieurs années avant de le faire, ce qui serait associé à un risque plus élevé de présenter des symptômes de détresse psychologique et de stress post-traumatique. Les résultats de cette même étude établissent aussi que les femmes seraient plus susceptibles de dévoiler rapidement une situation d'AS, alors que les hommes garderaient davantage le silence sur de telles situations de compromission.

Ces statistiques soulignent sans équivoque l'importance de cette problématique au sein de notre société et, par le fait même, la nécessité de s'attarder aux conséquences pouvant être engendrées par l'expérience d'un tel traumatisme sexuel dans l'enfance.

1.2.2 Conséquences faisant suite à une agression sexuelle

Les conséquences d'une AS sur le développement et l'adaptation des victimes sont nombreuses et sont susceptibles de se répercuter dans plusieurs domaines (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb, & Janson, 2009; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006; Hillberg, Hamilton-Giachritsis, & Dixon, 2011;

Maniglio, 2009; Putnam, 2003). Les études rapportent qu'une AS dans l'enfance constitue un facteur de risque majeur pour une variété de problèmes, tant à court terme que dans le fonctionnement ultérieur à l'âge adulte (Briere & Elliott, 2003; Trickett, Noll, & Putnam, 2011). À ce propos, les données issues des recherches quant aux conséquences de l'AS chez les enfants suggèrent que ces derniers sont plus à risque que leurs pairs non-victimes d'éprouver des problèmes intériorisés tels que l'isolement, la somatisation et les symptômes dépressifs et anxieux (Bernard-Bonnin, Hébert, Daignault, & Allard-Dansereau, 2008; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993). Les études ont également démontré qu'il en est de même pour les troubles extériorisés, que ce soit des comportements d'opposition, d'agressivité ou de délinquance (Kendall-Tackett et al., 1993; Wolfe, 2006). Les enfants victimes d'AS seraient également à risque de présenter des difficultés d'adaptation en milieu scolaire (Daignault & Hébert, 2008, 2009) et il semble qu'un nombre relativement élevé d'entre eux présentent des comportements sexualisés ainsi que des symptômes de stress post-traumatique (Kendall-Tackett et al., 1993). Toutefois, il importe de noter qu'un pourcentage important de victimes, soit entre 21 et 49%, ne présenterait aucun symptôme lors de l'évaluation initiale faisant suite au dévoilement d'une AS (Kendall-Tackett et al., 1993). Il demeure néanmoins que des symptômes peuvent resurgir ultérieurement. De telles conséquences soulignent l'urgence d'intervenir rapidement auprès des enfants victimes puisque les séquelles qui en découlent peuvent perdurer à long terme et transcender les diverses périodes développementales (Briere & Elliot, 2001). Ainsi, l'AS peut être liée à des difficultés dans plusieurs sphères de fonctionnement, que ce soit dans les domaines affectif, cognitif ou comportemental et, par le fait même, relationnel (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Wolfe, 2006).

Puisqu'il n'existe aucun profil symptomatologique unique permettant de décrire l'ensemble des symptômes présentés par tous les enfants victimes d'AS, certaines études se sont penchées sur l'analyse des variables permettant de prédire

l'adaptation des enfants ou l'intensité des symptômes rapportés. Ces dernières se sont principalement intéressées aux variables liées à l'AS, aux variables personnelles, ainsi qu'aux variables familiales et extrafamiliales (Hébert, 2011). Les résultats contradictoires issus de la littérature illustrent un manque de consensus en ce qui a trait à l'influence des caractéristiques liées à l'AS. En effet, certaines études ont démontré un lien entre les AS sévères, chroniques et perpétrées par une personne proche de la victime et des difficultés d'adaptation plus importantes chez les enfants (Black, Dubowitz, & Harrington, 1994; Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989), alors que d'autres études n'ont pas réussi à identifier un tel lien (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Quant aux variables personnelles, le sexe des enfants ne serait pas systématiquement lié à l'intensité des symptômes présentés (Maikovich-Fong & Jaffee, 2010), alors que l'utilisation de stratégies d'adaptation axées sur l'évitement (p. ex., tenter de ne pas y penser) serait liée à davantage de détresse chez les enfants (Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006) et les adolescents (Bal, Van Oost, De Broudeaudhuij, & Crombez, 2003). Finalement, la perception du soutien parental reçu, la qualité de la relation parents-enfant et les caractéristiques du fonctionnement familial ont aussi été étudiées comme variables susceptibles d'avoir un impact sur le fonctionnement de l'enfant (Hébert, 2011). Ainsi, plusieurs auteurs ont démontré un lien direct entre l'adaptation de l'enfant et le soutien perçu et reçu de la part de sa mère et de son père (dans le cas où ce dernier n'est pas l'agresseur) (Parent-Boursier & Hébert, 2010; Yancey & Hansen, 2010).

Ces études ont certes permis de cerner certaines variables pouvant exercer une influence sur les symptômes des victimes. Il importe néanmoins de considérer d'autres facteurs, peu étudiés à ce jour, pouvant entrer en ligne de compte pour prédire le risque de développer des difficultés d'adaptation suite à l'AS. Notamment, la contribution des difficultés relationnelles des enfants victimes mérite d'être plus amplement explorée.

En effet, peu d'études se sont attardées plus spécifiquement aux conséquences de l'AS au plan des relations sociales chez les enfants victimes. Or, de par sa nature même, l'AS s'avère un trauma interpersonnel caractérisé par une violation des frontières physiques et psychologiques de la victime et, dans le cas des enfants, qui survient durant une période particulièrement vulnérable du développement (DiLillo, 2001). Malgré cela, la plupart des études menées ayant exploré les conséquences interpersonnelles de l'AS ont porté sur des échantillons d'adultes et sont donc de nature rétrospective. Chez les adultes victimes d'AS au cours de l'enfance, les études ayant exploré les impacts à long terme sur le fonctionnement interpersonnel des victimes ont démontré que les individus victimes d'AS dans l'enfance continuent d'expérimenter des problèmes dans leurs relations à l'âge adulte. Ainsi, dans une recension des écrits portant sur cette question, DiLillo (2001) suggère qu'une AS vécue dans l'enfance représente un facteur de risque majeur pour une variété de dysfonctions sociales chez les femmes qui ont été victimes, notamment des difficultés à faire confiance, à entretenir des relations d'intimité et à ressentir de la satisfaction par rapport aux relations interpersonnelles. De plus, en termes de compétence sociale, les études recensées par DiLillo (2001) indiquent que les femmes survivantes d'une AS font preuve d'un niveau de compétence plus faible que les femmes non-victimes.

Dans une autre recension des écrits à ce sujet, Rumstein-McKean et Hunsley (2001) démontrent que, outre les difficultés identifiées ci-haut, les adultes survivantes d'AS présentent de l'isolement social, des habiletés sociales inadéquates et un sentiment de détachement par rapport aux autres. Ainsi, dans les études examinant les effets d'une victimisation sexuelle sur l'ajustement psychosocial des victimes, les résultats démontrent que les femmes victimes rapportent un ajustement psychologique et social/relationnel plus faible (Zweig, Crockett, Sayer, & Vicary, 1999), des enjeux liés à l'intimité, des sentiments d'isolement social et un manque de confiance envers les autres (Briere, 1992; Davis & Petretic-Jackson, 2000; Gibson & Hartshorne, 1996; Roche, Runtz, & Hunter, 1999). Il a aussi été établi que l'AS

durant l'enfance entraîne des répercussions néfastes sur la capacité des victimes à former et à maintenir des relations interpersonnelles saines (Colman & Widom, 2004), de même qu'une peur de l'intimité ou un évitement des relations interpersonnelles en réaction à l'expérience d'AS vécue dans l'enfance (Dimitrova et al., 2010). Bien qu'informatifs, les résultats issus de ces études menées auprès d'échantillon d'adultes comportent des biais importants, notamment par leur devis rétrospectif qui peut induire des biais de rappel. Dès lors, il apparaît primordial d'étudier les relations interpersonnelles des victimes dès l'enfance, afin de mieux comprendre les trajectoires de développement.

Chez les enfants, les recherches concernant les conséquences d'une AS explorent de façon prédominante les symptômes émotionnels et comportementaux, sans toutefois examiner les impacts au plan du développement social des enfants (Kendall-Tackett et al., 1993). Davis et Petretic-Jackson (2000) soulignent cette négligence des conséquences interpersonnelles dans l'étude du fonctionnement des victimes d'AS et mentionnent que ce type de difficultés est pourtant souvent intimement lié à la symptomatologie intériorisée (p. ex., dépression, dissociation, retrait, etc.). Ainsi, les jeunes victimes d'AS seraient susceptibles de manifester des problèmes importants sur le plan social, notamment quant à la socialisation (Putnam, 2003). Les AS intrafamiliales pourraient être particulièrement liées aux difficultés sociales puisque ce type d'agression survient à l'intérieur même de la principale source de soutien et de socialisation de l'enfant (Cole & Putnam, 1992). En ce sens, l'AS peut être liée à diverses difficultés sociales, dont l'établissement de relations de confiance avec les autres suite à la perte d'une relation de confiance avec une personne significative. Ainsi, il importe de documenter l'impact d'une AS sur le plan interpersonnel chez les enfants et les jeunes, d'autant plus que ces derniers sont les plus susceptibles d'être victimes d'une personne qu'ils connaissent. En effet, selon Statistique Canada (2010), il semblerait que 75% des enfants victimes d'AS ont été agressées par une personne qui leur était connue, habituellement une connaissance ou

un membre de la famille. Plus précisément, il est établi que, tant pour les garçons que les filles, près du tiers (32%) des AS sont perpétrées par un membre de la famille (Statistique Canada, 2005).

Ces faits témoignent de la pertinence de s'attarder aux effets d'un traumatisme à caractère sexuel sur l'adaptation sociale des enfants victimes et de documenter les conséquences affectant leurs relations interpersonnelles. Finalement, il importe aussi de souligner que ces différentes répercussions pourraient, à leur tour, être liées au maintien des difficultés sociales et des symptômes intériorisés et extériorisés à plus long terme, de même qu'au risque de revictimisation. Par exemple, il peut résulter de l'AS une confusion quant aux personnes dignes de confiance ou un isolement social qui pourraient placer les enfants victimes dans d'éventuelles situations à risque de victimisation. À ce propos, par le biais de la phase développementale dans laquelle ils se trouvent, les pré-adolescents nous semblent particulièrement à risque de vivre des répercussions sociales liées à l'AS.

1.2.3 Période développementale des enfants âgés entre huit et douze ans

Lors de l'étude des conséquences d'une AS, il importe de cibler une période précise du développement des enfants puisque la littérature suggère la présence de symptômes différents en fonction de l'âge des enfants victimes. À ce propos, la recension des écrits menée par Kendall-Tackett et collaborateurs (1993) permet de constater certaines spécificités développementales dans la symptomatologie observée chez les jeunes de moins de 18 ans ayant dévoilé une AS. En effet, les symptômes les plus communs chez les enfants d'âge scolaire seraient, entre autres, la peur, l'agressivité, les cauchemars, les problèmes scolaires, l'hyperactivité et les comportements de régression. Chez les adolescents, les symptômes identifiés auraient davantage trait à la dépression, aux comportements de retrait, suicidaires ou auto-

destructeurs, aux plaintes somatiques, aux actes illégaux, aux fugues ou à l'abus de substances (Kendall-Tackett et al., 1993).

Puisque la période de la pré-adolescence est caractérisée par l'établissement de relations plus intimes et plus complexes avec les pairs (Hunter & Youniss, 1982; Jones & Dembo, 1989), une AS vécue durant cette période développementale particulière est susceptible d'interférer avec les relations sociales. Ainsi, dans l'étude des conséquences sociales de l'AS pour les jeunes victimes, il convient de considérer les particularités développementales qui leur sont propres et qui sont susceptibles d'influencer la nature des difficultés vécues. À titre d'exemple, une étude conduite par Black et collaborateurs (1994) démontre que les pré-adolescents victimes d'AS se perçoivent comme étant moins compétents et moins acceptés socialement que les enfants d'âge préscolaire ayant aussi été victimes d'AS. Ainsi, les enfants plus jeunes croient avoir un haut niveau de compétence et d'acceptation sociale, alors que les faibles scores obtenus par les pré-adolescents peuvent suggérer une altération de leur confiance lors de situations impliquant des relations sociales. Cette dernière étude souligne l'importance de considérer l'âge des enfants victimes au moment d'examiner les relations entretenues avec les pairs à la suite d'une expérience d'AS.

1.3 Modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne

Plusieurs perspectives théoriques offrent des pistes de réflexion quant au lien entre la maltraitance durant l'enfance et l'altération du fonctionnement social (p. ex., théorie de l'apprentissage social, théories développementales) (Colman & Widom, 2004). Ces théories avancent généralement que les individus apprennent comment interagir socialement par le biais de leurs premières relations avec un adulte significatif. En ce sens, les enfants victimes d'AS, particulièrement ceux dont l'agresseur est une personne proche, sont à risque de développer des patrons

relationnels peu favorables à la formation et au maintien des relations interpersonnelles saines.

Le modèle conceptuel proposé par Finkelhor et Browne (1985) amène aussi quelques pistes quant aux mécanismes impliqués lorsqu'il est question spécifiquement d'AS. Ce modèle est l'un des premiers à s'être attardé à l'explication de la diversité des symptômes résultant d'une AS. Selon ces auteurs, quatre dynamiques traumagéniques décriraient l'ensemble des circonstances qui rendent unique le trauma lié à l'AS : la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation. De tels processus internes peuvent modifier les perceptions cognitives et émotionnelles des enfants concernant leur entourage. Tout d'abord, la sexualisation traumatique réfère au processus par lequel l'enfant victime développe une sexualité dysfonctionnelle et inappropriée à son niveau interpersonnel et développemental, et ce, en raison de l'AS vécue. Les conséquences qui y sont généralement associées impliquent des répertoires de comportements sexuels inappropriés, de la confusion ou des préoccupations par rapport à la sexualité et des associations émotionnelles inhabituelles en lien avec des activités sexuelles. La seconde dynamique du trauma décrit plutôt le sentiment de trahison vécu par un enfant dans le contexte de l'AS, par exemple lorsqu'il réalise qu'une personne en qui il avait confiance ou de qui il dépend lui a fait du mal. La trahison vécue peut ainsi générer un jugement altéré concernant les personnes dignes de confiance ou une recherche désespérée de relations qui pourraient s'avérer réparatrices. Un manque de confiance peut aussi se manifester par de l'isolement ou une aversion des relations intimes. L'impuissance est la troisième dynamique et fait référence à la perte de pouvoir que peut ressentir un enfant et au fait que l'AS contrevient à sa volonté, à ses désirs et à son sentiment d'efficacité personnelle. Cette dynamique se manifesterait notamment par de la peur, de l'anxiété, un faible sentiment d'efficacité, du désespoir, des comportements suicidaires et un haut risque de revictimisation. La quatrième et dernière dynamique porte sur la stigmatisation, soit les émotions négatives entourant

l'expérience d'AS et qui sont véhiculées par cette expérience. Une faible estime de soi, l'isolement social et les sentiments de honte, de culpabilité ou d'être différent des autres sont des impacts liés à cette dynamique.

Tel qu'illustré, chacune des dynamiques serait liée à des conséquences précises. Ainsi, les dynamiques référant aux concepts de trahison et de stigmatisation nous apparaissent particulièrement pertinentes dans le cadre de l'étude des relations sociales des pré-adolescents victimes d'AS, notamment sur le plan de la confiance interpersonnelle, de la confiance envers les pairs, de la solitude et du sentiment d'être différent des autres.

1.4 Les relations sociales

L'habileté à développer des relations sociales est essentielle et fait partie intégrante du bien-être de toute personne. Le fait d'entretenir des liens sociaux positifs et réciproques implique d'interpréter adéquatement les signaux sociaux, de s'affirmer et de s'entourer de personnes qui n'exploitent pas ou n'abusent pas des autres (Kendall-Tackett, 2002). Les relations sociales peuvent être étudiées par le biais de la compétence sociale envers les pairs, qui se définit comme « un comportement qui reflète un fonctionnement social réussi avec les pairs » (traduction libre, Howes, 1987) ou encore comme « la capacité d'un enfant à développer des relations positives » (traduction libre, Hart, Olsen, Robinson & Mandelco, 1997). Ces relations sociales, qualifiées de dyadiques et réciproques, impliquent plusieurs sphères de compétence sociale (p. ex., habiletés cognitives, habiletés sociales, etc.). Dans la présente étude, l'investigation de la compétence sociale se centre sur l'aspect des interactions sociales par l'intermédiaire de quatre variables interpersonnelles visant à documenter le vécu des enfants tels qu'ils le perçoivent. En ce sens, les variables les plus pertinentes sont la solitude, la confiance interpersonnelle, la confiance envers les pairs et le sentiment d'être différent des autres. De plus, afin

d'obtenir une perspective complémentaire quant au fonctionnement social des enfants, le point de vue des enseignants sera également intégré par le biais des variables suivantes : les difficultés relationnelles, les comportements de retrait, l'affirmation de soi et le contrôle de soi. Ces variables nous semblent de la plus grande importance dans l'étude des conséquences propres à l'AS, d'autant plus que la vaste littérature portant sur la maltraitance générale envers les enfants dénombre plusieurs études ayant examiné ces aspects.

1.4.1 Études effectuées auprès d'enfants victimes d'autres types de maltraitance

Plusieurs études ont exploré les relations sociales des enfants victimes de maltraitance. Or, ces études ont porté majoritairement sur l'abus physique ou émotionnel, ou encore, ont porté sur l'ensemble des types de maltraitance sans distinguer les impacts propres à l'AS. Elles offrent néanmoins des données pertinentes pour comprendre les difficultés sociales qui peuvent découler d'un vécu de maltraitance.

En ce qui a trait à l'abus physique, certains auteurs rapportent que les enfants maltraités ont des difficultés ou entretiennent des relations moins satisfaisantes avec leurs pairs (Cicchetti, Lynch, Shonk, & Manly, 1992; Vondra, Barnett, & Cicchetti, 1989). Plus précisément, les enfants maltraités sont plus enclins à entretenir des relations inadaptées avec leurs pairs en comparaison aux enfants non-maltraités. Ceci laisse suggérer que l'abus physique interfère avec l'habileté des enfants à maintenir des relations intimes avec leurs pairs (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998; Salzinger, Feldman, Hammer, & Rosario, 1993). De plus, les enfants maltraités sont moins compétents dans leurs interactions sociales avec leurs pairs et exprimeraient moins d'émotions positives que les enfants non-victimes de maltraitance (Howes & Espinosa, 1985). Selon Bolger et collaborateurs (1998), la chronicité de l'abus physique interfère également avec l'habileté des enfants à maintenir des relations

intimes, positives et satisfaisantes avec leurs pairs: plus la durée de l'agression est élevée, plus la qualité des relations sociales tend à décliner à travers le temps. Dans le même ordre d'idées, l'abus émotionnel est aussi relié à des problèmes quant aux relations sociales que les enfants victimes entretiennent avec leurs amis. En effet, les enfants victimes de ce type d'abus ont un nombre moins élevé d'amis réciproques que les enfants non-victimes. Ainsi, ce résultat suggère une altération importante de l'habileté des enfants victimes à former des relations intimes et réciproques avec leurs pairs (Bolger et al., 1998).

Bien que certaines études aient documenté l'impact de différentes formes de maltraitance (dont l'abus physique et psychologique) sur les relations sociales, l'impact potentiel de l'AS chez les enfants n'a, à notre connaissance, pas été étudié de façon systématique. Pourtant, ce type de trauma est autant susceptible d'interférer avec l'établissement de relations de confiance et d'intimité, tel que suggéré par le modèle de Finkelhor et Browne (1985). Ainsi, le type d'abus qu'est l'AS pourrait aussi être associé à une altération des relations sociales et de la compétence sociale chez les enfants victimes.

1.4.2 Les relations sociales telles que rapportées par les enfants

Dans l'étude des relations sociales entretenues par les enfants victimes d'AS, plusieurs indicateurs peuvent être évalués directement auprès des enfants. C'est le cas notamment de la confiance interpersonnelle, de la confiance envers les pairs, de la solitude et du sentiment d'être différent des autres enfants. Le fait de questionner directement les enfants permet d'accéder à leur expérience interne quant aux relations interpersonnelles, ce qui fait d'eux des répondants importants afin de comprendre les processus impliqués.

Confiance interpersonnelle et confiance envers les pairs

L'habileté à faire confiance, envers les adultes d'abord et les pairs ensuite, est un apprentissage dès la naissance et un apport inhérent à la qualité du développement social et émotionnel. C'est par le biais de la confiance que l'enfant en vient à risquer et à apprécier des expériences de vie variées, notamment les relations interpersonnelles. Ainsi, la confiance envers les autres est critique pour la capacité à développer des relations empreintes de soutien, de coopération et d'intimité (Bernath & Feshbach, 1995). Selon le modèle de Finkelhor et Browne (1985), la trahison est la dynamique par l'entremise de laquelle un enfant victime d'AS réalise que quelqu'un sur qui il dépend vitalement lui a causé du tort. Ce sentiment peut être généré par l'entourage de l'enfant, incapable de le protéger, de le croire ou qui change d'attitude à la suite du dévoilement. La trahison peut aussi provenir de la part de l'agresseur dans le contexte où une relation de confiance préalablement établie se voit rompue par l'AS (Finkelhor & Browne, 1985). Ainsi, l'AS peut compromettre la capacité de l'enfant à développer un sentiment de confiance dans ses relations intimes et à établir et maintenir de telles relations. Selon Berliner (2011), l'AS aurait une influence sur les croyances entretenues par l'enfant, que ce soit envers soi, les autres ou le monde en général. À titre d'exemple, l'enfant victime pourrait donc croire qu'il ne peut faire confiance à personne et qu'il est dangereux de le faire. Un tel système de croyances intervient inévitablement dans la compromission de l'établissement de relations interpersonnelles saines et harmonieuses. En ce sens, le sentiment de trahison peut être transposé aux autres relations entretenues par l'enfant victime, que ce soit envers des adultes ou des pairs. Il peut en résulter le développement de modèles de relations sociales caractérisées par un manque de confiance, ce qui peut mener à des comportements agressifs ou défensifs de la part de l'enfant (Crittenden, 1988).

La trahison peut ainsi mener à des apprentissages de peur, de suspicion et d'inhibition comportementale avec lesquels les enfants abusés se protègent dans les relations intimes (Crittenden & Ainsworth, 1989). À ce propos, une étude de Black et

collaborateurs (1994) montre une association entre le lien agresseur-victime et la perception de compétence de l'enfant, ce qui indique qu'un enfant peut être davantage affecté par le bris d'une relation de confiance. Dans le contexte des AS générant un sentiment de trahison, l'incapacité à faire confiance est donc susceptible d'affecter les relations sociales entretenues par les enfants qui en sont victimes. Dans la présente étude, deux variables distinctes ont été privilégiées en ce qui a trait à la confiance : la confiance interpersonnelle, dirigée vers les autres en général (incluant les membres de la famille et les adultes), et la confiance envers les pairs, qui cible ce groupe spécifique d'amis ou de compagnons de classe.

Solitude et sentiment d'être différent des autres

La solitude est généralement définie comme une prise de conscience quant aux lacunes dans les relations personnelles et sociales d'un individu et de laquelle résulte des réactions émotives telles que la tristesse et le sentiment de vide (Asher & Paquette, 2003). Au moins 10% des enfants d'âge scolaire rapportent ressentir un sentiment de solitude, soit toujours ou la plupart du temps, ce qui les rend vulnérables à d'autres difficultés (Asher et al., 1984). Mannarino et collaborateurs (1994) rapportent aussi des observations cliniques concernant les enfants victimes d'AS et leur propension à croire qu'ils sont différents de leur groupe de pairs, parfois même stigmatisés, surtout s'ils ont perçu des réactions négatives chez les gens ayant été mis au courant de l'AS. La solitude et le sentiment d'être différent s'inscrivent tous deux dans la dynamique de la stigmatisation, proposée par Finkelhor et Browne (1985). La stigmatisation réfère aux connotations négatives associées à l'expérience d'AS et qui sont communiquées à l'enfant. Ce dernier en vient à intégrer ces connotations dans son image de soi (p. ex., honte, culpabilité, etc.), ce qui est susceptible de renforcer le sentiment d'être différent des autres chez l'enfant victime d'AS. Ce sentiment d'être différent est basé sur la croyance que personne n'a vécu une telle expérience et que les autres rejeteront une personne l'ayant vécu (Finkelhor & Browne, 1985). Il

semblerait également que les AS sévères sont associées à une stigmatisation plus importante (Feiring & Cleland, 2007; Kallstrom-Fuqua, Weston, & Marshall, 2004). Puisque la stigmatisation vécue par l'enfant victime d'AS peut le contraindre à entretenir le sentiment d'être différent des autres enfants, il peut en résulter un évitement des relations sociales et de la solitude (Peplau & Perlman, 1982). Ainsi, la dynamique de la stigmatisation serait en lien, non seulement avec le sentiment d'être différent des autres, mais aussi avec le fait de vivre un isolement social important et de l'insatisfaction dans le contexte des relations interpersonnelles.

Dans ce contexte, la pertinence de mieux documenter les conséquences interpersonnelles de l'AS durant l'enfance est sans équivoque, d'autant plus que les relations sociales déficitaires semblent liées à des difficultés dans d'autres domaines. Lors de telles évaluations, les meilleures pratiques reconnaissent l'importance de recueillir des informations auprès de multiples sources d'informations. En ce qui a trait à l'univers social des enfants, les enseignants peuvent fournir un portrait complémentaire à l'expérience vécue et rapportée par les enfants.

1.4.3 Les relations sociales telles qu'évaluées par les enseignants

Outre l'investigation de la perspective propre aux enfants victimes d'AS, plusieurs études ont souligné l'importance de référer à d'autres sources d'informations, notamment les parents ou les enseignants. Dans le contexte de l'étude des relations sociales, il apparaît tout indiqué de considérer la perception des enseignants. En effet, ces derniers se trouvent quotidiennement aux premières loges pour observer les comportements sociaux manifestés par les enfants. De plus, de nombreux bénéfices sont associés à l'utilisation de questionnaires complétés par les enseignants, notamment puisque ces derniers sont en mesure d'apprécier l'adaptation de l'enfant en fonction de celle de ses pairs et ainsi bénéficier d'une base de comparaison. L'implication des enseignants suppose toutefois de cibler des

comportements sociaux observables lors de l'étude des relations interpersonnelles. En ce sens, les variables sociales identifiées par les enseignants et privilégiées dans cette thèse sont les comportements de retrait, les difficultés relationnelles, le contrôle de soi et l'affirmation de soi.

Comportements de retrait et difficultés relationnelles

Le retrait ou l'isolement social sont des termes utilisés pour décrire les enfants qui interagissent moins fréquemment avec leurs pairs. Cette inhibition et ce retrait des interactions sociales placent les enfants à risque d'expérimenter des difficultés subséquentes dans leurs relations avec les pairs (Rubin, LeMare, & Lollis, 1990). L'observation des comportements de retrait par les enseignants s'avère complémentaire à celle faite directement par les enfants. De telles observations permettent notamment de cibler les enfants qui préfèrent être seuls, qui sont renfermés, repliés sur eux-mêmes ou qui ne se mêlent pas aux autres (Achenbach & Rescorla, 2001). Les difficultés relationnelles des enfants sont aussi regroupées par Achenbach et Rescorla (2001) afin de recueillir les observations des enseignants concernant les enfants qui, entre autres, dépendent trop des autres, se plaignent d'être seuls, ne s'entendent pas bien avec les autres jeunes ou ne sont pas aimés des autres.

Contrôle de soi et affirmation de soi

Dans la littérature concernant les habiletés sociales des enfants, ces dernières sont généralement définies comme des habiletés spécifiques et identifiables qui forment la base des comportements sociaux acceptables (Elliott & Busse, 1991; Elliott & Gresham, 1993). Parmi les composantes des habiletés sociales, le contrôle de soi et l'affirmation de soi sont identifiées en tant que variables-clés. L'affirmation de soi se définit comme un ensemble de comportements visant à prendre certaines initiatives telles que demander l'aide de quelqu'un ou répondre adéquatement à la

pression reçue par les pairs, alors que le contrôle de soi concerne plutôt des comportements qui émergent dans des situations conflictuelles (Gresham & Elliott, 1990). Ainsi, l'affirmation de soi implique des comportements tels que se faire des amis facilement, se joindre à des activités déjà commencées ou se présenter aux autres. Pour sa part, le contrôle de soi réfère notamment à accepter les idées des pairs, coopérer avec ces derniers et recevoir adéquatement les critiques.

Tel que mentionné précédemment, les difficultés entretenues par les enfants sur le plan social ne sont pas sans conséquences. En effet, il est amplement démontré que les relations interpersonnelles sont liées à l'adaptation des jeunes, et ce, sur plusieurs plans. La prochaine section résume les faits saillants des études ayant exploré cette association.

1.5 L'altération des relations sociales et les problèmes intériorisés et extériorisés

Des décennies de recherches ont établi de manière constante le lien entre la qualité des relations avec les pairs et l'ajustement académique, comportemental et émotionnel (Parker, Rubin, Price, & DeRosier, 1995). Les recherches empiriques ont démontré que les relations inadaptées avec les pairs pendant l'enfance sont associées à des conséquences négatives lors des périodes ultérieures du développement ainsi qu'à l'âge adulte (Hay et al., 2004). En effet, les relations de faible qualité entretenues avec les pairs semblent prédire des problèmes d'ajustement sérieux, notamment des déficits importants en termes d'habiletés sociales (Asher et al., 1984; Parker & Asher, 1987). Il semblerait également qu'entre 28 et 70% des adultes qui présentent des difficultés (hospitalisation pour des raisons psychiatriques, décrochage scolaire, arrestation, etc.) sont aux prises avec un historique de relations problématiques avec les pairs durant l'enfance (Parker & Asher, 1987). Ainsi, la recension des écrits menée par Parker et Asher (1987) montre que plusieurs études ont documenté que les relations difficiles avec les pairs durant l'enfance sont en lien

avec l'émergence de problèmes liés à la socialisation de même qu'à la psychopathologie.

Des études réalisées par la suite auprès de populations normatives indiquent également que l'adaptation sociale est associée à des difficultés subséquentes, notamment en termes de troubles intériorisés et extériorisés. Les expériences de rejet par les pairs permettent de prédire les troubles extériorisés des enfants, alors que l'isolement social et l'incompétence sociale prédisent les troubles intériorisés (Hymel, Rubin, Rowden, & LeMare, 1990; Rubin, Bukowski, & Parker, 1998). Ladd et Troop-Gordon (2003) ont également identifié que les difficultés sociales des enfants avec leurs pairs s'avèrent être un médiateur entre les dispositions personnelles des enfants et les troubles intériorisés et extériorisés. Outre le lien direct observé entre les difficultés sociales et l'adaptation des enfants à court terme, il est également démontré que les impacts sont présents à plus long terme et qu'ils se maintiennent dans le temps. En effet, Deater-Deckard (2001) soutient que la socialisation difficile avec les pairs durant l'enfance a un rôle à jouer dans le développement de problèmes émotionnels et comportementaux à plus long terme. Ainsi, certains comportements sociaux, tels que le retrait des interactions sociales, sont identifiés comme étant stables à travers le temps et les différents contextes relationnels (Schneider, Younger, Smith, & Freeman, 1998) et permettent de prédire des difficultés importantes atteignant les seuils cliniques à l'adolescence (p. ex., dépression) (Rubin & Burgess, 2001).

Seulement quelques études se sont penchées sur le lien entre certaines dimensions des relations sociales et la symptomatologie présentée par les enfants victimes d'AS. Les résultats de l'étude de Mannarino et collaborateurs (1994) montrent que les enfants victimes d'AS qui obtiennent des scores élevés à la mesure du *Children's Attitude and Perception Scale* (CAPS), qui comprend des échelles portant sur le sentiment d'être différent des autres et sur la confiance interpersonnelle,

rappellent significativement plus de symptômes dépressifs, de traits d'anxiété et de problèmes d'estime de soi que les enfants obtenant de faibles scores. Dans le même ordre d'idées, dans une étude menée auprès de filles victimes d'AS et âgées entre sept et douze ans, Mannarino et Cohen (1996) ont testé l'hypothèse selon laquelle les attributions et les perceptions reliées à l'AS prédiraient davantage la symptomatologie des victimes d'AS que les attributions générales ou que le lieu de contrôle. Les résultats montrent que les attributions et les perceptions liées à l'AS contribuent au développement des symptômes auto-rapportés par les jeunes filles victimes d'AS. En effet, les scores obtenus au CAPS expliquent respectivement 28% et 36% de la variance pour les symptômes dépressifs ainsi que pour les problèmes liés à l'estime de soi (Mannarino & Cohen, 1996).

Plusieurs lacunes dans les deux études citées ci-haut appuient l'importance de poursuivre et d'étayer les connaissances à ce sujet. Notamment, les résultats sont issus de recherches portant uniquement sur des victimes de sexe féminin. De plus, les parents et les enfants du groupe de comparaison n'ont pas été questionnés directement au sujet de l'AS, en raison d'une contrainte imposée par le milieu scolaire. Ceci augmente considérablement la possibilité que de jeunes victimes se retrouvent dans le groupe de comparaison. Finalement, ces données ont été recueillies à une seule occasion et ne permettent donc pas de fournir un portrait longitudinal des difficultés. Ces lacunes sont prises en compte dans le cadre de la présente thèse.

En résumé, l'AS est une problématique sociale préoccupante qui touche un nombre important d'enfants. Bien que la littérature scientifique ait, au cours des dernières années, permis de mieux documenter les profils des enfants victimes, peu de recherches ont porté sur les relations sociales. Pourtant, les capacités relationnelles des enfants victimes sont susceptibles d'être affectées par les caractères de trahison et de stigmatisation associés à l'AS. Finalement, il importe d'autant plus d'étayer notre compréhension des relations sociales des enfants victimes d'AS puisqu'un nombre

important d'études a documenté l'importance des relations avec les pairs en regard de l'adaptation ultérieure des enfants.

1.6 Objectifs de la thèse

Cette thèse vise à documenter l'impact de l'AS sur les relations interpersonnelles des jeunes victimes par le biais d'un devis longitudinal s'étendant sur une période d'un an. Deux objectifs principaux ont été ciblés : 1) explorer les différences entre les enfants victimes d'AS et les enfants non-victimes quant aux relations avec leurs pairs lors de l'évaluation initiale et déterminer les variables qui permettent de prédire les difficultés sociales des enfants, et 2) suivre l'évolution des enfants sur une période d'un an afin d'explorer l'impact des difficultés sociales sur l'adaptation ultérieure des enfants. Ces objectifs seront explorés à partir d'un échantillon d'enfants âgés entre huit et douze ans, et qui se diviseront en deux groupes distincts, soient les enfants ayant dévoilé une AS recrutés dans trois milieux d'intervention, ainsi qu'un groupe de comparaison recruté dans trois écoles publiques.

La première hypothèse de recherche postule que les enfants victimes d'AS présenteront davantage de difficultés dans leurs relations avec leurs pairs. Ces difficultés se manifesteront par de plus forts sentiments de solitude et d'être différent des autres, ainsi que par une confiance réduite. Il est également attendu que les enseignants seront en mesure d'identifier davantage de difficultés sociales chez les enfants appartenant au groupe de victimes d'AS. Finalement, pour ce qui est de la seconde hypothèse de recherche, il est attendu que les difficultés sociales présentées par les enfants lors de l'évaluation initiale permettront de prédire les troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants tant lors de l'évaluation initiale que lors du suivi réalisé un an plus tard.

Le premier article examine les conséquences interpersonnelles d'une AS chez les enfants âgés entre huit et douze ans au moment d'une première évaluation (Temps 1), en les comparant à un groupe de comparaison d'enfants n'ayant pas vécu d'AS. De plus, les différences sociales entre les enfants victimes et les enfants non-victimes sont également évaluées par l'entremise de la perception des enseignants. Le chapitre II de cette thèse porte sur le premier objectif dont les détails sont présentés dans un article accepté pour publication dans la revue *Journal of Child Sexual Abuse* qui s'intitule : « Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation » (Blanchard-Dallaire & Hébert, sous presse).

Le deuxième article se veut une analyse de l'impact des difficultés sociales des jeunes victimes sur leur adaptation à court et à plus long terme. Ainsi, les difficultés sociales présentées au T1 sont considérées dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés lors des deux temps de mesure. Le chapitre III de cette thèse traite du deuxième objectif dans un article soumis à la *Revue de Psychoéducation* qui s'intitule : « Le rôle des attributions et de l'adaptation sociale des enfants victimes d'agression sexuelle dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés ultérieurs » (Blanchard-Dallaire & Hébert, soumis). Les confirmations des éditeurs pour la soumission des articles sont présentées en annexe A et B, alors que les formulaires de consentement utilisés auprès des participants se trouvent en annexe C.

Essentiellement, cette thèse vise à démontrer le lien entre l'AS et le fonctionnement social et relationnel des enfants victimes, de même que l'impact des enjeux relationnels sur les symptômes à moyen terme. Ainsi, les résultats visent à offrir une compréhension plus éclairée des impacts potentiels d'une AS sur le développement socio-affectif de l'enfant, étudiés par l'entremise des relations entretenues avec les pairs. Nous souhaitons qu'une telle investigation permette de mieux cibler les programmes de prévention et d'intervention nécessaires,

principalement dans les milieux scolaires. Notons également que, puisque les victimes d'AS sont susceptibles d'être revictimisées notamment dans le contexte des premières relations amoureuses, la documentation des processus impliqués dans l'apparition et le maintien des difficultés d'adaptation par le biais d'une approche longitudinale permet d'offrir les indices nécessaires pour instaurer des approches préventives mieux adaptées aux besoins de cette clientèle.

1.7 Méthodologie

La méthodologie utilisée dans le cadre de ce projet de recherche est présentée dans chacun des articles constituant les deux chapitres qui suivront la présente section. Il importe toutefois de préciser que ce projet a été réalisé dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) mené par Martine Hébert, Ph.D., du département de sexologie de l'UQÀM (subvention # 77614) et portant sur les profils d'adaptation chez les jeunes ayant dévoilé une AS. Le devis de recherche était de type quasi-expérimental et impliquait deux temps de mesure, soit au moment du dévoilement et un an plus tard. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine, le comité d'éthique de l'UQÀM et la Commission scolaire de Montréal (CSDM).

CHAPITRE II

SOCIAL RELATIONSHIPS IN SEXUALLY ABUSED CHILDREN: SELF-REPORTS AND TEACHERS' EVALUATION (ARTICLE 1)

Claudia Blanchard-Dallaire and Martine Hébert
Université du Québec à Montréal

Accepté pour publication au *Journal of Child Sexual Abuse*, sous presse.

Author Note

Work on this study was supported by doctoral fellowships awarded to the first author by the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC), the Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, the Équipe FQRSC Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA) and the Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). This research was supported by a grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR # 77614) awarded to Martine Hébert, Ph.D.

The authors gratefully thank the personnel of the Centre d'expertise Marie-Vincent, the Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Ste-Justine, the Parents-Unis Lanaudière and the Commission scolaire de Montréal. The authors also wish to thank the parents, children, and teachers for their collaboration to this project.

Abstract

This study aimed to explore the social relationships of child victims of sexual abuse using both self-reports and teachers' ratings. Participants were 93 child victims of sexual abuse and a comparison group of 75 non-victims. Teachers' assessments revealed that sexually abused children displayed greater social skill problems compared to same-age non-abused peers and were more likely to display social difficulties nearing clinical levels. Analyses indicated that sexually abused children presented lower levels of interpersonal trust in people surrounding them, yet a marginally higher level of trust in peers compared to non-abused children. Sense of loneliness and feeling different from peers did not differ between groups.

Keywords: child sexual abuse, social skills, peers, trust, loneliness, teacher ratings, interpersonal adjustment.

2.1 Introduction

Studies conducted over the past two decades reveal that the consequences of child sexual abuse (CSA) are numerous and may interfere with several domains of development (Berliner, 2011; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006). Empirical data have shown that CSA is a major risk factor for a wide variety of short-term negative consequences as well as persistent difficulties in later development (Briere & Elliott, 2003). Thus, sexually abused children present higher levels of anxiety, depression, somatization, disruptive and sexualized behaviors, post-traumatic stress symptoms, and school adaptation problems compared to non-victimized children (Hébert, 2011; Hébert et al., 2006; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). However, one area that has not been extensively investigated is the impact of CSA on children's social adaptation in the short-term.

Yet, studies have highlighted that CSA may be linked to later difficulties in the social domain. Data collected thus far suggest that adults with a history of CSA present difficulties in terms of social and relational adaptation (DiLillo, 2001; Rumstein-McKean & Hunsley, 2001). Adult victims of CSA report greater feelings of isolation from others and loneliness than non-abused adults (Zweig, Barber, & Eccles, 1997). Moreover, they are likely to report a fear of intimacy or an avoidance of interpersonal relationships in reaction to the CSA (Dimitrova et al., 2010). Notwithstanding the evidence concerning the impact of CSA on social adaptation in adulthood, the interpersonal repercussions of CSA among young victimized children have not been extensively studied, despite the importance of healthy social relationships during childhood.

The crucial role of social relationships for children is underscored by evidence that poor peer relationships during childhood are clearly associated with negative repercussions in later developmental periods (Deater-Deckard, 2001; Rubin,

Bukowski, & Parker, 1998). Peer relationships of lesser quality have been found to predict serious adjustment problems, such as important deficits in terms of social abilities (Asher, Hymel, & Renshaw, 1984). In fact, studies investigating developmental trajectories have shown that between 28 and 70% of adults with serious difficulties (e.g., psychopathology, dropping out of school, criminality) report a history of problematic relationships with peers during childhood (Parker & Asher, 1987). Thus, the link between peer-relationship difficulties and the emergence of socialization problems and psychopathology is well-established. Given the heightened vulnerability of children victims of maltreatment, they appear to be at higher risk for developing interpersonal issues.

Previous studies have investigated the social relationships of maltreated children. Physical abuse and emotional maltreatment appear to predict difficulties in children's relationships with peers (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998). Authors have noted that physically abused children report less satisfying relationships with peers as well as more maladaptive relationships with peers than non-maltreated children (Bolger et al., 1998; Cicchetti, Lynch, Shonk, & Manly, 1992; Salzinger, Feldman, Hammer, & Rosario, 1993). Furthermore, maltreated children are also found to be less competent in peer interactions, show less positive emotions, and are at increased risk for peer rejection (Kinard, 1999; Salzinger et al., 1993). According to teachers, maltreated children present lower social competence and social acceptance than non-maltreated children (Rogosch, Cicchetti, & Aber, 1995).

Several mechanisms have been proposed to explain why physically abused children are at increased risk for social difficulties. According to attachment theory, children learn models of relationships with others based on interactions with their parents and generalize these models to relationships with peers (Crittenden, 1988). In this relational context, maltreated children tend to create negative models of self and others, which then contribute to difficulties in their relations with peers (Cicchetti et

al., 1992). In addition, abusive family practices might lead to conditioned fear and anxiety, which can be generalized and result in social avoidance and withdrawal behaviors (Salzinger et al., 1993). The dimension of chronicity of abuse appears critical to better understand the significant repercussions of maltreatment on child development (Bolger et al., 1998; Graham et al., 2010), especially on social functioning. According to Bolger and colleagues (1998), chronicity of physical abuse interferes with children's ability to maintain intimate, positive, and satisfying relationships with peers; the more chronic the maltreatment, the more children reported a decline in the quality of friendships over time. Emotional maltreatment by parents also has been related to difficulties in peer relationships (Bolger et al., 1998). In fact, emotionally maltreated children appear to have fewer reciprocated friendships compared to non-maltreated children. Taken together, these results underscore the relational difficulties faced by victimized children and show that young victims are at higher risk of presenting impairment in their abilities to form close and meaningful relationships (Bolger et al., 1998). Furthermore, difficulties in peer relations may presage future social difficulties (Graham et al., 2010).

While studies have documented the impact of physical abuse and emotional maltreatment on social relationships, research has yet to determine the interpersonal consequences of CSA for youth. It appears relevant to better document the impact of this type of trauma on victims' relationships of trust and intimacy, particularly during preadolescence. During middle childhood and early adolescence, children's relationships with peers are likely to improve in terms of intimacy and complexity (Jones & Dembo, 1989). Thus, experiencing sexual abuse during this specific developmental period may interfere with the establishment of healthy social relationships.

Finkelhor and Browne (1985) have proposed that four traumagenic dynamics are relevant to our understanding of the effects associated with CSA: traumatic

sexualization, betrayal, stigmatization, and powerlessness. Two traumagenic dynamics – betrayal and stigmatization – appear particularly relevant in the study of the social relationships of CSA victims, in terms of interpersonal trust, trust in peers, loneliness, and feeling different from others. Among the four dynamics proposed, betrayal and stigmatization stand as those identified as linked to interpersonal outcomes.

Developing the ability to trust is an integral part of social and emotional development in childhood. It is through the development of trust that children begin to risk and enjoy a variety of experiences such as interpersonal relationships. Thus, the ability to trust others is critical for the development of supportive, cooperative, and intimate relationships (Bernath & Feshbach, 1995). According to Finkelhor and Browne's model (1985), betrayal is the dynamic by which a child realizes that a trusted person, on whom he or she is vitally dependent, has caused him or her harm. Therefore, being sexually abused may be linked to a feeling of betrayal, not only by the offender (in the context of CSA perpetrated by a trusted person), but also by members of the family (e.g., incapacity to protect or to believe the child, or changes of attitudes after the disclosure; Finkelhor & Browne, 1985).

Another important theoretical model that underscores the importance of social relationships in understanding post-traumatic outcomes is the betrayal trauma model (Freyd, 1996). According to this model, betrayal trauma is characterized by the violation of the trust placed in persons upon whom one is socially dependent. Thus, sexual abuse perpetrated by a caregiver or someone close to the victim may result in heightened distress related to this interpersonal violation of an intimate connection, which is the basis for interpersonal relationships. The betrayal trauma framework predicts that CSA may result in damaged trust mechanisms. As a result of victimization, children can become overly or insufficiently trusting, or unable to accurately identify betrayal (Gobin & Freyd, 2009). Given the fact that children are

more at risk of being abused by someone they know (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990), it appears relevant to better document the impact of CSA on their feelings of interpersonal trust. In fact, it is estimated that nearly a quarter of CSA are perpetrated by a member of the immediate family (Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, & Baril, 2008). Moreover, greater adaptation difficulties and distress are found when the perpetrator is a closely related adult (Edwards, Freyd, Dube, Anda, & Felitti, 2012).

Black, Dubowitz, and Harrington (1994) have demonstrated the association between the perpetrator-victim relation and children's perceived level of competence, which indicates that children can be affected by the disruption of a trusting relationship. CSA experiences that generate this feeling of betrayal could affect children's interpersonal trust and conceptualization of healthy interpersonal relationships. As a result, children can develop models of social relationships characterized by a lack of trust, which can lead to aggressive or defensive behaviors (Crittenden, 1988). Betrayal may indeed lead to subsequent learning of fear, suspicion, and behavioral inhibition in abused children, as an attempt to protect themselves in intimate relationships (Crittenden & Ainsworth, 1989). In the context of CSA, which generates feelings of betrayal, the incapacity to trust may affect the social relationships of victimized children.

The dynamic of stigmatization, proposed by Finkelhor & Browne (1985), refers to the negative connotations associated to the CSA experience that are communicated to children following disclosure. Children may incorporate these negative connotations to their self-concept (e.g., shame, guilt). Hence, stigmatization may reinforce sexually abused children's feeling of being different from their peers. This sense of being different from others is based on the belief that no one else has experienced such a trauma, and that others would reject a CSA victim (Finkelhor & Browne, 1985). As well, it seems that severe CSA has been linked to increased

feelings of stigmatization (Feiring & Cleland, 2007; Kallstrom-Fuqua, Weston, & Marshall, 2004). Given that the stigmatization experienced by sexually abused children may introduce a sense of being different from others, victimized children may tend to avoid social relationships and experience greater feeling of loneliness. Thus, the dynamic of stigmatization would be linked, not only to the feeling of being different from peers, but also to social isolation and dissatisfaction in relationships with peers.

Against this backdrop, the aim of this study was to evaluate the impact of CSA on interpersonal relationships of victims with their peers. First, we sought to assess and contrast the social relationships of CSA victims compared with non-CSA victims. A comprehensive evaluation of social relationships included several dimensions: interpersonal trust, trust in peers, loneliness, and feeling different from peers. We also examined the possible differences between sexually abused children and non-victimized children regarding teachers' ratings of children's social skills. Analyzing teacher reports allowed us to address more specifically the possible social skill deficits of sexually abused children by investigating their social adaptation in the school setting. Furthermore, given that children spend a large amount of time in school, they are exposed to numerous opportunities to form social relationships within an established peer group. Finally, to further investigate the impact of CSA on social adaptation, we explored the contribution of group membership to the prediction of teachers' ratings of social relationships, while controlling for demographic variables and self-reports of social adaptation.

2.2 Method

2.2.1 Participants

The CSA group consisted of 93 children (66 girls and 27 boys) recruited in three intervention settings located in the province of Quebec, following a sexual abuse disclosure. These centers offer specialized services following CSA disclosure (medical evaluation and psychosocial services). Children were aged between 8 and 12 years ($M = 9.97$; $SD = 1.43$). Abuse-related data indicated that 50% of children experienced intrafamilial abuse. Penetration was involved or attempted in 66% of the cases and abuse lasted more than 6 months for 44% of children. The comparison group consisted of 75 children (51 girls and 24 boys) recruited in three primary schools in Montreal. These schools were selected on the basis of their similarity to the CSA group in terms of socioeconomic level. The group was screened to exclude children having disclosed sexual abuse and to include children belonging to the same age group ($M = 9.57$; $SD = 1.45$). Exclusionary criteria for both groups were intellectual disability, neurologic problems, or language problems.

The equivalence of the two groups was assessed. Participants in both groups did not differ on the child's age, gender composition, and proportion of single-mother families. However, mothers of sexually abused children were less educated, and the annual family income was lower than those in the comparison group. In the CSA group, 50% of the mothers completed high school, 44.3% completed Cegep (2-year post-secondary program), and 5.7% completed a bachelor degree. In the comparison group, 36.5% completed high school, 37.8% completed Cegep, 17.6% completed a bachelor degree, and 8.1% completed a master or a doctoral degree. Because of the correlation between mother's educational level and family income ($r = 0.40$; $p < .01$), only the mother's educational level was used as a covariate in the analyses.

2.2.2 Measures

Measures completed by the children assessed: feeling different from peers, interpersonal trust, trust in peers, and loneliness. The Children's Attitude and

Perception Scale (CAPS; Mannarino, Cohen, & Berman, 1994) evaluates children's attitudes and perceptions. In the present study, two of the CAPS's subscales were used: *Feeling different from peers* (4 items) and *Reduced interpersonal trust* (5 items). Children indicate their feelings based on a 5-point scale ranging from *never* (1) to *always* (5). Higher scores indicate a greater sense of feeling different from peers and reduced interpersonal trust. Internal consistency coefficients for the two subscales used in this study are moderate ($\alpha = .59$ for feeling different from peers; $\alpha = .57$ for reduced interpersonal trust).

The Children's Generalized Trust Beliefs (CGTB; Rotenberg et al., 2005) assesses the three bases of trust (reliability, emotionally, honesty) in target groups (mother, father, teacher, peer). For the purpose of this study, only questions related to peers were administered. The scale includes situations of trust in which children must indicate how likely it is that the social situation described may occur (1 = *very unlikely*; 5 = *very likely*). In the initial validation study conducted by Rotenberg and collaborators (2005), adequate validity and reliability were reported for this measure and there was specific evidence for validity of the peer trust subscale as it was found that scores on peer subscale were correlated with children's beliefs in their classmates. In this study, the internal consistency coefficient reached .59.

The Loneliness and Social Dissatisfaction Scale (LSDS; Asher & Wheeler, 1985) is composed of 16 items that assess children's feelings of loneliness, feelings of social adequacy versus inadequacy, and subjective estimations of peer status in a school context. Answers to each item were provided on a Likert 5-point scale (1 = *always true*; 5 = *not true at all*). Higher scores indicate greater loneliness and social dissatisfaction. High internal consistency was demonstrated in this study ($\alpha = .89$).

Finally, two questionnaires pertaining to children's social skills were completed by teachers. The Social Skills Rating System-Teacher (SSRS-T; Gresham & Elliott, 1990) was developed to assess children's social skills, as observed by teachers. We used two subscales (Assertion and Self-Control), for a total of 20 items. The Teacher must indicate their answers on a 3-point Likert scale ranging from 0 (*never*) to 2 (*often*). Behavior levels (fewer, average, more) are used to interpret social skills and problem behaviors in comparison to the standardization sample. Low level of assertion is defined by a score between 0 and 7. Low level of self-control is defined by a score of less than 10 for girls and less than 9 for boys (Gresham & Elliott, 1990). The SSRS-T possesses strong test-retest reliability (.90), an internal consistency of .96, and a moderate interjudge reliability (.65; Demaray, Ruffalo, Carlson, Busse, & Olson, 1995; Elliott, Gresham, Freeman, & McCloskey, 1988). Significant correlations between SSRS-T and other well-known measures also demonstrate its validity (Merrell, 2001).

The Teacher's Report Form for Ages 6-18 (TRF 6-18; Achenbach & Rescorla, 2001) is a well-known instrument designed to assess behavioral problems and level of social competence, as evaluated by children's teachers (118 items). Two subscales were selected from the TRF representing social functioning: (1) Social Problems and (2) Withdrawal. Teachers must respond to each statement on a 3-point scale, where 0 corresponds to *never*, 1 to *sometimes*, and 2 to *often*. *T*-scores greater than 70 are used to define clinical range while *T*-scores between 65 and 69 are indicative of scores on the limit to be considered in the clinical range (Achenbach & Rescorla, 2001). The TRF is widely used in scholarly research papers and adequate psychometric properties are reported by Achenbach and Rescorla (2001).

2.2.3 Procedure

Prior to participating, written consent was obtained from all parents and children. A trained research assistant proceeded with the child's evaluation while the parent completed the questionnaires alone. Following parental consent, the child's teacher received a questionnaire on the child's functioning at school. This study was approved by the Ethics Committee of the CHU Ste-Justine and the Human Research Review Committee of Université du Québec à Montréal.

2.3 Results

The results are presented in two sections. First, analyses pertaining to the differences between the CSA group and the non-abused group in terms of social relationships will be examined. The next section will highlight the results of the regression analyses exploring the contribution of sociodemographic variables, self-reported social difficulties, and children's group membership in explaining the social relationships of sexually abused children as evaluated by teachers.

2.3.1 Analyses of Differences Between the CSA and the Control Group

Multivariate analyses of covariance (MANCOVAs) were performed to ascertain differences between the sexually abused children and their non-abused control peers in regards to interpersonal relationships. The MANCOVAs were performed using mothers' educational level as a covariate to statistically equate the groups on this variable. The results of these analyses are shown in Table 1. The first MANCOVA was performed using the self-reported measures completed by the children. The analysis revealed a significant difference between CSA victims and non-victims, (Wilks $F = 4.63$, $p = .001$). A series of univariate tests revealed that CSA victims, compared with non-victims, reported reduced interpersonal trust in people ($F(1, 154) = 6.67$, $p = .011$). No differences between groups were found for loneliness and feeling different from peers. Results revealed that CSA victims tended

to present a higher level of trust in peers ($F(1, 154) = 2.76, p = .098$), although this last result was not significant.

[[INSERT TABLE 1 ABOUT HERE]]

Abuse-related variables were also examined to understand their possible contribution in predicting social functioning in the CSA group. The severity of the sexual abuse contributed to predict children's feeling of being different and reduced interpersonal trust (more severe sexual abuse being associated to higher feeling of being different from others and to a reduced interpersonal trust). Intrafamilial abuse also predicted less difficulty in interpersonal trust.

Another MANCOVA was conducted to ascertain differences in social skills and relational difficulties between sexually abused children and their non-abused control peers as evaluated by teachers' ratings. Results showed a significant group effect (Wilks $F = 5.26, p = .001$). Univariate ANOVAs indicated that, relative to the comparison group, the CSA group demonstrated significantly higher social problems ($F(1, 96) = 7.71, p = .007$) and withdrawal ($F(1, 96) = 15.88, p = .000$), as well as significantly lower levels of assertion ($F(1, 96) = 14.29, p = .000$) and self-control ($F(1, 96) = 8.81, p = .004$).

In order to document the proportion of sexually abused children who presented social difficulties post disclosure, clinical ranges also were examined. As defined by the TRF, results indicated that 12.7% of sexually abused children present withdrawn behaviors in the clinical range and 20% are on the limit to be considered in the clinical range, in comparison to 0% and 11.8% for non-abused children. Scores for social problems reveal that 12.7% of children in the sexually abused group are in the clinical range and 27.3% are on the limit to be considered in the clinical range, in comparison to 7.8% and 5.9% for non-abused children. As defined by the SSRS-T, a

substantial percentage of sexually abused children (31.5%) present low level of assertion (only 4% for the comparison group), as well as low level of self-control (27.3%), in comparison to 10% for non-abused children. Chi-square analyses indicated that the proportion of cases reaching clinical range between the two groups was significantly different in terms of withdrawal ($\chi^2 = 5.04, p = 0.03$), assertion ($\chi^2 = 13.55, p = 0.001$), and self-control ($\chi^2 = 11.24, p = 0.004$).

2.3.2 Regression Analyses

Hierarchical multiple regression analyses were performed to predict children's social adaptation as evaluated by teachers (assertion, self-control, withdrawal, social problems). In the first step, sociodemographic variables (age, gender, mothers' educational level) were entered into the regression equation. Children's self-reports of social adaptation (feeling different from peers, reduced interpersonal trust, trust in peers, loneliness) were then entered as a second block into the regression equation. In the final step, children's group membership (CSA or comparison group) was entered into the regression equation. Table 2 illustrates the percentage of explained variance at each step for each group of variables and provides summary statistics for the final step of regression analyses.

Results indicate that three dimensions of social adaptation, evaluated by teachers, were partly accounted for by sociodemographic variables; boys and mothers' lower educational level being associated with less assertion and self-control, and more social problems. Results indicate that the addition of children's rating of social difficulties contributed significantly to the prediction of assertion, self-control and social problems (more loneliness being associated with less assertion and more social problems; feeling different from peers being associated with less self-control and more social problems). In the final step, children's group membership was

entered to examine whether being sexually abused significantly added to the prediction of teachers' perception of children's social difficulties after differences in sociodemographic and self-report ratings were accounted for. Results revealed that the final step produced a significant increase in explained variance for all four dimensions of social adaptation evaluated by teachers. Results indicated that the final equation for each dimension of social adaptation evaluated by teachers reached significance; the set of predictors accounted for 16 to 31% of the variance in outcomes.

In considering the prediction of lower assertion, being a boy, having a mother with a lower educational level, having higher feelings of loneliness, and belonging to the CSA group appeared to be the variables contributing to the prediction. The variables making a unique contribution to the prediction of self-control were gender of the child, mother's educational level, child's feelings of being different from peers, and group membership (boys, lower educational level, higher feelings of loneliness, children from the CSA group displaying less self-control). Belonging to the CSA group remained a unique predictor of high withdrawal. Finally, in considering the social problems identified by teachers, gender, mothers' educational level, and feeling different from peers and feelings of loneliness as well as children's group membership appeared to be the variables contributing to the prediction. Thus, boys, lower mothers' educational level, children reporting higher feelings of being different from peers and higher loneliness, and children belonging to the CSA group were rated as displaying greater social problems by teachers.

[[INSERT TABLE 2 ABOUT HERE]]

2.4 Discussion

In the present study, we addressed issues concerning the consequences associated with CSA on children's social relationships. Prior studies have identified long-term impacts of CSA in the social domain (DiLillo, 2001; Rumstein-McKean & Hunsley, 2001) while the short-term impact in preadolescence has rarely been explored directly. The results of this investigation support that young victims differ significantly from their non-abused peers in terms of interpersonal relationships at the time of CSA discovery. Results first confirmed that children in the CSA group were reported by their teachers as displaying significantly greater social difficulties than children with no known history of CSA. It is also worth noting that, according to teachers' evaluations, sexually abused children were more likely to be classified in the clinical range than were children of the comparison group. This finding lends further support to previous studies revealing that teachers of maltreated children, particularly physically abused or neglected children, recognize children's social difficulties. For instance, Dodge, Pettit, and Bates (1994) found that teachers evaluated a maltreated group of children as being more disliked, less popular, and more socially withdrawn than a non-maltreated group. Rogosch and Cicchetti (1994) showed that teachers perceived maltreated children as lower in social competence and social acceptance. Our study extends these findings to child victims of sexual abuse.

It is interesting to note that, in the current study, children belonging to the CSA group did report a reduced interpersonal trust when compared to the comparison group. As Finkelhor and Browne's (1985) model suggests, the dynamic of betrayal may account for the interpersonal difficulties that are characteristic of CSA in the current study. Betrayal may play an important role in the social adjustment of children in the aftermaths of sexual abuse. Thus, CSA seems to interfere with children's basic beliefs about safety and trust in relationships. This finding lends further support to the results obtained by Mannarino and collaborators (1994) who found that sexually abused children reported a reduced interpersonal trust compared with non-victims. Kerig and Becker (2010) also suggest the concept of "acquired

callousness” to describe the emotional detachment that may be used as a coping mechanism in youth exposed to trauma to deal with the overwhelming distress. That is, sexually abused children may experience poorer social relationships as a strategy to protect themselves from the pain caused by the sexual abuse.

A perplexing finding concerns the fact that when asked about feelings of trust in the specific target group of their peers, children in the CSA group tended to present greater trust in their peers than non-victimized children; the result being statistically marginal ($p < .10$). Thus, while sexually abused children did report a reduced interpersonal trust in others in general, they also had a tendency to place greater trust in their peers compared to children with no known history of CSA. This marginal result clearly calls upon further studies with larger samples as it might indicate that sexually abused children maintain the perception that they can rely on their peers, but not on adults in general, which is an important distinction to make when evaluating the dimension of trust. From a developmental point of view, children who lack the social skills necessary to build a strong social network may find themselves in high-risk situations or disrespectful relationships. Maintaining positive and reciprocal social relationships involves, among other things, finding people who will not exploit and abuse others (Kendall-Tackett, 2002). Because the ability to create and maintain social relationships may be affected by CSA, social skill training would likely have a beneficial effect and should be considered as a target for clinical intervention (e.g., better identification of peers who can be trusted, friendship reciprocity). Given the fact that friendships based on trust and acceptance may offer an important context for maltreated children to develop more positive models of themselves (Bolger et al., 1998), this result is of primary importance.

It was hypothesized that participants in the CSA group would feel more isolated and would present greater feelings of being different from peers. Contrary to this hypothesis, no differences between groups, based on self-reports, were found for

these variables. Conversely, it appears that sexually abused children did not perceive themselves as different from others nor as lonelier compared to non-abused children. The specific dynamic of stigmatization identified by Finkelhor & Browne (1985) did not seem to contribute to the self-reported measures of social adaptation at the time of the disclosure. However, we cannot exclude the possibility that stigmatization occurs longer after the CSA experience, as children encounter family and societal reactions (Finkelhor & Browne, 1985), which underscores the importance of longitudinal studies.

In light of the results presented above, children's understanding of their own social relationships seems different from that of their teachers. Teachers clearly identified social difficulties in sexually abused children, whereas information gathered from children did not necessarily highlight these difficulties. This suggests that victimized children may present difficulties in relationships with peers, but do not necessarily recognize them. Reliance on teachers' ratings regarding children's social adaptation represents a strong advantage in the present study since it can be considered as a more objective measure relying on a baseline related to group of peers. Prior reports investigating maltreated children's self-perceptions of social skills and maternal ratings of social competence also have found a discrepancy between evaluations by different sources of information. For instance, Kinard (1999) found that while mothers in the maltreated study group rated their children as less socially competent than did mothers in the non-maltreated control group, maltreated children had more positive evaluations of their skills than non-maltreated children.

In analyzing the factors that may predict children's social adaptation as evaluated by teachers, the relative influence of the different types of factors depends on the social dimension considered. First, some sociodemographic variables seem to influence children's social adaptation. Specifically, being a boy appeared to predict lower assertion and self-control and intensity of social problems, and lower mothers'

educational level also was linked to less assertion and self-control, as well as more social problems. Graham and collaborators (2010) also highlighted that among the child demographic variables children's gender seems to predict the teachers' estimation of children's peer status. Their results demonstrated that girls tended to have better relations as perceived by teachers.

How children view their social relationships also seems to be linked to the outcome domain of children's peer relation, as indicated by teachers. Among the social difficulties reported by children, feelings of being different and loneliness maintained a unique contribution to the prediction of social problems, suggesting that children admitting such feelings are more likely to be identified by their teachers.

Children's group membership also contributed to the prediction of teachers' ratings. Children who disclosed CSA are more likely to present greater social difficulties in all four dimensions evaluated by teachers even when the variance explained by sociodemographic variables and self-reported social difficulties are controlled. This finding further extends those of Rogosch and Cicchetti (1994) who found that poor social effectiveness was predicted by maltreatment status among physically abused children. In their study, only child maltreatment status accounted for the difference in the children who evidenced the more severe deficits in social effectiveness.

2.4.1 Implications of the Study

Results of the present study have many implications, particularly for the psychological assessment of children after the disclosure of a sexual abuse, as well as for the development of treatment guidelines. Our findings underscore the need for a complete post abuse evaluation that covers children's social skills in addition to more typical trauma-related symptoms. Considering the social difficulties identified in this

study, intervention programs should consider social skill training, if necessary. The interpersonal difficulties of sexually abused children evidenced in this study draw attention to the need for intervention services that include social skills to foster healthy interpersonal relationships in preadolescents confronted with sexual trauma. Improving the social skills of young victims is crucial when considering the fact that greater social abilities may act as a protective factor in the long-term. Moreover, difficulties in peer relations in childhood may presage future interpersonal difficulties. Positive relationships with friends could contribute to decreasing the impact of betrayal and stigmatization schemas, as identified by Finkelhor & Browne (1985). Social skill training has been used widely to improve the social interactions of children presenting various types of problems. Several interventions have been identified as effective; the majority of which use cognitive-behavioral techniques in combination with social learning procedures (Elliott & Busse, 1991). Some excellent reviews of social skills training literature and evidence-based approaches to social skills training with children are also available (see Elliott & Gresham, 1993; Foster & Bussman, 2008). Also, clinicians working with sexually abused children need to be aware that trust can be a significant issue; thus, it may require a period of time to develop trust with the therapist before interventions can be pursued.

2.4.2 Strengths and Limitations of the Study

This study presents a number of methodological strengths that enhance its contribution to the existing literature on the effect of CSA. First, the use of multiple informants (children were evaluated in different contexts), including self-report measures, ensure a more comprehensive picture of children's social relationships. Given the fact that teachers may offer a better interpretation of children's social skills by evaluating their behavior in a school context and on the basis of comparison referrals (classmates), the use of teacher-estimated social skills represents a major strength of this study. Second, the present study used a comparison group design

which attests to its methodological strengths. Certain limitations of this study must be acknowledged. First, part of the results obtained in this study relied on self-report measures completed by children. Child self-reported measures may be affected by the inability to report on complex internal states (Friedrich, 2002). Also, the internal consistency coefficients of some self-report measures completed in this study are a bit lower than expected and should be considered as a limitation of the present study. Although hierarchical regressions' results are significant, the percentage of explained variance is relatively low, suggesting that other variables that were not considered in the present study may contribute to the prediction of social difficulties as identified by teachers. Furthermore, some resources may operate as protective factors against the development of subsequent social adaptation problems (e.g., one close friendship with another child, protective effect of siblings). Indeed, children's family and siblings may serve as emotional buffers and satisfactory home relationships may compensate for difficulties in peer relationships (Asher et al., 1984).

In this study, sexually abused children were recruited relatively soon after disclosure. As such, we cannot exclude the possibility that children may develop more pervasive social difficulties over time. Thus, difficulties in interpersonal relationships might emerge later in life, for example in the context of intimate relationships in adolescence or adulthood (Manly, Cicchetti, & Barnett, 1994). In analyzing the functioning of young sexually abused girls one year after disclosure, Daignault and Hébert (2009) noted a degradation of social functioning in 30 to 44% of the participants. An important goal for future research is to investigate long-term effects on the social functioning of its victims. A follow-up appears necessary to ascertain the diverse trajectories of social difficulties in the longer term. Another relevant avenue for future studies would be to include other variables in the analyses, which may help to improve our understanding of the social difficulties of sexually abused children. For instance, it seems relevant to investigate further the link

between CSA, social problems, and psychopathology, in terms of internalized and externalized symptoms.

Notwithstanding these limitations, the present study yields valuable information regarding the social relationships of young sexually abused children. It is our hope that future research will shed additional light on the mechanisms by which social difficulties occur among CSA victims and help further improve intervention approaches.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development, 55*(4), 1456-1464. Retrieved from <http://www.jstor.org/>
- Asher, S. R., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(4), 500-505. doi: 10.1037/0022-006X.53.4.500
- 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.
- Bernath, M., & Feshbach, N. (1995). Children's trust: Theory, assessment, development, and research directions. *Applied and Preventive Psychology, 4*(1), 1-19. doi: 10.1016/S0962-1849(05)80048-4
- Black, M., Dubowitz, H., & Harrington, D. (1994). Sexual abuse: Developmental differences in children's behavior and self-perception. *Child Abuse & Neglect, 18*(1), 85-95. doi: 10.1016/0145-2134(94)90098-1
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development, 69*(4), 1171-1197. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06166.x
- Briere, J., & Elliott, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205-1222. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- Cicchetti, D., Lynch, M., Shonk, S., & Manly, J. (1992). An organizational perspective on peer relations in maltreated children. In R. Parke & G. Ladd

- (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 345-383). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crittenden, P. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representation models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6(3), 183-199. doi: 10.1080/02646838808403555
- Crittenden, P., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.432-463). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 33(2), 102-115. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.06.001
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 565-579. doi: 10.1017/S0021963001007272
- Demaray, M. K., Ruffalo, S. L., Carlson, J., Busse, R. T., & Olson, A. E. (1995). Social skills assessment: A comparative evaluation of six published rating scales. *School Psychology Review*, 24(4), 648-671. Retrieved from researchgate.net.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Effects of physical maltreatment on the development of peer relations. *Development and Psychopathology*, 6(1), 43-55. doi: 10.1017/S0954579400005873
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00072-0
- Dimitrova, N., Pierrehumbert, B., Glatz, N., Torrisi, R., Heinrichs, M., Halfon, O., et al. (2010). Closeness in relationships as a mediator between sexual abuse in

- childhood or adolescence and psychopathological outcome in adulthood. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 183-195. doi: 10.1002/cpp.650
- Edwards, V. J., Freyd, J. J., Dube, S. R., Anda, R. F., & Felitti, V. J. (2012). Health outcomes by closeness of sexual abuse perpetrator: A test of betrayal trauma theory. *Journal of Agression, Maltreatment & Trauma*, 21(2), 133-148. doi: 10.1080/10926771.2012.648100
- Elliott, S. N., & Busse, R. T. (1991). Social skills assessment and intervention with children and adolescents: Guidelines for assessment and training procedures. *School Psychology International*, 12(1-2), 63-83. doi: 10.1177/0143034391121006
- Elliott, S. N., & Gresham, F. M. (1993). Social skills interventions for children. *Behavior Modification*, 17(3), 287-313. doi: 10.1177/01454455930173004
- Elliott, S. N., Gresham, F. M., Freeman, T., & McCloskey, G. (1988). Teacher and observer ratings of children's social skills: Validation of the social skills rating scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 6(2), 152-161. doi: 10.1177/073428298800600206
- Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1169-1186. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.03.020
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 19-28. doi: 10.1016/0145-2134(90)90077-7
- Foster, S. L., & Bussman, J. R. (2008). Evidence-based approaches to social skills training with children and adolescents. In R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C.

- Roberts (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents* (pp. 409-427). New York, NY: Springer.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Friedrich, W. N. (2002). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gobin, R. L., & Freyd, J. J. (2009). Betrayal and revictimization: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 242-257. doi: 10.1037/a0017469
- Graham, J. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Thompson, R., Briggs, E. C., & Bangdiwala, S. I. (2010). Maltreatment chronicity defined with reference to development: Extension of the social adaptation outcomes findings to peer relations. *Journal of Family Violence*, 25(3), 311-324. doi: 10.1007/s10896-009-9293-9
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. [Profiles and assessment of children victims of sexual abuse]. In M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I. [Child sexual abuse, Volume 1]*. (pp. 149-204). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. doi: 10.1007/s10896-006-9026-2
- Jones, G., & Dembo, M. (1989). Age and sex role differences in intimate friendships during childhood and adolescence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 35(4), 445-462. Retrieved from <http://www.jstor.org/>
- Kallstrom-Fuqua, A., Weston, R., & Marshall, L. (2004). Childhood and adolescent sexual abuse of community women: Mediated effects on psychological

- distress and social relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 980-992. doi: 10.1037/0022-006X.72.6.980
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 715-729. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00343-5
- Kerig, P. K., & Becker, S. P. (2010). From internalizing to externalizing: Theoretical models of the processes linking PTSD to juvenile delinquency. In S. J. Egan (Ed.), *PTSD: Causes, symptoms and treatment* (pp. 33-78). Hauppauge, NY: Nova.
- Kinard, E. M. (1999). Perceived social skills and social competence in maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(4), 465-481. doi: 10.1037/h0080395
- Manly, J. T., Cicchetti, D., & Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity and severity of maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and psychopathology*, 6(1), 121-143. doi: 10.1017/S0954579400005915
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 204. doi: 10.1207/s15374424jccp2302_9
- Merrell, K. W. (2001). Assessment of children's social skills: Recent developments, best practices, and new directions. *Exceptionality*, 9(1&2), 3-18. doi: 10.1080/09362835.2001.9666988
- 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: Interdisciplinary and Applied*, 135(1), 17-36. doi: 10.1080/00223980109603677

- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, *102*(3), 357-389. doi: 10.1037/0033-2909.102.3.357
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (1994). Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development*, *3*(3), 291-308. doi: 10.1111/j.1467-9507.1994.tb00046.x
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., & Aber, J. L. (1995). The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology*, *7*(4), 591-610. doi: 10.1017/S0954579400006738
- Rotenberg, K. J., Fox, C., Green, S., Ruderman, L., Slater, K., Stevens, K., & Carlo, G. (2005). Construction and validation of a children's interpersonal trust belief scale. *British Journal of Development Psychology*, *23*(2), 271-292. doi: 10.1348/026151005X26192
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Parker, J. G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.). *Handbook of child psychology: Vol. 3: Social, emotional and personality development* (pp. 619-700). New York, NY: Wiley.
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, *21*(3), 471-490. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00069-0
- Salzinger, S., Feldman, R., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, *64*(1), 169-187. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb02902.x
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, *32*(4), 331-335. doi: 10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x

Zweig, J. M., Barber, B. L., & Eccles, J. S. (1997). Sexual coercion and well-being in young adulthood: Comparisons by gender and college status. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(2), 291. doi: 10.1177/088626097012002009

Table 2.1

Means (Standard Deviations) for Social Relationship Measures

Self-Reported Measures	CSA Group		Comparison Group		<i>F</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Feeling Different From Peers (CAPS)	10.12	4.01	10.68	3.71	1.38
Reduced Interpersonal Trust (CAPS)	12.82	4.25	11.11	3.27	6.67*
Trust in peers (CGTB)	20.39	5.09	18.85	4.44	2.76†
Loneliness	30.59	12.79	28.23	9.78	.99
Teacher's Ratings					
Withdrawal	62.56	10.29	55.18	6.20	15.88***
Social Problems	61.42	7.72	55.94	8.49	7.71**
Assertion	9.68	4.14	12.86	3.30	14.29***
Self-Control	12.46	3.44	14.94	3.88	8.81**

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Table 2.2

*Correlations and Beta-Weights at the Final Step of the Multiple Hierarchic**Regression Analyses*

	Assertion	Self-control	Withdrawal	Social Problems
	β	β	β	β
Sociodemographic Variables				
Age	0.01	-0.04	0.09	0.11
Gender	-0.16†	-0.31***	0.11	0.15†
Mother educational level	0.17†	0.16†	-0.08	-0.26**
R ²	0.08*	0.13***	0.04†	0.16***
Self-Reported Social Difficulties				
Feeling different	0.14	-0.21*	0.03	0.23*
Reduced interpersonal trust	-0.10	0.05	0.09	0.09
Trust in peers	0.06	0.10	0.00	0.01
Loneliness	-0.32***	-0.09	0.15	0.17†
R ²	0.23***	0.15	0.08†	0.27**
Children Group Membership				
CSA or Comparison	0.31***	0.33***	-0.32**	-0.19*
Total R ²	0.31***	0.23***	0.16**	0.29*
F(8,91)	6.48***	4.83***	3.46**	6.17***

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

CHAPITRE III

LE RÔLE DES ATTRIBUTIONS ET DE L'ADAPTATION SOCIALE DES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE DANS LA PRÉDICTION DES TROUBLES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS ULTÉRIEURS (ARTICLE 2)

Claudia Blanchard-Dallaire et Martine Hébert
Université du Québec à Montréal

Soumis pour publication à la *Revue de Psychoéducation* le 7 août 2013.

Note des auteurs

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 candidate a bénéficié de bourses doctorales par le *Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture* (FQRSC), la *Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants*, l'*Équipe FQRSC Violence Sexuelle et Santé* (ÉVISSA) et le *Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles* (CRIPCAS). Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC, # 77614) à Martine Hébert, Ph.D.

Résumé

Cette étude vise à identifier la contribution des difficultés sociales présentées par les enfants victimes d'agression sexuelle (AS) à la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés de ces derniers. Plus spécifiquement, cette étude explore ce lien par une évaluation menée sur une période d'un an qui tient également compte des variables personnelles à l'enfant et des caractéristiques de l'AS vécue. Ainsi, une évaluation de suivi a été conduite auprès d'un échantillon de 55 enfants victimes d'AS un an après une première évaluation. Les résultats sont comparés à un groupe de comparaison composé de 61 enfants n'ayant pas été victime d'AS, appartenant au même groupe d'âge et ayant également été rencontrés à deux reprises, à intervalle d'un an. Les résultats indiquent que les parents des enfants victimes rapportent davantage de troubles extériorisés chez ces derniers aux deux temps de mesure, alors que les enfants victimes ne reconnaissent pas de telles difficultés. En ce qui a trait aux variables permettant de prédire les troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants lors de l'évaluation initiale, la confiance interpersonnelle réduite semble être une variable-clé. Lors du suivi longitudinal réalisé un an plus tard, les analyses identifient qu'une confiance interpersonnelle réduite et qu'une plus grande confiance envers les pairs au T1 prédisent les troubles extériorisés rapportés par les enfants au T2. Ainsi, la confiance entretenue par les enfants victimes semble influencer leur adaptation et les symptômes qu'ils présentent. Les résultats sont discutés en lien avec les implications quant aux interventions offertes aux enfants victimes d'AS, notamment la pertinence d'évaluer et d'aborder, en cours d'intervention, les enjeux des jeunes en lien avec la confiance interpersonnelle.

Mots-clés : Agression sexuelle, enfance, conséquences, adaptation sociale, troubles intériorisés et extériorisés

Abstract

The present study aims to identify factors influencing the functioning of sexually abused children in terms of internalizing and externalizing symptoms. Specifically, this study explores the link between social difficulties and adaptation, while both considering contextual and personal correlates. A follow-up evaluation was conducted one year after the initial evaluation among a sample of 55 sexually abused children. Their results were contrasted to those of children from a comparison group consisting of 61 non-abused children. Results indicate that sexually abused subjects exhibited significantly more externalizing problems than did the controls at both follow-ups according to parents' perception. However, sexually abused children did not recognize these behavioral difficulties in their self-report evaluations. In examining possible factors linked to internalizing and externalizing behavior problems, reduced interpersonal trust was identified as a key factor influencing sexually abused children's adaptation at initial intake. At follow-up evaluation conducted one year later, reduced interpersonal trust and higher levels of trust in peers at the first assessment were found to be associated to externalizing behavioral difficulties identified by sexually abused children one year later. Thus, children's level of trust revealed to be an important variable linked to sexually abused children's adaptation and psychological symptomatology. Results are discussed in terms of clinical implications for intervention with sexually abused children, namely the relevance of evaluating social adaptation in sexually abused children and targeting interpersonal trust in course of therapy.

Keywords: Child sexual abuse, consequences, social adaptation, internalizing and externalizing symptoms

3.1 Introduction

Il est désormais reconnu qu'une agression sexuelle (AS) subie dans l'enfance est liée à de nombreuses répercussions, tant sur le développement des jeunes victimes que sur leur adaptation dans plusieurs domaines (Hébert, 2011). De plus, l'AS pendant l'enfance constitue un facteur de risque majeur lié au fonctionnement ultérieur à l'âge adulte (Briere & Elliott, 2003; Trickett, Noll, & Putnam, 2011). Les symptômes de stress post-traumatique, les troubles intériorisés (anxiété, dépression, troubles somatiques, isolement) ou extériorisés (agressivité, troubles de conduite), les comportements sexualisés inappropriés et les problèmes scolaires figurent parmi les principales conséquences identifiées (Briere & Elliott, 2003; Collin-Vézina & Hébert, 2005; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006; Daignault & Hébert, 2009). Malgré la documentation des séquelles liées à l'AS par les études empiriques menées à ce jour, nos connaissances demeurent limitées quant aux profils des enfants au moment du passage entre l'enfance et l'adolescence où des enjeux importants sont susceptibles de teinter le parcours des victimes (Hébert, 2011). De plus, les enfants victimes d'AS présentent des profils très diversifiés, ce qui ne permet pas l'identification de symptômes typiques qui décriraient l'ensemble des enfants (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000; Webster, 2001). Ainsi, cette vaste diversité souligne l'importance d'étudier les facteurs pouvant influencer la sévérité des symptômes de même que leur maintien chez les enfants victimes d'AS.

Des études récentes se sont effectivement attardées à mieux comprendre les différentes variables qui influent sur l'intensité et la nature des troubles intériorisés et extériorisés chez les enfants victimes d'AS. Parmi les principaux facteurs étudiés, on retrouve notamment les variables liées à l'AS ainsi que les variables personnelles à l'enfant (Yancey & Hansen, 2010). En ce qui a trait aux caractéristiques liées à l'AS, certaines études ont démontré un lien entre les AS sévères, chroniques et perpétrées par une personne proche de la victime et les difficultés d'adaptation présentées par les

enfants (Black, Dubowitz, & Harrington, 1994; Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989), alors que d'autres études n'ont pas réussi à identifier un tel lien (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Sur le plan des variables personnelles, le sexe des enfants ne serait pas lié de façon systématique à l'intensité des symptômes présentés (Maikovich-Fong & Jaffee, 2010). Ce manque de consensus souligne l'importance de considérer d'autres facteurs pouvant prédire le risque de développer des difficultés d'adaptation suite à une AS, notamment la contribution des attributions et difficultés sociales des enfants victimes.

Auprès de populations normatives, les recherches empiriques ont clairement démontré que les relations inadaptées avec les pairs pendant l'enfance sont associées à des conséquences négatives lors des périodes ultérieures du développement ainsi qu'à l'âge adulte (Hay, Payne, & Chadwick, 2004). Une recension des écrits menée par Parker et Asher (1987) documente le lien entre les relations difficiles avec les pairs et l'émergence de problèmes liés à la socialisation et à la psychopathologie. Dans une étude longitudinale explorant le rôle des difficultés sociales dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés subséquents chez les enfants d'âge scolaire, le rejet des pairs permettait de prédire les troubles extériorisés, alors que l'isolement social et l'incompétence sociale étaient liés aux troubles intériorisés (Hymel, Rubin, Rowden, & LeMare, 1990; Rubin, Bukowski, & Parker, 1998). Dans un même ordre d'idées, Ladd et Troop-Gordon (2003) ont démontré que les expériences chroniques de difficultés avec les pairs représentent des antécédents significatifs des problèmes d'ajustement subséquents. Plus précisément, ces auteurs ont établi que les difficultés relationnelles des enfants avec leurs pairs agissent en tant que facteur médiateur entre les dispositions personnelles de l'enfant et les problèmes d'ajustement en termes de troubles intériorisés et extériorisés. Il est également établi que les expériences difficiles de socialisation avec les pairs jouent un rôle dans le développement de problèmes émotionnels et comportementaux à plus long terme (Deater-Deckard, 2001). Notamment, la tendance à se retirer des interactions sociales

apparaît comme une caractéristique stable à travers le temps et les différents contextes sociaux (Schneider, Younger, Smith, & Freeman, 1998) et prédit les scores cliniques ultérieurs de dépression à l'adolescence (Rubin & Burgess, 2001). Or, de par la nature interpersonnelle de l'AS, les enfants victimes sont susceptibles de développer des attributions négatives (p. ex., moins de confiance interpersonnelle) et des difficultés sociales (p. ex., isolement). Ils représentent donc une clientèle particulièrement vulnérable à développer des relations difficiles avec leurs pairs.

Par contre, à ce jour, les études s'étant attardées aux difficultés relationnelles des victimes d'AS ont davantage porté sur des échantillons d'adultes. Les résultats soulignent effectivement des difficultés quant à l'adaptation sociale et relationnelle des survivantes (DiLillo, 2001; Rumstein-McKean & Hunsley, 2001; Zweig, Crockett, Sayer, & Vicary, 1999). Ces difficultés se traduisent notamment par de l'isolement social et des sentiments de solitude (Gibson & Hartshorne, 1996; Zweig, Barber, & Eccles, 1997), de même que par une peur de l'intimité relationnelle ou un évitement des relations sociales en réaction à l'expérience d'AS (Dimitrova et al., 2010; Jehu & Gazan, 1983). Outre les sentiments d'isolement social, d'autres études ont démontré que les adultes ayant vécu une AS présentent aussi des difficultés liées à l'intimité, qui s'exprimeraient par un manque de confiance, une peur ou une ambivalence par rapport à l'intimité (Briere, 1992; Davis & Petretic-Jackson, 2000; Roche, Runtz, & Hunter, 1999). Dans une étude longitudinale menée par Zweig et collaborateurs (1999), les effets délétères sur l'ajustement social étaient même observables sur une période de 14 ans suivant la victimisation sexuelle. De plus, Colman et Widom (2004) ont démontré que la maltraitance durant l'enfance a des impacts négatifs sur la capacité des individus qui en sont victimes à former et à maintenir des relations interpersonnelles saines, et ce, jusqu'à 25 ans plus tard.

À la lumière des difficultés sociales bien répertoriées chez les victimes d'âge adulte, il est attendu que les jeunes victimes présentent également de telles difficultés

sur le plan social. À ce propos, plusieurs études ont exploré les conséquences relationnelles d'autres formes de maltraitance et apportent des résultats pertinents. Par exemple, une étude indique que la maltraitance physique interfère avec l'habileté des enfants à maintenir des relations intimes avec leurs pairs, alors que l'abus psychologique est associé à un nombre inférieur d'amitiés réciproques chez les enfants qui en sont victimes (Bolger, Patterson, & Kupersmidt, 1998). Certains auteurs rapportent aussi que les enfants maltraités entretiennent des relations moins satisfaisantes avec leurs pairs ou caractérisées par un manque de réciprocité (Cicchetti, Lynch, Shonk, & Manly, 1992; Salzinger, Feldman, Hammer, & Rosario, 1993; Vondra, Barnett, & Cicchetti, 1989), sont plus à risque d'être identifiés comme ayant un statut social inférieur (Salzinger et al., 1993) et présentent une tendance à éviter ou à se retirer des interactions sociales (Haskett & Kistner, 1991). De plus, les enfants maltraités seraient moins compétents dans leurs interactions sociales avec leurs pairs, exprimeraient moins d'émotions positives et seraient plus souvent rejetés par leurs pairs que les enfants non-victimes de maltraitance (Howes & Espinosa, 1985; Salzinger et al., 1993). Une étude utilisant les données d'un sondage national rapporte que les adolescents victimes de maltraitance physique au cours des 12 derniers mois se perçoivent comme étant plus isolés de leurs amis et de leurs pairs en milieu scolaire que ceux n'ayant pas subi d'abus physique. Ainsi, l'une des conséquences associées à la maltraitance physique chez les enfants serait un détachement des autres; possiblement en raison d'une image de soi endommagée ou parce qu'ils n'ont pas appris les compétences sociales et émotionnelles nécessaires à une intégration sociale réussie (Elliott, Cunningham, Linder, Colangelo, & Gross, 2005). Malgré l'apport important de cette littérature pour mieux comprendre l'impact de la maltraitance sur les relations sociales, il demeure que ces études ont porté sur des échantillons composés de jeunes victimes ayant vécu différentes formes de maltraitance. Les impacts spécifiques liés à l'AS restent donc à explorer. En effet, selon Finkelhor et Browne (1985), l'estime de soi des victimes d'AS est souvent

atteinte suite à l'expérience de victimisation, ce qui peut se traduire par des difficultés dans les relations interpersonnelles et dans l'intégration au sein d'un réseau de pairs.

Plusieurs perspectives théoriques ont tenté d'expliquer le lien entre la maltraitance durant l'enfance et l'altération du fonctionnement social (p. ex., apprentissage social, relations d'objet, attachement, etc.). Ces modèles proposent notamment que les individus apprennent à interagir en observant les agissements des personnes qui leur sont significatives et, par le fait même, construisent leurs attentes interpersonnelles par ces expériences passées (Colman & Widom, 2004; Crittenden & Ainsworth, 1989; Ornduff, 2000). Ainsi, les enfants victimes de maltraitance sont susceptibles de développer des pensées et des comportements qui peuvent nuire à la formation et au maintien de relations sociales saines. De par sa nature interpersonnelle, le type de trauma qu'est l'AS est tout autant susceptible d'interférer avec l'établissement de relations de confiance et d'intimité. À ce sujet, une étude menée par Hébert et collaborateurs (2006) rapporte que les mères d'enfants ayant dévoilé une AS perçoivent ces derniers comme étant moins compétents socialement que leurs pairs. Une étude récente a exploré plus spécifiquement les impacts relationnels associés à l'AS (Blanchard-Dallaire & Hébert, sous presse). À l'aide d'un échantillon de 93 enfants victimes d'AS contrasté à 75 enfants non-victimes, cette analyse révèle que les victimes présentent moins de confiance interpersonnelle envers les autres en général, mais une tendance à avoir davantage confiance en leurs pairs en comparaison aux enfants non-victimes d'AS. De plus, l'évaluation réalisée par les enseignants quant aux différentes dimensions des compétences sociales (affirmation, contrôle de soi, retrait social, difficultés relationnelles) indique qu'ils perçoivent de plus grandes difficultés d'habiletés sociales chez les enfants victimes d'AS que chez les enfants non-victimes. Puisque les enfants victimes d'AS semblent aussi présenter des difficultés sur le plan relationnel et que le lien entre de telles difficultés et la psychopathologie est bien établi dans la littérature, il importe de se pencher davantage sur l'adaptation des jeunes victimes.

Dans ce contexte, la présente étude vise à identifier la contribution des dimensions sociales dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants victimes d'AS lors d'une évaluation initiale ainsi qu'un an plus tard. Cette potentielle contribution sera étudiée tout en tenant compte des variables personnelles (âge et sexe de l'enfant) et contextuelles (AS intrafamiliale, sévérité des gestes posés).

3.2 Méthode

3.2.1 Participants

Au moment de l'évaluation initiale, l'échantillon était composé de 93 enfants victimes d'AS (66 filles et 27 garçons) et de 75 enfants n'ayant pas été victimes d'AS (51 filles et 24 garçons). Tous les enfants étaient âgés entre huit et douze ans, et provenaient d'un milieu socio-économique similaire. Les enfants victimes d'AS ont été recrutés dans trois centres d'intervention offrant des services spécialisés suite au dévoilement d'une AS, alors que les enfants du groupe de comparaison ont été recrutés dans trois écoles primaires. Au moment du suivi longitudinal mené un an plus tard, 55 enfants victimes d'AS (41 filles et 14 garçons) et 61 enfants n'ayant pas été victimes (43 filles et 18 garçons) ont participé à nouveau. Les présentes analyses portent sur cet échantillon. Des analyses comparatives ont démontré qu'il n'y a pas de différence significative entre les participants au T2 et les non-participants en ce qui concerne les variables socio-démographiques (sexe, âge, famille monoparentale) et les caractéristiques de l'AS (sévérité des gestes posés, AS intrafamiliale, durée de l'AS).

Lors des deux temps de mesure, l'équivalence des groupes d'enfants AS et de comparaison a été évaluée. Lors du suivi longitudinal, les deux groupes étaient comparables en ce qui a trait au genre des enfants, à la composition de la famille

(monoparentale ou non) ainsi qu'au niveau d'éducation de la mère. Toutefois, les groupes différaient en termes du revenu familial et de l'âge des enfants (les enfants victimes d'AS provenant de familles au moindre revenu et étant plus âgés que les enfants n'ayant pas été victimes). Ces différences ont été considérées dans les analyses.

3.2.2 Mesures

Les variables liées à l'adaptation sociale ont été mesurées auprès des enfants et sont les suivantes : le sentiment d'être différent des autres, la confiance interpersonnelle, la confiance envers les pairs et la solitude.

Le *Children's Attitude and Perception Scale* (CAPS; Mannarino, Cohen, & Berman, 1994) porte sur les attributions et les perceptions des enfants. Les échelles du sentiment d'être différent des autres et de la confiance interpersonnelle ont été utilisées. L'enfant doit indiquer comment il se sent sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « jamais » (1) à « toujours » (5). L'obtention d'un score élevé indique un fort sentiment d'être différent des autres et une confiance interpersonnelle réduite. La consistance interne et la fidélité test-retest du CAPS ont été démontrées ($\alpha = 0,68$ et $r = 0,82$ pour le sentiment d'être différent; $\alpha = 0,64$ et $r = 0,62$ pour la confiance). La validité de critère du CAPS est également démontrée puisque cette mesure permet de distinguer les enfants victimes d'AS des enfants non-victimes.

Le *Children's Generalized Trust Beliefs* (CGTB; Rotenberg et al., 2005) porte sur les croyances concernant la confiance interpersonnelle selon trois bases (fiabilité, émotions, honnêteté) et les 6 items concernant la confiance envers les pairs ont été utilisés. L'enfant doit indiquer, sur une échelle Likert en cinq points (1 = très peu possible; 5 = très possible), s'il est possible que la situation sociale décrite se produise. Rotenberg et collaborateurs (2005) ont mené une étude initiale afin de

valider cette mesure, au cours de laquelle des indices adéquats de validité et de fidélité ont été démontrés, en particulier pour la sous-échelle concernant la confiance envers les pairs.

Le *Loneliness and Social Dissatisfaction* (CLQ; Asher & Wheeler, 1985) comporte 16 items qui traitent des sentiments de solitude des enfants, des sentiments de compétence et d'incompétence sociale, ou de l'estimation subjective de leur statut social en contexte scolaire. L'enfant doit indiquer à quel point l'énoncé est vrai pour lui sur une échelle de type Likert en cinq points (1 = toujours; 5 = jamais). Les scores élevés sont indicatifs d'un haut niveau de solitude. De plus, Goossens et Beyers (2002) recommandent spécifiquement l'utilisation de ce questionnaire suite à une recension des mesures de solitude auprès des enfants d'âge scolaire.

Les troubles intériorisés et extériorisés ont été évalués par une mesure auto-administrée, de même que par une mesure complétée par le parent.

Le *Dominique Interactif* (Valla, 2000) permet d'évaluer la santé mentale des enfants selon les sept problèmes de santé mentale les plus fréquemment rencontrés chez les enfants selon le DSM-IV (anxiété généralisée, anxiété de séparation, phobies spécifiques, dépression, hyperactivité/trouble de l'attention, opposition et problèmes de conduite), de même que les images positives qu'entretient l'enfant par le biais d'une échelle de Forces et Compétences. Les scores de fidélité test-retest se situent entre 0,45 et 0,50 selon les symptômes. De plus, les corrélations intraclasse entre le test et le retest se situent entre 0,59 (pour l'anxiété généralisée) et 0,80 (pour l'hyperactivité) (Valla, Bergeron, St-Georges, & Berthiaume, 2000).

Le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) évalue les compétences sociales et les difficultés de comportements de l'enfant telles que perçues par son parent au cours des deux derniers mois (118 items). Le parent doit

attribuer un score de fréquence sur une échelle de type Likert en trois points (0 si l'item ne s'applique pas, 1 si l'item est parfois vrai et 2 si l'item est toujours ou souvent vrai). Dans la présente étude, les items portant sur les comportements extériorisés (p. ex., comportement d'agressivité) et intériorisés (p. ex., anxiété/dépression) ont été utilisés. Les scores obtenus, représentés par un score *T*, permettent de situer l'enfant par rapport à un échantillon normatif. L'étude des qualités psychométriques a démontré une fidélité test-retest élevée, soit de 0,95, ainsi qu'une validité reconnue (Achenbach & Rescorla, 2001).

3.2.3 Procédure

Pour la passation des questionnaires, le consentement parental ainsi que celui de l'enfant sont systématiquement demandés. Lors de la rencontre, une assistante de recherche préalablement formée est responsable de mener l'entrevue et d'assister l'enfant, et au besoin le parent, dans la complétion des questionnaires. Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche du CHU Ste-Justine, du comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal et de la Commission scolaire de Montréal.

3.3 Résultats

Les résultats sont présentés sous trois principales rubriques. D'abord, les analyses de différence entre les deux groupes concernant les troubles intériorisés et extériorisés sont présentées et cela en fonction des deux temps de mesure soit l'évaluation initiale (T1) et le suivi un an plus tard (T2). Ensuite, des analyses de régression visent à explorer la contribution des difficultés sociales identifiées par les enfants victimes d'AS à l'explication des troubles intériorisés et extériorisés au Temps 1. Dans un dernier temps, des analyses de régression sont présentées afin d'explorer la contribution des difficultés sociales rapportées par les enfants victimes

d'AS au Temps 1 à la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés au Temps 2, soit un an plus tard.

3.3.1 Analyse des différences entre le groupe AS et le groupe de comparaison

Une série de MANCOVAs a été réalisée afin d'examiner les différences d'ajustement en termes de troubles intériorisés et extériorisés entre les enfants victimes d'AS et les enfants n'ayant pas été victimes, au moment de l'évaluation initiale et un an plus tard. Une MANCOVA à mesures répétées a été réalisée sur quatre variables dépendantes évaluant les troubles intériorisés et extériorisés selon l'enfant et le parent. Les analyses ont été menées en contrôlant pour le revenu annuel familial puisque cette variable est corrélée avec les troubles extériorisés rapportés par les parents lors du suivi longitudinal. La Figure 1 présente les moyennes obtenues au Dominique Interactif (troubles intériorisés et extériorisés rapportés par les enfants) lors des deux temps de mesure, alors que la Figure 2 présente les moyennes obtenues au CBCL (troubles intériorisés et extériorisés rapportés par les parents) lors des deux temps de mesure.

Pour les variables rapportées par les enfants, une interaction temps x groupe s'est avérée marginalement significative, $F(2, 106) = 2,90, p = 0,06$. Les tests univariés ont révélé une interaction temps x groupe significative suggérant que les troubles intériorisés rapportés par les enfants victimes tendent à diminuer avec le temps alors que ceux rapportés par les enfants non-victimes demeurent similaires, $F(1, 107) = 5,57, p = 0,02$. Pour les troubles intériorisés, les analyses n'indiquent pas d'effet de temps ni d'effet de groupe. Une interaction marginale est aussi observée pour les troubles extériorisés, $F(1, 107) = 3,14, p = 0,08$, suggérant également que les troubles extériorisés rapportés par les enfants victimes tendent à diminuer alors que ceux rapportés par les enfants non-victimes demeurent similaires. Les résultats soulignent un effet principal du temps significatif, $F(1, 107) = 8,65, p = 0,004$,

suggérant que les troubles extériorisés tendent à diminuer sur une période d'un an. Il n'y a pas d'effet de groupe à cette variable, c'est-à-dire que les enfants victimes d'AS et les enfants non-victimes présentent des niveaux similaires de symptômes extériorisés.

Concernant les difficultés rapportées par les parents, une interaction temps x groupe s'est avérée significative, $F(2, 110) = 7,50, p = 0,001$. Les tests univariés ont révélé une interaction temps x groupe significative suggérant que les troubles intériorisés rapportés par les parents d'enfants victimes tendent à diminuer avec le temps alors que ceux rapportés par les parents d'enfants non-victimes demeurent similaires, $F(1, 111) = 15,05, p = 0,000$. Un effet de groupe significatif est également observé et indique que les parents d'enfants victimes rapportent davantage de troubles intériorisés chez leurs enfants que les parents d'enfants non-victimes. Une interaction marginale est aussi observée pour les troubles extériorisés, $F(1, 111) = 3,14, p = 0,079$, et les résultats montrent un effet de groupe significatif, $F(1, 111) = 10,50, p = 0,002$, suggérant que les parents d'enfants victimes d'AS rapportent des scores plus élevés que les parents d'enfants n'ayant pas été victimes.

3.3.2 Prédiction de la sévérité des troubles intériorisés et extériorisés lors de l'évaluation initiale chez les enfants victimes

Afin de déterminer l'ensemble de variables permettant le mieux de prédire les troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants victimes au moment de l'évaluation initiale, une série d'analyses de régression hiérarchique a été réalisée. Le Tableau 1 présente les résultats obtenus. Dans une première étape, une méthode d'entrée forcée (*forced entry*) des caractéristiques de l'AS (intrafamiliale, sévérité des gestes posés) et des caractéristiques de l'enfant (âge et sexe) a été utilisée. Dans une seconde étape, les difficultés sociales rapportées par les enfants (sentiment d'être

différent des autres, confiance interpersonnelle réduite, confiance envers les pairs, solitude) ont été entrées suivant la méthode pas-à-pas (*stepwise*).

La première étape de la régression révèle que les caractéristiques de l'AS et les variables personnelles ne permettent pas de prédire les troubles intériorisés rapportés par les enfants victimes. À la deuxième étape, la contribution du genre de l'enfant ($\beta = -0,38$) et de la confiance interpersonnelle réduite ($\beta = 0,50$) est significative, $F(5,45) = 5,16$; $p = 0,001$, et permet d'expliquer 29% de la variance. À la troisième étape, la contribution du sentiment d'être différent des autres ajoute à la prédiction, $F(6,44) = 5,67$; $p = 0,000$. Ainsi, les trois facteurs retenus dans l'analyse qui expliquent 36% (R^2 ajusté) de la variance observée sont le genre de l'enfant ($\beta = -0,31$), la confiance interpersonnelle réduite ($\beta = 0,38$) et le sentiment d'être différent ($\beta = 0,31$). Les résultats indiquent donc que les filles, les enfants qui identifient avoir une confiance interpersonnelle réduite et les enfants qui se sentent différent rapportent davantage de troubles intériorisés. En ce qui a trait aux troubles intériorisés tels que rapportés par les parents, aucune variable n'a été retenue dans le modèle.

Pour ce qui est des troubles extériorisés rapportés par les enfants victimes, les variables liées à l'AS et les variables personnelles à l'enfant (étape 1) ne sont pas significatives dans la prédiction. À la deuxième étape, la confiance interpersonnelle réduite ($\beta = 0,49$) explique 25% (R^2 ajusté) de la variance observée, $F(5,45) = 4,26$; $p = 0,003$. Les résultats indiquent donc que les enfants qui identifient avoir une confiance interpersonnelle réduite rapportent davantage de troubles extériorisés. Finalement, concernant troubles extériorisés tels que perçus par les parents, les analyses ne retiennent aucune des variables de la première étape (caractéristiques de l'AS et variables personnelles à l'enfant). À la deuxième étape, le facteur inclut dans l'analyse qui explique 11% (R^2 ajusté) de la variance observée est la confiance interpersonnelle réduite ($\beta = 0,42$), $F(2,48) = 4,45$; $p = 0,010$. Les résultats indiquent

que les enfants qui disent avoir une confiance interpersonnelle réduite sont identifiés par leurs parents comme présentant davantage de troubles extériorisés.

3.3.3 Prédiction de la sévérité des troubles intériorisés et extériorisés lors du suivi longitudinal chez les enfants victimes

Des régressions de type pas à pas ont également été menées afin d'explorer la contribution de différents facteurs sur les troubles intériorisés et extériorisés rapportés par les enfants et leurs parents au moment du suivi longitudinal. Le Tableau 2 présente les résultats obtenus. Les variables incluent dans les analyses sont identiques à celles identifiées dans la section précédente, avec l'ajout des variables permettant de contrôler pour l'intensité des troubles intériorisés et extériorisés identifiés au moment de l'évaluation initiale.

Pour ce qui est des troubles intériorisés rapportés par les enfants victimes, le seul facteur inclus dans l'analyse qui explique 22% (R^2 ajusté) de la variance observée concerne les troubles intériorisés rapportés par les enfants lors de la première évaluation ($\beta = 0,49$), $F(1,49) = 15,39$; $p = 0,000$. Il en est de même pour les troubles intériorisés rapportés par les parents, $F(1,49) = 18,42$; $p = 0,000$). L'analyse explique 26% (R^2 ajusté) de la variance observée et le seul facteur qui y est inclus concerne les troubles intériorisés rapportés un an auparavant ($\beta = 0,52$). Les résultats indiquent donc que les enfants qui identifiaient déjà avoir des troubles intériorisés ou étaient identifiés comme tel par leurs parents au moment de l'évaluation initiale ont davantage de troubles intériorisés lors du suivi longitudinal.

Concernant les troubles extériorisés rapportés par les enfants victimes, lors de la première étape les troubles extériorisés rapportés par les enfants un an auparavant ($\beta = 0,37$) expliquent 12% (R^2 ajusté) de la variance observée, $F(1,49) = 7,85$; $p = 0,007$. À la deuxième étape, le modèle explique désormais 17% (R^2 ajusté) de la

variance observée, $F(2,48) = 6,24$; $p = 0,004$, et ce, avec l'apport de la confiance interpersonnelle réduite ($\beta = 0,31$). Lors de la troisième étape, les deux facteurs inclus dans l'analyse expliquant 23% (R^2 ajusté) de la variance observée sont la confiance interpersonnelle réduite ($\beta = 0,37$) ainsi que la confiance envers les pairs ($\beta = 0,27$) $F(3,47) = 6,00$; $p = 0,002$. Les résultats indiquent que les enfants qui identifient avoir une confiance interpersonnelle réduite et une plus grande confiance envers leurs pairs rapportent davantage de troubles extériorisés lors du suivi un an plus tard. Pour les troubles extériorisés rapportés par les parents, le seul facteur inclus dans l'analyse qui explique 23% (R^2 ajusté) de la variance observée concerne les troubles extériorisés qu'ils identifiaient chez leur enfant lors du T1 ($\beta = 0,50$), $F(1,49) = 16,04$; $p = 0,000$.

3.4 Discussion

L'objectif principal de la présente étude était de documenter la contribution des difficultés sociales chez les victimes d'AS aux troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants sur une période d'un an. Plusieurs faits saillants sont à mentionner. D'abord, cette étude révèle que les enfants victimes d'AS sont évalués par leurs parents comme présentant significativement plus de troubles extériorisés que les enfants non-victimes, à la fois lors de l'évaluation initiale et du suivi longitudinal un an plus tard. Ce résultat est comparable à ceux obtenus dans les études antérieures (Berliner & Elliott, 2002; Hébert et al., 2006) indiquant que l'AS est associée à des difficultés telles que la colère, l'agressivité et les troubles de conduite. Pour ce qui est des troubles intériorisés, les parents des enfants victimes observent une diminution de ces symptômes à travers le temps, alors que les parents d'enfants non-victimes rapportent un profil similaire d'un temps de mesure à l'autre. Toutefois, selon l'évaluation des parents, les enfants victimes d'AS démontrent davantage de difficultés de type intériorisée que leurs pairs non-victimes.

L'étude actuelle a également permis d'examiner la perception des enfants eux-mêmes quant aux troubles intériorisés et extériorisés. Les résultats illustrent que les enfants victimes d'AS reconnaissent plus difficilement les symptômes identifiés par leurs parents en ce qui a trait aux troubles extériorisés, en ce sens qu'ils n'endossent pas davantage de difficultés que leurs pairs non-victimes. Les enfants des deux groupes rapportent que ces difficultés tendent à diminuer sur une période d'un an. Pour ce qui est des troubles intériorisés, les enfants identifient une évolution similaire à celle identifiée par les parents. Ainsi, les jeunes victimes rapportent une diminution des troubles intériorisés à travers le temps, alors que les enfants n'ayant pas été victimes reconnaissent un niveau de difficulté similaire au deux temps de mesure. Ces résultats ne sont pas surprenants, dans la mesure où les études antérieures ont généralement statué que les enfants victimes n'endossent pas davantage de symptômes psychologiques que les enfants n'ayant pas été victimes, contrairement aux évaluations et symptômes notés par les parents (Mannarino, Cohen, Smith, & Moore-Motily, 1991). Ainsi, il semble que les enfants victimes d'AS ne sont pas prompts à rapporter des difficultés émotionnelles et comportementales. Alors que certains auteurs soulignent l'importance d'ajuster les instruments de mesure utilisés auprès de cette clientèle (Mannarino, Cohen, & Gregor, 1989), de tels résultats soulignent l'importance de considérer plusieurs répondants afin d'obtenir un portrait complet, riche et représentatif de l'adaptation de l'enfant.

L'apport novateur de cette étude était d'explorer la contribution des variables sociales à la prédiction des symptômes. Lors de l'analyse des facteurs pouvant expliquer les variations observées au niveau de l'ajustement des enfants victimes lors de l'évaluation initiale, l'influence des différents types de facteurs (caractéristiques de l'AS, variables personnelles à l'enfant et difficultés sociales présentées) dépend à la fois des difficultés considérées et du répondant. Toutefois, pour la majorité des difficultés rapportées à la fois par l'enfant et le parent, le fait d'entretenir une confiance interpersonnelle réduite demeure l'unique prédicteur des difficultés. En

effet, un niveau de confiance interpersonnelle moindre envers les autres en général serait lié aux troubles extériorisés rapportés par l'enfant et le parent, ainsi qu'aux troubles intériorisés rapportés par l'enfant. Ainsi, les enfants dont la confiance envers les autres est limitée sont plus susceptibles de rapporter des difficultés de type intériorisé (p. ex., anxiété, dépression, etc.). Ce résultat s'inscrit dans la lignée de l'étude menée par Mannarino et Cohen (1996) qui ont démontré que les attributions et les perceptions liées à l'AS contribuent au développement des symptômes auto-rapportés par les jeunes filles victimes d'AS. En effet, les attributions et perceptions des victimes expliquaient respectivement 28% et 36% de la variance pour les symptômes dépressifs ainsi que pour les problèmes liés à l'estime de soi (Mannarino & Cohen, 1996). La présente étude ajoute à la compréhension des difficultés des enfants victimes en permettant de cibler plus spécifiquement les attributions et perceptions liées aux difficultés, soient celles en lien avec la confiance interpersonnelle réduite, chez un échantillon composé de filles et de garçons. De plus, les enjeux sur le plan de la confiance interpersonnelle permettent de prédire les troubles extériorisés, alors que les études antérieures faisaient principalement le lien avec les difficultés de type intériorisé telles que l'estime de soi ou la dépression. Ainsi, il est possible que les enfants victimes d'AS qui ont l'impression de ne pouvoir compter sur personne développent, non seulement des difficultés de type intériorisé, mais aussi des comportements agressifs afin de se protéger dans des relations interpersonnelles qui leur apparaissent menaçantes. Ce résultat laisse présager que la confiance interpersonnelle peut s'avérer une cible d'intervention importante pour les enfants victimes d'AS afin de les aider à mieux cibler et identifier les personnes dignes de confiance dans leur entourage.

Parmi les autres variables pouvant influencer les symptômes chez les enfants victimes lors de l'évaluation initiale, le sexe de l'enfant et son sentiment d'être différent des autres enfants semblent également prédire l'intensité des troubles intériorisés rapportés par les enfants eux-mêmes. Ainsi, être une fille et avoir un fort

sentiment d'être différent des autres semblent être des caractéristiques importantes associées aux troubles intériorisés auto-rapportés. Ces résultats sont cohérents avec ceux des études antérieures qui suggèrent que les filles rapportent davantage de troubles intériorisés tels l'anxiété et la dépression (Feiring, Taska, & Lewis, 2002; Wolfe, Sas, & Wekerly, 1994). Plusieurs études précédentes ont également souligné le rôle important de la stigmatisation (sentiment d'être différent, honte, etc.) en tant que mécanisme contribuant à la psychopathologie, particulièrement en ce qui a trait aux troubles intériorisés (Feiring & Taska, 2005; Feiring et al., 2002; Mannarino & Cohen, 1996).

Les résultats identifient également les variables relationnelles importantes afin de prédire les difficultés présentées par les enfants lors du suivi un an plus tard, mais seulement pour les symptômes extériorisés auto-rapportés. Parmi les variables pouvant influencer les troubles extériorisés auto-rapportés lors du suivi longitudinal, il semble que les deux indicateurs de confiance, tels que rapportés par les enfants lors de l'évaluation initiale, jouent un rôle majeur. Ainsi, ce résultat suggère que les enfants victimes d'AS qui entretiennent la perception que leurs pairs sont dignes de confiance, mais pas les adultes en général lors de l'évaluation initiale, sont plus à risque de présenter des troubles extériorisés un an plus tard. Ce résultat soulève plusieurs interprétations. Ainsi, il est possible que, dans le contexte d'une AS, les enfants victimes en viennent à surinvestir les relations avec leurs pairs, tout en ayant des difficultés à évaluer adéquatement les personnes en qui ils peuvent avoir confiance et celles aptes à fournir un soutien adéquat. Ce résultat s'inscrit dans la lignée des études antérieures ayant établi que, chez les enfants d'âge scolaire, les expériences avec les pairs sont un facteur important dans le développement des troubles extériorisés, notamment l'instabilité dans les relations avec les pairs et le rejet social (Deater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit, 1998). Dans une étude menée auprès d'enfants victimes d'AS âgés entre huit et quinze ans, Feiring, Taska et Lewis (1998) ont démontré que le soutien reçu de la part des parents était lié à moins de

détresse psychologique, alors que les jeunes victimes qui percevaient leurs amis comme source principale de soutien étaient particulièrement à risque de présenter des difficultés d'ajustement. Notamment, les jeunes victimes qui recevaient principalement du soutien de la part de leurs amis présentaient beaucoup de honte et de culpabilité, deux variables importantes pour prédire les problèmes de comportements à plus long terme. Ainsi, la confiance entretenue par les enfants victimes, et plus précisément, les récipiendaires de cette confiance ont une influence notable sur l'ajustement des enfants au niveau des troubles extériorisés.

Pour les troubles intériorisés rapportés par les enfants, de même que pour les troubles intériorisés et extériorisés rapportés par les parents, seules les difficultés rapportées au T1 semblent prédire les difficultés qui seront identifiées un an plus tard. Donc, il semble que d'autres variables entrent en ligne de compte pour prédire les difficultés d'adaptation identifiées par les parents, de même que les troubles intériorisés reconnus par les enfants. À titre d'exemple, il a été démontré que la détresse parentale joue un rôle dans les difficultés qu'un parent identifie chez son enfant (De Los Reyes & Razdin, 2005). Plusieurs facteurs de risque et de protection pourraient également interférer dans ce lien longitudinal et mériteraient d'être pris en compte, notamment les différentes sources de soutien de l'enfant, l'implication parentale, l'affiliation à des pairs déviants, le réseau social de la famille et les autres événements stressants vécus par l'enfant.

Finalement, il importe de mentionner que, lors des deux temps de mesure, les variables liées à l'AS ne permettent pas de prédire les troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants. Tel que soulevé dans certaines études antérieures, les caractéristiques de l'AS ne permettent donc pas d'expliquer les symptômes des enfants (Hébert, 2011; Trickett, 2006; Tyler, 2002).

Les résultats de cette recherche ont des implications importantes pour l'évaluation et l'intervention auprès des enfants victimes d'AS. En effet, les résultats soulignent d'abord la pertinence d'inclure systématiquement le fonctionnement psychosocial de l'enfant lors de l'évaluation clinique. Une telle procédure permettrait d'identifier rapidement les enfants plus vulnérables ou qui sont plus à risque de présenter des enjeux relationnels et des possibles troubles intériorisés et extériorisés à long terme. En ce sens, les données issues de la présente étude soutiennent la considération d'interventions préventives auprès de cette clientèle. En ce qui a trait à l'intervention auprès des enfants victimes d'AS, la thérapie cognitive comportementale centrée sur le trauma (TF-CBT) est amplement utilisée et démontrée efficace (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006; Deblinger & Helfin, 1996). Puisqu'il semble désormais clair que les attributions et les difficultés sociales des enfants victimes peuvent avoir un impact sur la symptomatologie qu'ils présentent, il convient d'ajuster les interventions présentement offertes aux enfants afin de couvrir davantage la sphère sociale. Tel que soulevé par Roche et collaborateurs (1999), le contexte thérapeutique peut favoriser de nombreuses opportunités d'intervention au niveau relationnel en exposant l'individu à de nouvelles expériences interpersonnelles. Ainsi, il importe de fournir un environnement thérapeutique qui permet à l'enfant de révéler ses enjeux en lien avec la confiance interpersonnelle. Plusieurs composantes utilisées dans l'approche TF-CBT permettent de soutenir l'enfant dans une démarche visant à rebâtir la confiance et à renforcer les relations avec des adultes significatifs, soutenant et protégeants (p. ex., rencontres dyadiques enfant-parent, etc.). De plus, l'une des techniques utilisée dans la TF-CBT, la restructuration cognitive, peut s'avérer essentielle pour aborder les enjeux relationnels et de confiance qui habitent les enfants victimes. En ce sens, les intervenants pourraient aider les enfants à nommer et à confronter certaines croyances, peurs ou attributions liées à la sphère interpersonnelle. Finalement, il pourrait s'avérer pertinent pour certains enfants d'apprendre et de pratiquer des

comportements adaptés qui augmenteront ainsi les opportunités de vivre des expériences sociales positives.

Bien qu'ayant permis de documenter le lien entre les difficultés sociales et les troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants victimes, cette étude comporte quelques limites méthodologiques. Dans un premier temps, la taille limitée de l'échantillon restreint le nombre de facteurs pouvant être considérés dans les analyses et n'a permis que la détection d'effets importants. Ainsi, un défi important pour les études futures serait de prolonger la période de recrutement afin d'augmenter la taille de l'échantillon et de maximiser la participation des enfants et de leurs parents lors du suivi longitudinal. Un suivi à plus long terme apparaît également nécessaire afin d'évaluer si les attributions et les enjeux au plan social, identifiés lors de l'évaluation initiale, permettent de prédire les symptômes à plus long terme. Il semble pertinent pour les études futures de se pencher sur l'évaluation des difficultés sociales des enfants sur une plus longue période de temps afin de mieux comprendre les facteurs développementaux impliqués dans le maintien et l'évolution des difficultés relationnelles des jeunes victimes. De plus, il semble que de multiples facteurs doivent être considérés dans l'explication du lien entre les difficultés sociales et les troubles intériorisés et extériorisés, notamment pour expliquer la perception du parent. Les études futures pourraient notamment explorer le rôle potentiel de la détresse parentale. Malgré ces limites, la présente étude contribue à une meilleure compréhension du lien entre les difficultés interpersonnelles et les troubles intériorisés et extériorisés dans le contexte d'une AS. De plus, il s'agit d'une des rares études ayant intégré une mesure de suivi auprès d'un échantillon d'enfants victimes d'AS. Les résultats offrent certaines pistes prometteuses pour l'amélioration des services offerts à cette clientèle vulnérable.

Références

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Asher, S. R., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(4), 500-505. doi: 10.1037/0022-006X.53.4.500
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. (pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Black, M., Dubowitz, H., & Harrington, D. (1994). Sexual abuse: Developmental differences in children's behavior and self-perception. *Child Abuse & Neglect, 18*(1), 85-95. doi: 10.1016/0145-2134(94)90098-1
- Blanchard-Dallaire, C., & Hébert, M. (sous presse). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse*.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development, 69*(4), 1171-1197. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06166.x
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J., & Elliott, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205-1222. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- Cicchetti, D., Lynch, M., Shonk, S., & Manly, J. (1992). An organizational perspective on peer relations in maltreated children. In R. Parke & G. Ladd

- (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 345–383). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *193*(1), 47-52. doi: 10.1097/01.nmd.0000149218.76592.26
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, *28*(11), 1133-1151. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.02.005
- Crittenden, P., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.432-463). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, *33*(2), 102-115. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.06.001
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, *5*(3), 291-328. doi: 10.1016/S1359-1789(99)00010-5
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(5), 565-579. doi : 10.1017/S0021963001007272
- Deater-Deckard, K., Dodge, K., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998). Multiple risk factors in the developpement of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Development and Psychopathology*, *10*, 469-493.

- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Demaray, M. K., Ruffalo, S. L., Carlson, J., Busse, R. T., & Olson, A. E. (1995). Social skills assessment: A comparative evaluation of six published rating scales. *School Psychology Review, 24*(4), 648-671.
- 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. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 21*(4), 553-576. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00072-0
- Dimitrova, N., Pierrehumbert, B., Glatz, N., Torrisi, R., Heinrichs, M., Halfon, O. and Chouchena, O. (2010). Closeness in relationships as a mediator between sexual abuse in childhood or adolescence and psychopathological outcome in adulthood. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*, 183-195. doi: 10.1002/cpp.650
- Elliott, G. C., Cunningham, S. M., Linder, M., Colangelo, M., & Gross, M. (2005). Child physical abuse and self-perceived social isolation among adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(12), 1663-1684. doi: 10.1177/0886260505281439
- Elliott, S. N., Gresham, F. M., Freeman, T., & McCloskey, G. (1988). Teacher and observer ratings of children's social skills: Validation of the social skills rating scales. *Journal of Psychoeducational Assessment, 6*, 152-161. doi: 10.1177/073428298800600206

- Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment, 10*(4), 337-349. doi: 10.1177/1077559505276686
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology, 38*(1), 79-92. doi: 10.1037/0012-1649.38.1.79
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(2), 240-260. doi: 10.1177/088626098013002005
- Gibson, R. L., & Hartshorne, T. S. (1996). Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. *Child Abuse & Neglect, 20*(11), 1087-1093. doi: 10.1016/0145-2134(96)00097-X
- Goossens, L., & Beyers, W. (2002). Comparing measures of childhood loneliness: Internal consistency and confirmatory factor analysis. *Journal of Clinical Child Psychology, 31*(2), 252-262. doi: 10.1207/S15374424JCCP3102_10
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Haskett, M. E., & Kistner, J. A. (1991). The social interactions and peer perceptions of young physically abused children. *Child Development, 62*, 979-990. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01584.x
- Hay, D. F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(1), 84-108. doi: 10.1046/j.0021-9630.2003.00308.x
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I*. (pp. 149-204). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence, 21*(5), 287-299. doi: 10.1007/s10896-006-9026-2
- Howes, C., & Espinosa, M. P. (1985). The consequences of child abuse for the formation of relationships with peers. *Child Abuse & Neglect, 9*(3), 397-404. doi: 10.1016/0145-2134(85)90038-9
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L., & LeMare, L. (1990). Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development, 61*(6), 2004-2021. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb03582.x
- Jehu, D., & Gazan, M. (1983). Psychosocial adjustment of women who were sexually victimized in childhood or adolescence. *Canadian Journal of Community Mental Health, 2*(2), 71-82.
- Kinard, E. M. (1999). Perceived social skills and social competence in maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*(4), 465-481. doi: 10.1037/h0080395
- Ladd, G. W., & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development, 74*(5), 1344-1367. doi: 10.1111/1467-8624.00611
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156*(8), 824-830. doi:10.1001/archpedi.156.8.824.
- Maikovich-Fong, A. K., & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victim's emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect, 34*, 429-437.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996). Abuse-related attributions and perceptions,

- general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(2), 162-180.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*(2), 204-211. doi: 10.1207/s15374424jccp2302_9
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Gregor, M. (1989). Emotional and behavioral difficulties in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 437-451. doi: 10.1177/088626089004004004
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Smith, J. A., & Moore-Motily, S. (1991). Six- and twelve-months follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence, 6*(4), 494-511. doi: 10.1177/088626091006004008
- Merrell, K. W. (2001). Assessment of children's social skills: Recent developments, best practices, and new directions. *Exceptionality, 9*(1&2), 3-18. doi: 10.1080/09362835.2001.9666988
- Ornduff, S. R. (2000). Childhood maltreatment and malevolence: Quantitative research findings. *Clinical Psychology Review, 20*(8), 997-1018.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology, 135*, 17-36. doi: 10.1080/00223980109603677
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102*(3), 357-389. doi: 10.1037/0033-2909.102.3.357
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(2), 184-207. doi: 10.1177/088626099014002006
- Rotenberg, K. J., Fox, C., Green, S., Ruderman, L., Slater, K., Stevens, K., & Carlo, G. (2005). Construction and validation of a children's interpersonal trust

- belief scale. *British Journal of Development Psychology*, 23, 271-292. doi: 10.1348/026151005X26192
- Rubin, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 3, N. Eisenberg, vol. ed., pp. 619-700). Chichester: Wiley.
- Rubin, K. H., & Burgess, K. (2001). Social withdrawal and anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00069-0
- Salzinger, S., Feldman, R., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, 64(1), 169-187. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb02902.x
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55, 1040-1049. doi: 10.1037/0003-066X.55.9.1040
- Schneider, B. H., Younger, A. J., Smith, T., & Freeman, P. (1998). A longitudinal exploration of the cross-contextual stability of social withdrawal in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 18, 374-396. doi: 10.1177/0272431698018004003
- Trickett, P. K. (2006). Defining child sexual abuse. Dans M. M. Feerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett, & S. M. Flanzer (Eds.). *Child abuse and neglect: Definitions, classifications, and a framework for research* (pp. 129-149). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476. doi: 10.1017/S0954579411000174

- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 567-589. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00047-7
- Valla, J. P. (2000). Instruction manual for the Dominic Interactive. In *Dominic Interactive* [CD-ROM]. Montreal, Canada: DIMAT, Inc.
- Valla, J. P., Bergeron, L., St-Georges, M., & Berthiaume, C. (2000). Le Dominic interactif: présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites et utilisations. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 29*(2), 327-347.
- Vondra, J., Barnett, D., & Cicchetti, D. (1989). Perceived and actual competence among maltreated and comparison school children. *Development and Psychopathology, 1*(3), 237-255. doi: 10.1017/S0954579400000432
- Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools, 38*(6), 533-547. doi: 10.1002/pits.1041
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy, 20*(2), 215-228. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80070-X
- Wolfe, D., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of post-traumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 18*, 37-50. doi: 10.1016/0145-2134(94)90094-9
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 410-421. doi: 10.1016/j.avb.2010.07.003
- Zweig, J. M., Barber, B. L., & Eccles, J. S. (1997). Sexual coercion and well-being in young adulthood. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(2), 291. doi: 10.1177/088626097012002009
- Zweig, J. M., Crockett, L. J., Sayer, A., & Vicary, J. R. (1999). A longitudinal

examination of the consequences of sexual victimization for rural young adult women. *Journal of Sex Research*, 36(4), 396-409. doi: 10.1080/00224499909552012

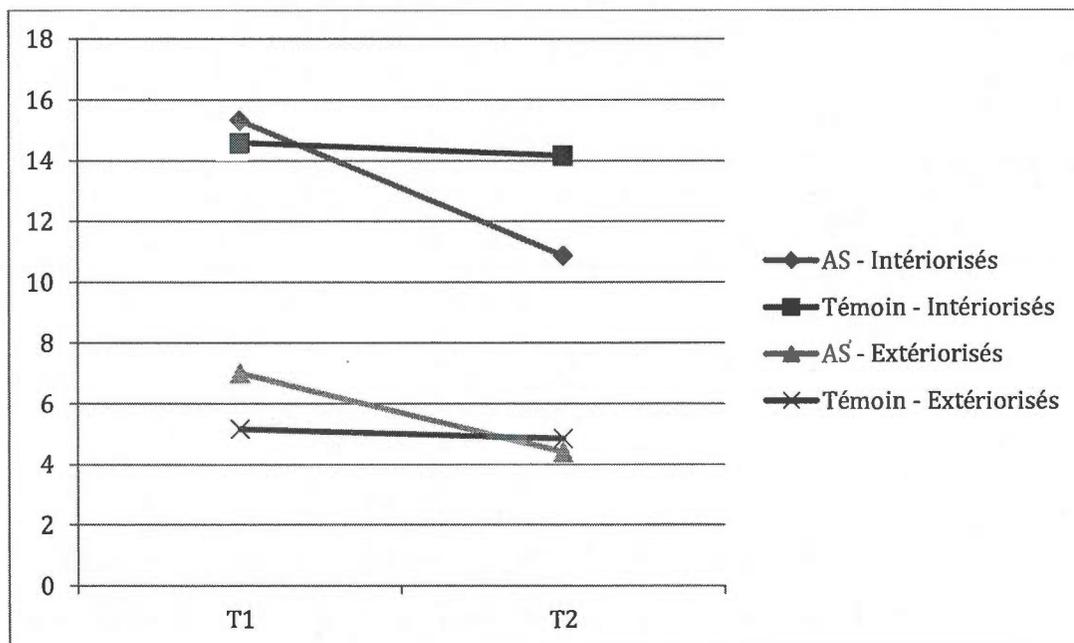


Figure 3.1 Moyennes des scores obtenus au Dominique Interactif pour le groupe AS et le groupe de comparaison lors des deux temps de mesures

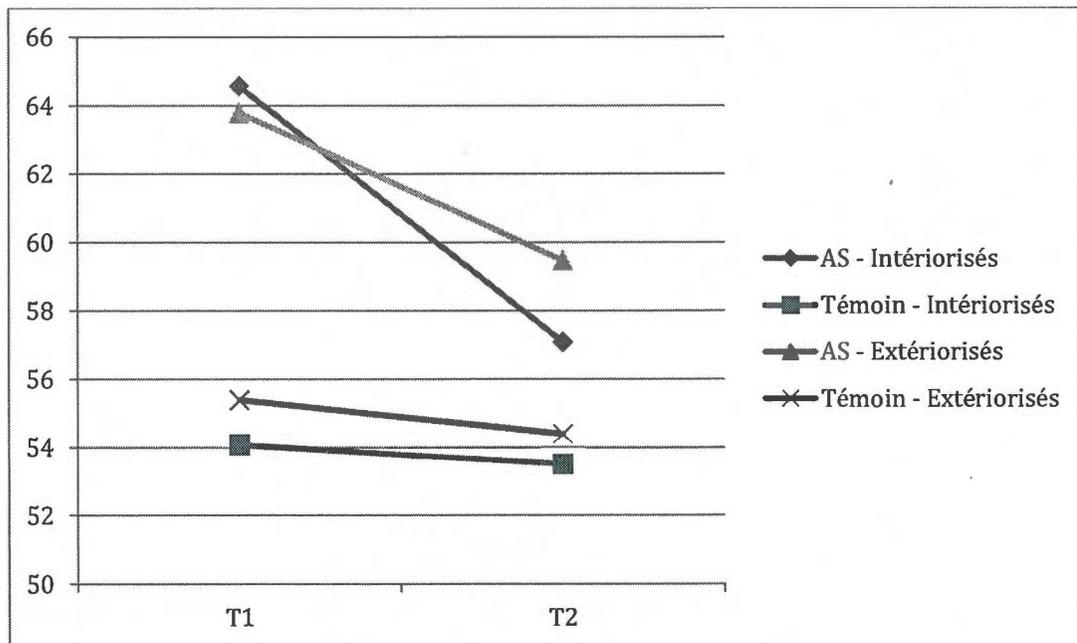


Figure 3.2 Moyennes des scores obtenus au CBCL pour le groupe AS et le groupe de comparaison lors des deux temps de mesures

Tableau 3.1

Résultats des analyses de régression prédisant les troubles intériorisés et extériorisés des enfants victimes d'agression sexuelle au moment de l'évaluation initiale

Variables	β	R^2 total
1) Troubles intériorisés auto-rapportés		,36*
Étape 1 :		
AS intrafamiliale	-,07	
Sévérité des gestes	-,05	
Âge de l'enfant	,09	
Sexe de l'enfant	-,31*	
Étape 2 :		
Confiance interpersonnelle réduite	,38**	
Sentiment d'être différent	,31*	
2) Troubles intériorisés rapportés par les parents		
Étape 1 :		
AS intrafamiliale	-,04	
Sévérité des gestes	,06	
Âge de l'enfant	,09	
Sexe de l'enfant	,08	
3) Troubles extériorisés auto-rapportés		,25***
Étape 1 :		
AS intrafamiliale	-,02	
Sévérité des gestes	,02	
Âge de l'enfant	,21	
Sexe de l'enfant	-,06	
Étape 2 :		
Confiance interpersonnelle réduite	,49***	

4) Troubles extériorisés rapportés par les parents

Étape 1 :

AS intrafamiliale

-,02

Sévérité des gestes

-,08

Âge de l'enfant

-,11

Sexe de l'enfant

,13

Étape 2 :

Confiance interpersonnelle réduite

,42**

,11**

* p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

Tableau 3.2

Résultats des analyses de régression prédisant les troubles intériorisés et extériorisés des enfants victimes d'agression sexuelle lors du suivi un an plus tard

Variables	β	R ² total
1) Troubles intériorisés auto-rapportés		,22***
Étape 1 :		
Troubles intériorisés auto-rapportés au T1	,49***	
2) Troubles intériorisés rapportés par les parents		,26***
Étape 1 :		
Troubles intériorisés rapportés par les parents au T1	,52***	
3) Troubles extériorisés auto-rapportés		,23*
Étape 3 :		
Confiance interpersonnelle réduite	,37*	
Confiance envers les pairs	,27*	
4) Troubles extériorisés rapportés par les parents		,23***
Étape 1 :		
Troubles extériorisés rapportés par les parents au T1	,50***	

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

De par sa nature interpersonnelle, le trauma qu'est l'AS durant l'enfance est susceptible d'être associé à des séquelles sur le plan de l'adaptation sociale des enfants. Une telle expérience peut ainsi engendrer des répercussions sur la capacité des jeunes victimes à établir des relations interpersonnelles saines et harmonieuses. Bien que de tels impacts aient été amplement documentés chez les adultes (Colman & Widom, 2004; DiLillo, 2001; Dimitrova et al., 2010), peu de recherches ont porté sur les conséquences relationnelles de l'AS lors du passage entre l'enfance et l'adolescence. Ce constat est d'autant plus préoccupant dans le contexte où les relations inadaptées avec les pairs pendant l'enfance sont associées à des répercussions importantes qui peuvent nuire au fonctionnement et au développement optimal de l'enfant (Hay et al., 2004).

Cette thèse doctorale s'est intéressée à documenter les difficultés relationnelles présentées par les enfants victimes d'AS, de même que le lien entre ces difficultés et l'adaptation des enfants. Pour ce faire, un groupe d'enfants victimes d'AS a été contrasté à un groupe de comparaison composé d'enfants n'ayant pas dévoilé d'AS. Tous les enfants ont été évalués à deux reprises sur une période d'un an, soit au moment de l'évaluation initiale, de même que lors d'un suivi réalisé un an

plus tard. Le premier objectif de cette thèse visait à documenter les difficultés sociales présentées par les enfants victimes d'AS en les comparant à un groupe d'enfants n'ayant pas dévoilé une AS. Les perceptions des enfants quant à ce type de difficultés, de même que celles des enseignants, ont été répertoriées. Finalement, un deuxième objectif était de suivre l'évolution des enfants sur une période d'un an afin d'explorer si les difficultés sociales rapportées permettent de prédire l'adaptation des enfants, en termes de troubles intériorisés et extériorisés à moyen terme.

Dans ce dernier chapitre de thèse, une intégration et une discussion des principaux résultats issus des deux articles scientifiques seront d'abord présentées. La présentation des faits saillants sera structurée en trois principales sections. Dans un premier temps, la présence et l'évolution des difficultés observées chez les enfants victimes d'AS seront présentées. Ensuite, l'influence potentielle de certaines variables sur les difficultés sociales et l'adaptation des enfants lors de l'évaluation initiale sera élaborée. Enfin, le lien entre les difficultés sociales et l'adaptation des enfants au moment du suivi longitudinal sera discuté. Pour conclure, les contributions uniques de la thèse, les implications concernant l'évaluation et l'intervention auprès des enfants victimes d'AS, de même que les limites et les pistes de recherches futures seront identifiées.

4.1 Intégration des résultats

4.1.1 Présence et évolution des difficultés présentées par les enfants

Les difficultés sociales

Un premier constat issu des analyses réalisées dans le cadre de cette thèse illustre que les enfants victimes d'AS se distinguent de leurs pairs non-victimes en ce qui a trait aux relations interpersonnelles. En effet, cette thèse démontre un lien entre

l'expérience d'AS vécue et la présence de difficultés relationnelles chez les enfants. Ces résultats permettent d'étayer ceux de la littérature actuelle établissant un lien entre d'autres formes de maltraitance (p. ex., abus physique ou émotionnel) et l'altération des relations sociales (Bolger et al., 1998; Cicchetti et al., 1992; Salzinger et al., 1993). Aussi, ces données sont comparables à celles obtenues auprès d'échantillons d'adultes ayant vécu une AS dans l'enfance (Colman & Widom, 2004; DiLillo, 2001; Dimitrova et al., 2010). Les résultats issus de cette thèse permettent également de clarifier les sphères sociales affectées chez les enfants victimes d'AS.

Ainsi, les résultats montrent que les enseignants perçoivent davantage de difficultés sociales chez les enfants victimes d'AS que chez leurs pairs non-victimes au moment de l'évaluation initiale. Selon la perspective des enseignants, les difficultés sociales des enfants victimes - en termes de comportements de retrait, de difficultés relationnelles, d'affirmation et de contrôle de soi - sont donc plus prononcées. Le recours à une évaluation de la part des enseignants est d'autant plus intéressant compte tenu qu'ils n'ont pas été informés par l'équipe de recherche du dévoilement d'AS. En ce sens, il est possible de conclure que, bien que la majorité des enseignants ne sont pas au courant de l'AS vécue par les enfants, ils identifient tout de même des difficultés notables liées à la sphère sociale chez ces derniers. Ces difficultés se reflètent également dans l'analyse des scores cliniques lors de l'évaluation initiale. En effet, selon les enseignants, les enfants victimes d'AS sont plus susceptibles d'atteindre les seuils cliniques pour leurs comportements de retrait, ainsi que pour l'affirmation et le contrôle de soi. Par ailleurs, ces résultats appuient ceux de Dodge, Pettit et Bates (1994), de même que ceux de Rogosch et Cicchetti (1994), qui ont démontré que les enseignants évaluent les enfants maltraités comme étant moins appréciés, moins populaires, plus isolés et moins compétents socialement que leurs pairs. Nos résultats ajoutent à cette littérature en précisant les difficultés sociales observées par les enseignants chez les enfants victimes d'AS.

Jusqu'à ce jour, les études n'ont que très peu considéré la perception des enfants victimes quant à leurs propres difficultés sociales suite à une AS. Cette thèse se voulait novatrice en questionnant directement les enfants quant à divers indices permettant de qualifier leurs relations interpersonnelles. Lors de l'évaluation initiale, les résultats obtenus indiquent que les enfants victimes d'AS rapportent une confiance interpersonnelle réduite en comparaison aux enfants non-victimes. Les enfants victimes expriment donc qu'il leur est plus difficile de faire confiance aux autres, qu'ils ont l'impression de ne pouvoir compter sur personne ou qu'il peut être risqué de faire confiance aux gens. Ces données s'inscrivent dans la lignée des études qui définissent l'AS comme une violation des frontières interpersonnelles et de la confiance, ce qui peut engendrer des difficultés sur le plan social et un impact sur les attributions (Briere & Elliott, 1994; DiLillo, 2001; Finkelhor & Browne, 1985). La présente étude bonifie cette perspective en déterminant que les enjeux liés à la confiance interpersonnelle sont présents dès l'évaluation initiale. Les résultats obtenus permettent également de statuer que, dans l'étude de la confiance entretenue par les jeunes victimes, il importe de distinguer les personnes envers qui cette confiance est dirigée. En effet, bien qu'ils rapportent une confiance interpersonnelle réduite envers les autres en général (incluant les adultes et les membres de leur famille), les enfants victimes d'AS tendent aussi à présenter une plus grande confiance envers leurs pairs. Bien que ce dernier résultat n'illustre qu'une tendance, il suggère néanmoins que les enfants victimes d'AS semblent maintenir la perception qu'ils peuvent se fier à leurs pairs, mais pas aux adultes en général, ce qui s'avère une distinction importante à faire dans l'évaluation de la confiance chez les enfants dans le cadre d'études futures. Dans le contexte du dévoilement d'une AS, et plus particulièrement si l'enfant ne peut obtenir de soutien dans son milieu familial, il peut s'avérer adapté de se tourner vers les pairs pour recevoir un tel soutien.

Toutefois, puisque les enseignants identifient clairement des difficultés chez les enfants victimes d'AS dans leurs relations avec leurs pairs, il semble préoccupant

de constater qu'une grande confiance est placée envers ces derniers. À ce propos, une étude antérieure a également suggéré que les enfants abusés physiquement entretiennent des conceptions erronées en ce qui a trait à leurs relations interpersonnelles avec leurs pairs (Salzinger et al., 1993). Cette étude souligne en effet un manque de réciprocité entre les enfants victimes et les pairs qu'ils identifient comme faisant partie de leur réseau social. Ainsi, les enfants victimes d'abus physique identifient des amis qui ne les choisissent pas en retour ou qui disent ne pas les aimer. Dans cette thèse, une hypothèse possible est que les enfants victimes d'AS perçoivent leurs pairs comme étant disponibles, soutenant et dignes de confiance, bien que la réalité de leur réseau social en soit tout autre, tel que semblent le souligner les enseignants. Dans une perspective développementale, les enfants qui n'ont pas les habiletés sociales requises pour se construire un bon réseau sont susceptibles de se retrouver dans des situations à risque ou dans des relations non-réciproques ou encore malsaines. Selon Kendall-Tackett (2002), les relations sociales positives et réciproques impliquent, entre autres, de cibler des personnes qui n'exploitent pas ou n'abusent pas des autres. Puisque l'habileté à créer et à maintenir des relations interpersonnelles peut être affectée par une AS, la sphère sociale doit être considérée comme une cible d'intervention importante (p. ex., identification des pairs dignes de confiance, critères pour choisir de bons amis ou pour entretenir des amitiés réciproques, etc.). Il s'agit d'un résultat d'importance considérant que les amitiés qui reposent sur la confiance peuvent offrir des contextes réparateurs pour les enfants maltraités en leur permettant de développer des modèles positifs d'eux-mêmes (Bolger et al., 1998).

Outre les difficultés rapportées par les enfants quant aux indicateurs de confiance, nos données permettent également de constater que les enfants des deux groupes ne se distinguent pas en ce qui a trait à la solitude et au sentiment d'être différent des autres. Toutefois, la possibilité que de telles difficultés émergent plus tard dans le développement de l'enfant victime d'AS ne peut être exclue. En effet, de

nombreux auteurs soulignent l'importance des suivis longitudinaux auprès de cette clientèle puisque les symptômes peuvent émerger lors de différentes phases développementales impliquant des enjeux relationnels plus complexes (Hébert, 2011; Mannarino, Cohen, Smith, & Moore-Motily, 1991). Les études répertoriées chez les adultes victimes d'AS durant l'enfance démontrent la présence de solitude et de stigmatisation (Rumstein-McKean & Hunsley, 2001), ce qui suppose que ces symptômes sont possiblement latents et risquent de ressurgir ultérieurement.

Les troubles intériorisés et extériorisés

En plus des difficultés sociales présentées par les enfants victimes d'AS, cette étude s'est également intéressée à l'adaptation des enfants, et ce, dans le but de mieux documenter le lien entre les difficultés relationnelles et les troubles intériorisés et extériorisés. Ainsi, les parents d'enfants victimes d'AS indiquent que ces derniers présentent davantage de troubles extériorisés que les parents d'enfants n'ayant pas été victimes, et ce, lors des deux temps de mesures. Ces résultats concordent avec les études antérieures dans lesquelles les enfants victimes sont identifiés par leurs parents comme présentant davantage de troubles extériorisés, tels que l'agressivité et les comportements délinquants (Berliner & Elliott, 2002; Hébert, Tremblay et al., 2006). Toutefois, selon les résultats de notre étude, les enfants semblent être plus réticents à reconnaître de telles difficultés. Plusieurs études ont déjà démontré que les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants victimes sont supérieures à celles de leurs pairs seulement lorsque la perception parentale est prise en compte (Mannarino et al., 1991). De plus, les contradictions entre les perceptions des enfants et celles des parents quant aux troubles extériorisés ont été relevées à maintes reprises dans la littérature (Cox, 2009; De Los Reyes & Kazdin, 2005) et les auteurs s'entendent généralement pour énoncer que les parents, en tant qu'observateurs externes, ont une vision plus juste des troubles extériorisés présentés (Cox, 2009). En ce sens, il semble que les enfants victimes ne se distinguent généralement pas des enfants non-victimes

sur des mesures auto-rapportées, alors que la perception parentale laisse présager que les difficultés sont présentes, sérieuses et persistantes chez les victimes d'AS. Nos résultats indiquent aussi que les enfants victimes d'AS et leurs parents rapportent une diminution des troubles intériorisés à travers le temps, alors que les enfants non-victimes et leurs parents identifient un profil similaire aux deux temps de mesure. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées pour expliquer cette diminution des symptômes, notamment le passage du temps, les services reçus par les enfants entre les deux temps de mesure, ou encore le fait que la famille ne se trouve plus en situation de crise ou dans l'état de choc qui a suivi le dévoilement de l'AS. Par ailleurs, selon l'évaluation des parents, les enfants victimes d'AS présentent davantage de troubles intériorisés, tels que le retrait, l'anxiété, les plaintes somatiques ou les symptômes dépressifs, que les enfants n'ayant pas été victimes. Ce résultat s'inscrit dans la lignée des études qui indiquent que les parents d'enfants victimes rapportent généralement davantage de difficultés sur le plan intériorisé chez leurs enfants (Hébert, Tremblay et al., 2006).

4.1.2 Variables exerçant une influence sur les difficultés sociales et l'adaptation des enfants lors de l'évaluation initiale

La recension des études antérieures au sujet de l'adaptation des enfants suite à une AS soulève un manque de consensus quant aux variables exerçant une influence sur les diverses conséquences (Hébert, 2011). Ainsi, les deux études de cette thèse avaient également pour objectif d'examiner la contribution de certaines variables (personnelles, liées à l'AS vécue, etc.) à la prédiction des difficultés présentées, autant sur le plan relationnel que sur les plans émotionnels et comportementaux.

Les variables personnelles à l'enfant

Concernant les variables personnelles à l'enfant, cette thèse a considéré l'âge et le sexe des enfants dans les analyses menées. Pour ce qui est du sexe des enfants, les résultats identifient qu'il s'agit d'un prédicteur de l'affirmation de soi, du contrôle de soi et des difficultés relationnelles, selon les enseignants. En effet, selon les données de cette thèse, les garçons présentent moins d'affirmation et de contrôle de soi, de même que davantage de difficultés relationnelles que les filles. Ce résultat se compare à l'étude de Graham et collaborateurs (2010) qui identifient que, parmi les variables démographiques, le sexe de l'enfant permet de prédire la perception des enseignants quant au statut social des enfants; les filles ayant tendance à entretenir de meilleures relations sociales selon les enseignants. À ce sujet, plusieurs recherches ont bien documenté les différences entre les filles et les garçons quant à la façon dont les symptômes s'expriment pour chacun d'eux. Ainsi, les garçons seraient plus susceptibles d'exprimer leur détresse par des comportements extériorisés (p. ex., agressivité, opposition), alors que les filles seraient davantage enclines à intérioriser la détresse, qui se manifesterait alors par des symptômes de dépression ou une faible estime de soi. Il est possible de penser que les mêmes processus opèrent lorsqu'il est question des relations sociales et que, si les garçons expriment leurs difficultés sociales de manière extériorisée, les enseignants les remarqueront davantage. Les résultats indiquent, d'autre part, l'absence de différence liée à l'âge des enfants concernant les variables sociales telles qu'évaluées par les enseignants. Rappelons par contre que la présente thèse s'est intéressée à un groupe relativement homogène en évaluant des enfants âgés de huit à douze ans.

Nos analyses ont également considéré l'âge et le sexe des enfants victimes d'AS dans la prédiction de l'adaptation de ces derniers, en termes de troubles intériorisés et extériorisés. Ainsi, les filles victimes d'AS rapportent davantage de troubles intériorisés que les garçons. Cette différence est conforme aux observations généralement retrouvées dans la littérature et qui suggèrent que les filles rapportent

davantage de difficultés intériorisées (Feiring, Taska, & Lewis, 2002; Wolfe, Sas, & Wekerle, 1994).

Les variables liées à l'AS

La recension des écrits indique que l'influence des variables relatives à la nature de l'AS n'est pas toujours relevée d'une étude à l'autre (Paolucci et al., 2001). Plusieurs indices de sévérité ont été intégrés dans la présente étude afin d'apporter un éclairage supplémentaire sur l'apport de ces variables dans la prédiction des difficultés présentées par les enfants victimes d'AS. Nos résultats indiquent que, lors de l'évaluation initiale, la sévérité des gestes posés envers l'enfant est liée à un plus fort sentiment d'être différent des autres, de même qu'à une confiance interpersonnelle réduite. Certains chercheurs ont également démontré que la sévérité des actes perpétrés envers les enfants a un impact sur les difficultés d'adaptation sociale présentées. Ainsi, les AS sévères ont été liées à davantage de stigmatisation (Feiring & Cleland, 2007; Kallstrom-Fuqua et al., 2004), ce qui peut introduire le sentiment d'être différent des autres et une altération de la confiance interpersonnelle. Les résultats indiquent aussi que les AS de type intrafamilial sont liées à moins de difficultés au niveau de la confiance interpersonnelle réduite. Bien que contre-intuitif, ce résultat laisse présager que d'autres variables peuvent entrer en ligne de compte pour rétablir la confiance interpersonnelle ressentie par les enfants victimes. Notamment, les études antérieures ont souligné l'importance du soutien offert et perçu par l'enfant pour son adaptation (Yancey & Hansen, 2010). L'incorporation d'une telle variable devrait être considérée dans les études futures afin de raffiner la compréhension des variables liées à l'AS sur l'altération de la confiance interpersonnelle.

La contribution des variables liées à l'AS a aussi été explorée dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés présentés par l'enfant lors de

l'évaluation initiale. De manière concordante avec certaines études antérieures, les résultats issus de cette thèse soulignent que les variables liées à l'AS ne permettent pas d'expliquer les symptômes présentés par les enfants (Hébert, 2011; Trickett, 2006; Tyler, 2002). Ainsi, plusieurs catégories de variables pourraient être considérées dans les études futures afin de déterminer leur apport potentiel dans l'établissement de la diversité des profils des jeunes victimes d'AS et de l'intensité de leurs symptômes. Hébert (2011) répertorie notamment l'importance des variables liées à l'AS (durée, sévérité, relation avec l'agresseur, utilisation de la force), les facteurs personnels à l'enfant (sexe, âge, stratégies d'adaptation, attributions), les facteurs familiaux et extra-familiaux (soutien maternel et de la fratrie, soutien des personnes significatives) et les événements suivants le dévoilement (réactions de l'entourage, placement, entrevue policière, examen médical, procédures judiciaires).

Les difficultés relationnelles

Puisque les études antérieures soulignent le besoin d'investiguer différentes variables pouvant avoir un impact sur l'adaptation des enfants victimes (Barker-Collo & Read, 2003; Valle & Silovsky, 2002), cette thèse a voulu investiguer le rôle potentiel des difficultés sociales présentées par les enfants. Les résultats obtenus permettent d'identifier quelles sont les difficultés sociales rapportées par les enfants qui permettent de prédire les problèmes également observés par les enseignants dans le milieu scolaire. Un tel apport s'avère intéressant dans la mesure où les thérapeutes impliqués auprès de la clientèle d'enfants victimes d'AS ont rarement accès aux observations des enseignants. Ainsi, un fort sentiment d'être différent des autres est lié à de plus grandes difficultés relationnelles, de même qu'à un moins bon niveau de contrôle de soi tel qu'évalué par l'enseignant. De plus, la solitude ressentie par les enfants victimes est liée à moins d'affirmation de soi et à une tendance à présenter davantage de difficultés relationnelles selon la perception des enseignants. Ces résultats suggèrent que les enfants qui admettent de telles difficultés sont plus

susceptibles d'être identifiés par leur enseignant comme présentant des enjeux significatifs au plan de leurs relations sociales avec leurs pairs dans le milieu scolaire. Notons toutefois qu'au-delà des difficultés sociales identifiées par les enfants victimes, le groupe d'appartenance de l'enfant demeure le meilleur prédicteur des difficultés sociales identifiées par les enseignants. Ainsi, pour toutes les variables sociales évaluées auprès des enseignants, le fait d'avoir vécu une AS apporte une contribution significative à la prédiction de toutes les difficultés évaluées. Ces données confirment celles obtenues par Rogosch et Cicchetti (1994) qui démontrent que les faibles habiletés sociales des enfants victimes d'une autre forme de maltraitance, soit l'abus physique, sont prédites par leur statut de maltraitance.

Les difficultés relationnelles reconnues par les enfants victimes d'AS ont aussi été examinées dans le but de vérifier leur contribution possible aux troubles intériorisés et extériorisés. Nos analyses révèlent que la confiance interpersonnelle réduite s'avère une variable-clé dans la compréhension des troubles extériorisés identifiés à la fois par les enfants et leurs parents. Ainsi, les enfants qui rapportent avoir une confiance interpersonnelle réduite sont évalués, tant par leurs parents que par eux-mêmes, comme ayant davantage de troubles extériorisés lors de l'évaluation initiale. Il semble également qu'entretenir un fort sentiment d'être différent des autres et une confiance interpersonnelle réduite permet de prédire les troubles intériorisés rapportés par les enfants. Mannarino et Cohen (1996) ont eux aussi démontré que les attributions et les perceptions des enfants sont liées aux symptômes dépressifs et aux problèmes d'estime de soi. Les résultats de cette thèse permettent d'identifier plus précisément quelles sont les attributions et les perceptions qui ont un impact sur l'adaptation des enfants, soient la confiance interpersonnelle réduite et le sentiment d'être différent des autres. De plus, dans notre étude, les conséquences étaient visibles tant pour les troubles intériorisés que pour les troubles extériorisés, et ce, chez un échantillon de filles et de garçons.

4.1.3 Lien entre les difficultés sociales et l'adaptation des enfants lors du suivi longitudinal

La littérature portant sur les conséquences d'une AS dans l'enfance souligne l'importance de mener des suivis longitudinaux afin de mieux documenter les trajectoires d'adaptation des victimes. Ainsi, cette thèse avait également comme objectif un tel apport en suivant l'évolution des enfants sur une période d'un an et en tentant de cerner les principaux facteurs qui exercent une influence sur les difficultés observées chez les jeunes victimes. Une telle investigation a mis en lumière qu'il est difficile de prédire les troubles intériorisés manifestés à moyen terme chez les enfants, que ce soit en considérant leurs propres perceptions ou celles de leurs parents. Il en est de même pour la prédiction des troubles extériorisés rapportés par les parents lors du suivi longitudinal, ce qui laisse supposer que d'autres variables non-considérées dans la présente étude seraient plus à même de prédire l'adaptation des enfants selon la perspective parentale. En ce sens, quelques études ont souligné le rôle de la détresse parentale dans les difficultés qu'un parent observe chez son enfant, autant à court terme que de manière longitudinale (De Los Reyes & Razdin, 2005). Ainsi, les parents affichant davantage de détresse rapportent plus de troubles intériorisés et extériorisés chez leur enfant en comparaison à ce que l'enfant identifie. Il s'agit d'une distinction importante à considérer dans les études futures. D'autres facteurs de risque et de protection à investiguer davantage pourraient également amener des pistes de réflexion intéressantes, notamment les différentes sources de soutien de l'enfant, l'implication parentale, l'affiliation à des pairs déviants, la qualité du réseau social de la famille et les autres événements stressants vécus par l'enfant.

Par contre, lorsqu'il est question des troubles extériorisés rapportés par les enfants lors du suivi, les résultats issus de cette thèse montrent que les enfants qui identifient entretenir une confiance interpersonnelle réduite et une plus grande confiance envers leurs pairs au moment de l'évaluation initiale sont plus à risque de

rapporter des troubles extériorisés un an plus tard. Ces résultats suggèrent que les enfants dont la confiance est majoritairement orientée vers les pairs, au détriment des adultes de leur entourage, sont davantage affectés au niveau de leur adaptation subséquente. Dans le contexte où les enseignants reconnaissent des difficultés sociales chez les jeunes victimes, que ces dernières n'endossent pas, il est préoccupant de constater que les choix faits par les victimes d'AS quant aux personnes dignes de confiance mènent à des difficultés à plus long terme. Ces résultats s'inscrivent d'ailleurs dans la lignée de l'étude menée par Feiring, Taska et Lewis (1998) selon laquelle les enfants victimes qui perçoivent leurs amis comme source principale de soutien sont particulièrement à risque de vivre des difficultés d'adaptation et de la détresse psychologique.

Dans le contexte de l'AS, les enfants qui présentent de la méfiance envers les adultes -méfiance qui peut être possiblement adaptée dans un contexte par exemple où l'AS est intrafamiliale ou que le parent non-agresseur n'offre pas le soutien requis - et qui se tournent vers leurs pairs pour obtenir du soutien sont plus à risque de vivre une adaptation difficile. Ainsi, il est possible que l'absence de soutien familial amène les jeunes victimes à recourir à leurs pairs comme principale source de soutien. Dans certains cas, cette affiliation peut s'avérer néfaste, par exemple lorsque la jeune victime s'allie à des pairs déviants, c'est-à-dire qui présentent une conduite antisociale ou délinquante. En effet, les problèmes de comportements sont appris et renforcés dans le groupe de pairs, selon la théorie de la socialisation (Elliott & Menard, 1996). Par ailleurs, il est bien démontré que le manque d'implication parentale prédit indirectement les comportements délinquants par le biais de l'affiliation aux pairs déviants (Scaramella, Conger, Spoth, & Simons, 2002). À cet égard, la recherche de soutien auprès des pairs peut générer des contextes qui favorisent l'apparition de troubles extériorisés.

Puisque les études antérieures ont soulevé l'hypothèse que l'habileté à créer et à maintenir des relations intimes réduirait les impacts à long terme de l'AS (Feinauer, Callahan, & Hilton, 1996), la confiance interpersonnelle envers des adultes significatifs devrait être considérée comme une cible d'intervention majeure auprès des jeunes victimes. En effet, l'intimité réciproque dans les relations interpersonnelles représente un facteur de protection pour les victimes d'AS quant aux répercussions psychologiques. La capacité à préserver des relations empreintes d'intimité et de proximité avec des personnes significatives agit en tant que médiateur entre l'expérience d'AS durant l'enfance et la psychopathologie ultérieure (Dimitrova et al., 2010).

En résumé, cette thèse doctorale permet de rendre compte de la présence de difficultés sociales chez les enfants victimes d'AS. Selon les résultats présentés ci-haut, ces derniers se distinguent clairement de leurs pairs non-victimes lors de l'évaluation initiale faite par les enseignants, et ce, par davantage de difficultés quant à leurs relations sociales. De plus, les enfants victimes rapportent des enjeux au niveau de la confiance interpersonnelle en se disant peu enclins à faire confiance aux autres en général tout en présentant une tendance à octroyer une plus grande confiance envers leurs pairs. Finalement, notre étude a également permis d'établir le lien entre les difficultés sociales rapportées et l'adaptation ultérieure des enfants en termes de troubles intériorisés et extériorisés. En particulier, la confiance interpersonnelle réduite s'avère une variable essentielle pour prédire les difficultés présentées par les enfants victimes d'AS lors de l'évaluation initiale, alors que la confiance interpersonnelle réduite et la confiance envers les pairs prédisent les troubles extériorisés rapportés par les enfants lors du suivi un an plus tard.

4.2 Implications pour l'évaluation et l'intervention auprès des enfants victimes d'AS

À la lumière des résultats issus de cette thèse, certaines implications au plan de l'évaluation des besoins des jeunes victimes, de même que de l'intervention auprès de cette clientèle, doivent être relevées. Dans un premier temps, il apparaît clair que les relations interpersonnelles des enfants victimes d'AS doivent être évaluées de façon systématique lors de l'amorce des services, en plus des symptômes typiques généralement liés à l'AS. Nos résultats illustrent sans équivoque que les habiletés sociales, les comportements de retrait, les difficultés relationnelles, les sentiments d'être différent et les indicateurs de confiance envers les autres devraient être investigués afin de souligner les besoins d'intervention à cet égard. Un tel apport dans les pratiques actuelles pourrait permettre de réduire les difficultés d'adaptation présentées par les enfants à plus long terme.

Dans le contexte des services offerts aux enfants victimes d'AS, les études antérieures ont ciblées les interventions considérées comme les meilleures pratiques auprès de la clientèle d'enfants victimes d'AS, notamment la *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* (TF-CBT) (Cohen et al., 2006; Deblinger & Helfin, 1996; Hébert, Bernier, & Simoneau, 2011). Les résultats de cette thèse suggèrent d'une part que les enjeux liés à la confiance interpersonnelle et à la confiance envers les pairs pourraient être abordés plus systématiquement par le biais des techniques de restructuration cognitive déjà utilisées par la TF-CBT. En ce sens, les enfants devraient être soutenus dans leur cheminement à rétablir une confiance interpersonnelle avec l'adulte, par le soutien apporté par son adulte accompagnateur lors de rencontres dyadiques, de même que par la relation significative établie avec son thérapeute. Selon Roche et collaborateurs (1999), par l'exposition à de nouvelles expériences interpersonnelles, le contexte thérapeutique peut favoriser de nombreuses opportunités d'intervention au niveau relationnel. Également, l'établissement d'une telle alliance peut aider l'enfant à partager ses cognitions quant à la confiance

interpersonnelle, ce qui permettra d'identifier si des distorsions ont été créées suite à l'expérience d'AS (p. ex., ne pas faire confiance à personne ou au contraire, accorder facilement sa confiance dans un espoir de réparation, etc.).

D'autre part, certains enfants dont les habiletés sociales sont identifiées comme déficitaires pourraient bénéficier d'une intervention plus soutenue dans le but de les aider à établir des bases plus solides sur lesquelles créer des relations interpersonnelles saines. Pour ces enfants, l'ajout d'une composante d'intervention portant spécifiquement sur les habiletés sociales semble souhaitable. Ils pourraient ainsi bénéficier de l'apprentissage de comportements adaptés socialement qui favoriseront les expériences sociales positives. En ce sens, les programmes d'entraînement aux habiletés sociales sont largement utilisés auprès d'enfants présentant d'autres difficultés dans le but d'améliorer leurs interactions sociales. Foster et Bussman (2008) ont identifié les interventions sur les habiletés sociales qui bénéficient d'un soutien empirique démontrant leur impact positif sur les habiletés sociales des enfants et leurs relations avec les pairs. À titre d'exemple, le programme *Fast Track* (Bierman, Greenberg, & the Conduct Problems Prevention Research Group, 1996) inclut plusieurs composantes qui adressent spécifiquement les habiletés sociales des enfants. Cette intervention de groupe utilise notamment des histoires, des vidéos, des jeux de rôle et des discussions pour illustrer et promouvoir les habiletés sociales. Des activités de groupe fournissent également des opportunités pour pratiquer les nouvelles habiletés, telles que la compréhension des émotions, la lecture adéquate des signaux sociaux, la communication, la formation d'amitiés, le contrôle de soi et la résolution de problèmes sociaux. De telles interventions pourraient être adaptées afin d'être introduites au cadre thérapeutique généralement utilisé lors des interventions auprès des enfants victimes d'AS. Une telle approche apparaît particulièrement pertinente pour les préadolescents puisque les relations sociales prendront de plus en plus une place importante à l'aube de l'adolescence (Hunter & Youniss, 1982; Jones & Dembo, 1989).

4.3 Autres contributions de la thèse

Cette thèse contribue à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'AS envers les enfants, notamment quant aux conséquences interpersonnelles qui y sont associées. À cet égard, une contribution importante de la thèse est l'intérêt accordé à la perception des enfants quant à leurs difficultés sociales. En effet, les études qui se sont intéressées à cette thématique l'ont généralement abordée selon la perspective des adultes victimes d'AS dans l'enfance pour en comprendre les répercussions avec une approche rétrospective, ce qui induit nécessairement un biais de rappel. Le devis longitudinal utilisé dans cette thèse a permis non seulement de pallier à cette lacune, mais également d'obtenir un portrait de l'évolution des difficultés présentées par les enfants victimes. Puisqu'un tel devis longitudinal s'avère rarement utilisé dans les études conduites dans le domaine de l'AS, il s'agit d'une force méthodologique importante.

Au niveau conceptuel, cette thèse a également permis de faire la distinction entre différentes cibles de confiance, ce qui semble avoir un impact majeur sur l'adaptation des enfants victimes. Ainsi, de tels résultats visent à orienter les professionnels dans l'identification des enfants qui semblent plus à risque de présenter davantage de difficultés à long terme. Il apparaît essentiel de poursuivre l'investigation des relations sociales des enfants victimes, dont les indicateurs de confiance, puisqu'ils sont susceptibles d'entraver le développement optimal des enfants.

Cette étude est également novatrice de par l'intégration de multiples sources d'information permettant de mieux cerner les difficultés présentées par les enfants victimes sur plusieurs plans. En effet, l'utilisation d'instruments de mesure objectifs et standardisés a permis le recours à différents répondants, soient l'enfant lui-même, ses parents et son enseignant. La combinaison de ces points de vue diversifiés

représente un avantage méthodologique important comparativement aux études antérieures n'ayant utilisé qu'une seule source d'information pour témoigner des difficultés présentées par les enfants. De plus, les enseignants s'avèrent être une source d'information inestimable lorsqu'il est question des relations sociales des enfants, puisqu'ils se trouvent aux premières loges pour observer les interactions de ces derniers. De cette manière, les chances d'obtenir un portrait plus juste des difficultés relationnelles des jeunes victimes s'en voient augmentées.

Finalement, une force importante de la recherche menée est la présence d'un groupe de comparaison d'enfants n'ayant pas été victimes d'AS. Une telle base de comparaison permet de mieux départager les difficultés relationnelles qui sont liées à l'AS de celles qui sont attribuables au contexte de vie de l'enfant ou à son développement. Dans la présente étude, le recours à un groupe de comparaison permet de démontrer que les enfants victimes d'AS présentent davantage de difficultés relationnelles que les enfants n'ayant pas vécu d'AS, ce qui s'avère une contribution unique et majeure à la littérature actuelle dans le domaine de l'AS. Enfin, malgré les embûches et les défis spécifiques liés au recrutement auprès d'une telle clientèle, cette étude présente un échantillon important d'enfants victimes d'AS et se compare avantageusement aux études généralement menées dans le domaine.

4.4 Limites de l'étude et perspectives de recherches futures

Au-delà des contributions notables de cette thèse à l'avancement des connaissances, il est nécessaire de soulever les limites qu'elle comporte. Les études portant sur les conséquences liées à l'AS durant l'enfance sont généralement aux prises avec certaines limites communes. Tout d'abord, les devis de recherche utilisés ne permettent généralement pas d'attribuer une causalité entre l'AS et les conséquences, soit l'altération des relations sociales dans ce cas-ci. Outre l'utilisation de mesures rétrospectives qui comportent des limites importantes, il demeure

difficile d'obtenir une mesure fiable des relations sociales des enfants précédemment aux événements d'AS. Ainsi, il est difficile de déterminer si les difficultés relationnelles observées chez les enfants victimes d'AS sont des antécédents à la victimisation, des conséquences de cette dernière ou encore, les deux. Par ailleurs, les relations sociales des enfants sont certainement influencées par une multitude de facteurs liés notamment à l'environnement et au contexte de développement des enfants. Ainsi, il demeure encore difficile de bien distinguer les conséquences propres à l'AS de celles attribuables à l'environnement, à la famille et à l'individualité de l'enfant. Néanmoins, une fois ces limites considérées, la présente recherche permet de documenter les relations sociales des enfants victimes d'AS. La section qui suit contient une discussion des principales limites méthodologiques de l'étude.

Lors des analyses de régression multiple hiérarchique, la présente recherche aurait bénéficié d'une taille d'échantillon plus importante, particulièrement en ce qui a trait au deuxième temps de mesure. Un échantillon plus vaste aurait permis d'inclure davantage de facteurs dans les analyses et donc, d'assurer une compréhension plus détaillée des processus impliqués. En effet, le pourcentage de variance expliquée dans les analyses demeure relativement faible, ce qui laisse présager que d'autres variables pourraient contribuer à la prédiction des difficultés d'adaptation chez les enfants victimes d'AS. Notamment, il aurait été intéressant d'intégrer une mesure de proximité émotionnelle entre l'enfant et l'agresseur, de même que des mesures portant sur le soutien reçu par l'enfant de la part du parent non-agresseur ou de la fratrie. De telles variables pourraient potentiellement expliquer que certains résultats attendus se sont avérés non-significatifs dans cette thèse, notamment en ce qui a trait à la solitude rapportée par les enfants. De même, il serait important de continuer à suivre l'évolution des difficultés sur une plus longue période de temps afin de documenter les trajectoires développementales de ces jeunes lorsqu'ils seront confrontés à d'autres étapes majeures au niveau relationnel, telles que les premières relations amoureuses à l'adolescence et à l'âge adulte.

En ce qui a trait à la représentativité des échantillons, compte tenu de la nature volontaire de la participation des sujets, nous ne pouvons exclure la possibilité que les participants ayant refusé de contribuer à la présente étude diffèrent de ceux ayant décidé d'y participer. Par ailleurs, il aurait été souhaitable d'obtenir la participation d'un plus grand nombre d'enseignants. Le recrutement d'enfants victimes d'AS représente un défi de taille, et l'obtention des consentements pour obtenir le point de vue des enseignants l'est tout autant. En effet, la participation de l'enseignant implique tout d'abord le consentement parental, puis celui de l'enseignant lui-même, deux étapes susceptibles d'entraîner une perte de participants, et ce, à tous les temps de mesure impliqués dans un tel suivi longitudinal. Aussi, il s'avère plus ardu d'obtenir la participation des enseignants lors du recrutement des participants pendant la période estivale puisque ces derniers se retrouvent alors entre deux années scolaires. Les enseignants de l'année précédente refusent souvent de participer sous prétexte que l'enfant concerné n'est plus dans leur classe, alors que les nouveaux enseignants déclinent puisqu'ils connaissent encore trop peu l'enfant. En ce sens, il est souhaitable que les études futures recrutent des échantillons plus vastes afin de pallier à ces difficultés. Il importe toutefois de mentionner que, compte tenu du domaine particulier de l'AS et des défis de recrutement des participants qui y sont associés, la présente recherche présente un nombre enviable de participants et s'avère l'une des rares études ayant sollicité le point de vue des enseignants.

Nonobstant ces considérations méthodologiques, cette thèse doctorale apporte plusieurs contributions importantes quant aux implications cliniques et de recherche. Par ailleurs, les résultats de la présente thèse ouvrent la voie à la conduite d'études futures pour mieux cerner les processus liés aux trajectoires développementales des enfants agressés sexuellement.

4.5 Conclusion

L'objectif général de cette étude était de documenter les difficultés relationnelles des enfants agressés sexuellement et de cerner l'impact de ces dernières sur l'adaptation des enfants à long terme. La présente thèse doctorale apporte plusieurs contributions importantes à l'avancement des connaissances, en étayant d'une part les difficultés relationnelles des enfants victimes d'AS au moment du dévoilement (Chapitre II) ainsi que l'impact de telles difficultés sur les troubles intériorisés et extériorisés (Chapitre III). Les données issues de cette thèse révèlent que les enfants victimes d'AS présentent davantage de difficultés relationnelles que les enfants non-victimes lors de l'évaluation initiale, selon les enseignants. De plus, les enfants reconnaissent des difficultés au niveau de la confiance interpersonnelle. Les résultats de cette étude ont également permis d'identifier la contribution de certaines variables aux difficultés relationnelles et à l'adaptation des enfants. Dans l'ensemble, de tels résultats mettent en lumière l'importance de considérer davantage la sphère sociale lors de l'évaluation des besoins des enfants victimes d'AS. De même, les implications quant aux interventions adaptées, prenant en considération divers aspects des habiletés sociales et des relations interpersonnelles, offrent des perspectives intéressantes qui pourraient bonifier les thérapies actuellement dispensées auprès de cette clientèle. Ainsi, l'ajout d'un volet thérapeutique adressant précisément les difficultés sociales des enfants ou les habiletés à expérimenter un sentiment de confiance dans les relations avec les autres consisteraient en un apport important.

Enfin, il apparaît primordial de poursuivre les études dans cette voie afin de mieux comprendre les processus impliqués dans le lien entre l'AS dans l'enfance et les difficultés sociales. Un tel objectif permettrait d'optimiser le développement des enfants victimes et, potentiellement, de réduire le risque que ces derniers se retrouvent à nouveau dans des situations à risque.

ANNEXE A

LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT L'ACCEPTATION DE L'ARTICLE 1
POUR FINS DE PUBLICATION DANS LA REVUE
JOURNAL OF CHILD SEXUAL ABUSE

13-Aug-2013

Dear Author,

Our referees have recommended publication of your above-titled manuscript in the Journal of Child Sexual Abuse. We are pleased to accept your paper in its current form; the manuscript will now be forwarded to one of our Assistant Editors for copy editing. Our Assistant Editor will contact you for any final revisions that are needed prior to submitting the manuscript to the publisher.

On the attached copyright form please pay special attention to write the exact title of your manuscript, print all author names below it, and then sign and print your name at the bottom of the form.

Please also write on the form your assigned manuscript number: Journal of Child Sexual Abuse WCSA-2013-0012.R2. If possible, please then scan the document to PDF and email to us at journals@alliant.edu; otherwise, you can fax to our office: (858) 527-1743

Thank you for your contribution to the Journal of Child Sexual Abuse and we look forward to receiving further submissions from you.

Sincerely,
Dr Bob Geffner
Editor, Journal of Child Sexual Abuse
JOURNALS@alliant.edu

ANNEXE B

LETTRE DE L'ÉDITEUR CONFIRMANT LA SOUMISSION DE L'ARTICLE 2
À LA REVUE DE PSYCHOÉDUCATION

9 août 2013

Mme Blanchard-Dallaire,

J'ai bien reçu votre texte « Le rôle des attributions et de l'adaptation sociale des enfants victimes d'agression sexuelle dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés ultérieurs » dont je vous remercie.

Vous recevrez en temps et lieu les commentaires des lecteurs auxquels il sera soumis. Puisque les disponibilités de ces derniers sont fort variables, je ne suis pas en mesure de vous dire quand, approximativement, leurs évaluations vous parviendront. Soyez néanmoins certaine que votre texte fera l'objet d'un suivi attentif, et que je n'hésiterai pas à relancer les lecteurs qui tarderaient à répondre.

Bien cordialement.

Serge Larivée, professeur titulaire
École de psychoéducation, Université de Montréal
Case postale 6128, Succursale Centre-ville
Montréal (Québec), Canada H3C 3J7
Tél. : (514) 343-6111 poste 2522

ANNEXE C

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

PROFILS D'ADAPTATION CHEZ LES JEUNES 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)
Marc Tourigny, Ph.D. (Université de Sherbrooke)

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

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) et de l'Université de Sherbrooke en collaboration avec la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs ainsi que les interventions qui aident les jeunes enfants d'âge scolaire 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 pédiatre socio-juridique du CHU Sainte-Justine.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil ainsi que d'évaluer l'efficacité des interventions offertes. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services adaptés. 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 en deux rencontres avec une assistante de recherche au centre hospitalier ou à votre

domicile, selon votre convenance. La première rencontre se déroulera au cours de votre visite à la Clinique et la deuxième se déroulera environ 4 mois plus tard. Nous vous demanderons de compléter des questionnaires. Les questionnaires à compléter par votre enfant portent sur les stratégies qu'il utilise pour faire face aux problèmes et sur ses perceptions quant à ses comportements. Nous estimons qu'il faut environ une heure 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 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 qui ont consulté au centre hospitalier au cours des derniers mois, sans préciser le motif de la consultation. Afin de mieux comprendre le développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle, nous prévoyons faire un suivi un an après la première rencontre auprès des personnes qui y consentent. Cette rencontre pourrait avoir lieu à votre domicile ou à l'UQAM, selon votre préférence.

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

Inconvénients et risques

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, l'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'ils soient minimes. 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 les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 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, de l'UQAM ou de l'Université de Sherbrooke 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 chercheurs 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
Consentement pour la participation à l'étude
Profils d'adaptation chez les jeunes (IRSC)

Code d'identification: _____

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 à l'étude :

J'accepte que mon enfant participe
à ce projet de recherche :

Oui Non

Initiales du tuteur

Assentiment verbal de l'enfant
(capable de comprendre la nature de ce projet)

Oui Non

Initiales de l'enfant

Participation du parent à l'étude :

J'accepte volontiers de participer
à ce projet de recherche :

Oui Non

Initiales du tuteur

Autorisation pour la participation de l'enseignant-e :

J'accepte que l'enseignant/e de mon enfant soit invité-e
à compléter un questionnaire sur son comportement :

Oui Non

Initiales du tuteur

L'enseignant/e ne sera pas informé/e que l'enfant a dévoilé une agression sexuelle.

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 de ce projet)

Date

Date de naissance de l'enfant

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.

Martine Hébert

Nom du chercheur responsable (Lettres moulées)

Martine Hébert

Signature du chercheur responsable

20.11.2007

Date

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
Sollicitation pour une relance (1 an)
Profils d'adaptation chez les jeunes (IRSC)

Code d'identification: _____

Madame, Monsieur,

Vous et votre enfant avez collaboré à un projet de recherche qui étudie les facteurs ainsi que les interventions qui aident les jeunes à surmonter des événements sérieux (par exemple, une agression sexuelle). Cette étude implique une 2^{ème} entrevue (environ 1 an plus tard). Si vous êtes d'accord, nous vous demandons de l'indiquer et d'inscrire le nom et le numéro de téléphone de deux répondants qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement. Cette recherche est sous la direction de Martine Hébert (docteure en psychologie), professeure à l'UQAM. Toute question ou commentaire peut être adressé à Martine Hébert (Tél.: (514) 987-3000 poste 5697).

Formule de consentement -2^{ème} entrevue

Participation de l'enfant à la 2^{ème} entrevue :		
J'accepte que mon enfant participe à la 2 ^{ème} entrevue:	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non _____ <small>Initiales du tuteur</small>
Assentiment verbal de l'enfant (capable de comprendre la nature de ce projet)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non _____ <small>Initiales de l'enfant</small>
Participation du parent à la 2^{ème} entrevue :		
J'accepte de participer à la 2 ^{ème} entrevue et que l'assistante de recherche communique avec moi dans 1 an pour prévoir une rencontre à l'UQAM ou à domicile selon ma préférence:	<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 de ce projet)_____
DateVoici mes coordonnées actuelles: Téléphone : (____) _____ (____) _____
Domicile TravailAdresse : _____
Numéro Rue Appartement

Municipalité Province Code postalVoici les coordonnées de deux personnes qui pourraient vous aider à me rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:_____
Nom et prénom du contact (Lettres moulées)_____
Lien du contact avec le parent_____
de téléphone_____
Nom et prénom du contact (Lettres moulées)_____
Lien du contact avec le parent_____
de téléphone

Objet : Sollicitation pour votre participation à une recherche

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre collaboration à un projet de recherche dirigé par Martine Hébert, professeure-chercheuse à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en collaboration avec le CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs qui aident les jeunes à surmonter des événements stressants ou qui agissent en tant que facteurs de protection face à d'éventuelles difficultés (par exemple, le soutien des pairs, les stratégies de résolution de problèmes). Il est possible que vous ayez déjà été sollicités pour participer à cette étude. Comme l'étude comporte plus d'un temps de mesure, nous vous sollicitons à nouveau afin d'évaluer la stabilité des profils des enfants.

Dans ce contexte, le parent de _____ a donné son consentement (voir formulaire) pour participer à cette étude et nous a permis de vous inviter à collaborer à la cueillette de données. Nous vous sollicitons donc afin de compléter le questionnaire ci-joint qui porte sur le comportement de l'enfant. Les données recueillies de la part des enseignants-es nous permettront d'obtenir une évaluation plus globale des comportements des jeunes qui participent à l'étude.

Le questionnaire nécessite entre 20 et 30 minutes et doit être acheminé par le biais de l'enveloppe pré-affranchie d'ici trois semaines. Nous tenons à préciser que les informations recueillies seront strictement confidentielles. En effet, les données seront traitées de façon collective, pour l'ensemble des enfants participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et les noms n'y apparaîtront pas. Tous les documents seront conservés dans un local fermé à clef et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ce local. Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Si vous décidez de participer, un montant de 5,00\$ vous est attribué en compensation pour le temps requis pour compléter le questionnaire. Veuillez compléter et nous retourner le formulaire de consentement signé, le questionnaire ainsi que le reçu dans l'enveloppe pré-adressée. Cette recherche est sous la direction de Martine Hébert (docteure en psychologie), professeure à l'UQAM. Toute question ou commentaire peut être adressé à Martine Hébert (Tél.: (514) 987-3000 poste 5697). Nous sommes très reconnaissantes de votre participation.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.



Martine Hébert, Ph.D.
Professeure
Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Sollicitation de l'enseignant-e

Profils d'adaptation chez les jeunes (IRSC)

Code d'identification: _____

Formule de consentement de l'enseignant-e

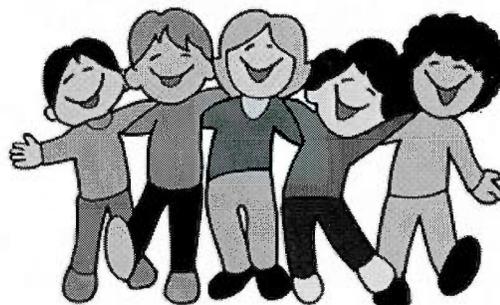
J'accepte de participer à ce projet de recherche :

 Oui Non_____
Nom et prénom de l'enseignant/e (Lettres moulées)_____
Consentement de l'enseignant/e (Signature)_____
Date

Formule de consentement du parent

J'autorise l'équipe de recherche de Martine Hébert à contacter l'enseignant-e de mon enfant afin de compléter un questionnaire portant sur son comportement à l'école.

Nom et prénom de l'enseignant-e de l'enfant (Lettres moulées)_____
Nom de l'établissement fréquenté par l'enfant_____
Municipalité de l'établissement_____
Nom de la commission scolaire de l'établissement_____
Consentement du parent (Signature)_____
Date



À l'attention des parents

Objet : Sollicitation pour votre participation à une recherche

Madame, Monsieur,

La direction de l'établissement scolaire que fréquente 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 vise à identifier les forces et les compétences des enfants âgés entre 8 et 12 ans. Nous nous intéressons également aux facteurs ainsi qu'aux interventions qui aident les jeunes enfants d'âge scolaire et leurs parents à surmonter des événements difficiles (par exemple, une agression sexuelle) et à l'évolution des enfants sur une période d'un an. Nous sollicitons la participation des parents et élèves de l'école en tant que groupe de comparaison. Ainsi, nous cherchons à obtenir un groupe de comparaison d'enfants qui n'ont jamais consulté la Clinique de pédiatrie socio-juridique et qui n'ont pas vécu une agression sexuelle. Cette comparaison nous permettra de mieux comprendre les profils des jeunes ayant vécu des événements difficiles et les données obtenues nous aideront à élaborer des interventions pouvant les aider.

Nous vous invitons à compléter le formulaire d'information et de consentement ci-joint et ce, que vous acceptiez ou non de participer. Nous vous demandons de nous le retourner par l'entremise de votre enfant qui le retournera à l'école dans l'enveloppe ci-jointe. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Martine Hébert, Ph.D.
Professeure-chercheure
Département de sexologie, UQAM
(514) 987-3000 #5697

PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Veillez, s'il-vous-plaît, nous indiquer si vous, ainsi que votre enfant, êtes intéressé(e)s à participer à cette étude. Dans l'éventualité où vous démontrez un intérêt pour l'étude, une assistante de recherche communiquera avec vous afin de vous fournir toutes les informations nécessaires.

<u>Participation à l'étude :</u> Je démontre un intérêt pour cette étude et j'aimerais avoir davantage d'informations. J'accepte qu'une assistante de recherche communique avec moi par téléphone pour me donner davantage d'informations :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
			_____ Initiales du tuteur	
Voici mes coordonnées actuelles afin que vous puissiez me contacter :				
Adresse : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Numéro Rue Appartement </div>				
_____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Municipalité Province Code postal </div>				
Téléphone : () _____ () _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Domicile Travail ou cellulaire </div>				

 Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)

 Consentement du parent, tuteur (Signature)

 Date

 Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)

 Âge de l'enfant

 Nom et prénom de l'enseignant (Lettres moulées)

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

PROFILS D'ADAPTATION CHEZ LES JEUNES 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)
 Marc Tourigny, Ph.D. (Université de Sherbrooke)

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

Madame, Monsieur,

La direction de l'établissement scolaire de 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 ainsi que les interventions qui aident les jeunes enfants d'âge scolaire 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 l'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 nous aidera à élaborer des interventions pouvant les aider.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil ainsi que d'évaluer l'efficacité des interventions offertes. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services adaptés. 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 votre 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'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 les stratégies qu'il utilise pour faire face aux problèmes, sur ses perceptions quant à ses comportements ainsi que sur les relations qu'il entretient avec les amis du même âge à l'école. Nous estimons qu'il faut environ 30 à 45 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'enseignant-e sera aussi invité-e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant 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'ils soient minimales. En ce sens, à aucun moment nous ne mentionnons le terme « Aggression 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 les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 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 certificat-cadeau d'un montant de 10\$ sera remis à votre enfant suite à sa participation à la présente étude ainsi que lors de la rencontre de suivi un an plus tard.

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'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

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 chercheurs 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)
Profils d'adaptation chez les jeunes (IRSC)

Date: _____ (jj/mm/aaaa)

Code d'identification: _____

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'école, le CHU Sainte-Justine et l'UQAM.
- * 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 et qu'il soit rencontré par l'assistante de recherche à l'école : Oui Non _____
Initiales du tuteur

Assentiment verbal de l'enfant (capable de comprendre la nature de ce projet) Oui Non _____
Initiales de l'enfant

Participation du parent: J'accepte volontiers de participer à ce projet de recherche. Oui Non _____
Initiales du tuteur

Voici mes coordonnées actuelles afin que vous puissiez me faire parvenir le questionnaire que je compléterai:

Adresse : _____
Numéro Rue
Appartement

_____ Municipalité _____ Province _____ Code postal

Téléphone : (_____) _____ (_____) _____
Domicile Travail

Autorisation pour la sollicitation de l'enseignant-e: J'accepte que l'enseignant-e de mon enfant soit invité-e à compléter un questionnaire sur son comportement. Oui Non _____
Initiales du tuteur

Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)_____
Consentement du parent, tuteur (Signature)_____
Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)
(Signature)_____
Assentiment de l'enfant (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

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

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA SOLLICITATION À UNE RELANCE (1 AN)
 Profils d'adaptation chez les jeunes (IRSC)

Date: _____ (jj/mm/aaaa)

Code d'identification: _____

Madame, Monsieur,

Vous et votre enfant avez collaboré à un projet de recherche qui étudie les facteurs ainsi que les interventions qui aident les jeunes 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. Cette étude se poursuit au cours de la prochaine année. Nous vous invitons à participer à une relance qui aura lieu un an après votre première participation. Si vous êtes d'accord, nous vous demandons de l'indiquer et d'inscrire le nom et le numéro de téléphone de deux répondants qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement. Cette recherche est sous la direction de Martine Hébert (docteure en psychologie), professeure à l'UQAM. Toute question ou commentaire peut être adressé à Martine Hébert (Tél.: (514) 987-3000 poste 5697).

Sollicitation de l'enfant: J'accepte que mon enfant soit sollicité pour participer à une relance.

Oui Non _____
 Initiales du tuteur

Assentiment verbal de l'enfant

Oui Non _____
 Initiales de l'enfant

Sollicitation du parent: J'accepte d'être sollicité pour participer à une relance et qu'une assistante de recherche communique avec moi dans un an pour prévoir une rencontre à l'UQAM ou à domicile selon ma préférence.

Oui Non _____
 Initiales du tuteur

 Nom et prénom du parent, tuteur (Lettres moulées)

 Consentement du parent, tuteur (Signature)

 Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées)
 (Signature)

 Assentiment de l'enfant (capable de comprendre la nature du projet)

Voici mes coordonnées actuelles: Téléphone : () _____ () _____
 Domicile Travail

Adresse : _____
 Numéro Rue Appartement

 Municipalité Province Code postal

Courriel:

Voici les coordonnées de deux personnes qui pourraient vous aider à me rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:

 Nom et prénom du contact (Lettres moulées) / Lien avec le parent

() _____
 # de téléphone

 Nom et prénom du contact (Lettres moulées) / Lien avec le parent

() _____
 # de téléphone

Objet : Sollicitation pour votre participation à une recherche

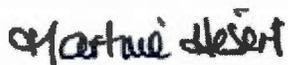
Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre collaboration à un projet de recherche dirigé par Martine Hébert, professeure-chercheure à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) en collaboration avec le CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs qui aident les jeunes à surmonter des événements stressants ou qui agissent en tant que facteurs de protection face à d'éventuelles difficultés (par exemple, le soutien des pairs, les stratégies de résolution de problèmes). Il est possible que vous ayez déjà été sollicités pour participer à cette étude. Comme l'étude comporte plus d'un temps de mesure, nous vous sollicitons à nouveau afin d'évaluer la stabilité des profils des enfants.

Dans ce contexte, le parent de _____ a donné son consentement (voir formulaire) pour participer à cette étude et nous a permis de vous inviter à collaborer à la cueillette de données. Nous vous sollicitons donc afin de compléter le questionnaire ci-joint qui porte sur le comportement de l'enfant. Les données recueillies de la part des enseignants-es nous permettront d'obtenir une évaluation plus globale des comportements des jeunes qui participent à l'étude.

Le questionnaire nécessite entre 20 et 30 minutes et doit être acheminé par le biais de l'enveloppe pré-affranchie d'ici trois semaines. Nous tenons à préciser que les informations recueillies seront strictement confidentielles. En effet, les données seront traitées de façon collective, pour l'ensemble des enfants participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro de code et les noms n'y apparaîtront pas. Tous les documents seront conservés dans un local fermé à clef et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ce local. Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Si vous décidez de participer, un montant de 5,00\$ vous est attribué en compensation pour le temps requis pour compléter le questionnaire. Veuillez compléter et nous retourner le formulaire de consentement signé, le questionnaire ainsi que le reçu dans l'enveloppe pré-adressée. Cette recherche est sous la direction de Martine Hébert (docteure en psychologie), professeure à l'UQAM. Toute question ou commentaire peut être adressé à Martine Hébert (Tél.: (514) 987-3000 poste 5697). Nous sommes très reconnaissantes de votre participation.

Nous vous remercions de votre attention et vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.



Martine Hébert, Ph.D.
Professeure
Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA SOLLICITATION DE L'ENSEIGNANT-E
Profils d'adaptation chez les jeunes (IRSC)

T1 T2 (suivi 1 an)

Code d'identification | _____ |

Formule de consentement de l'enseignant-e

J'accepte de participer à ce projet de recherche : Oui Non

 Nom et prénom de l'enseignant-e (Lettres moulées)

 Consentement de l'enseignant-e (Signature)

 Date

Formule de consentement du parent

J'autorise l'équipe de recherche de Martine Hébert à contacter l'enseignant-e de mon enfant afin de compléter un questionnaire portant sur son comportement à l'école.

 Nom et prénom de l'enseignant-e de l'enfant (Lettres moulées)

 Nom de l'établissement fréquenté par l'enfant

 Municipalité de l'établissement

 Nom de la commission scolaire de l'établissement

 Consentement du parent (Signature)

 Date (jj/mm/aaaa)

RÉFÉRENCES
(CHAPITRES I ET IV)

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, R. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development, 55*, 1456-1464.
- Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science, 12*(3), 75-78. doi: 10.1111/1467-8721.01233
- Bal, S., Van Oost, P., De Broudeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect, 27*(8), 883-897. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00137-6
- Barker-Collo, S., & Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma, Violence & Abuse, 4*(2), 95-111. doi: 10.1177/1524838002250760
- 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.
- Berliner, L., & Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. (pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bernard-Bonnin, A.-C., Hébert, M., Daignault, I. V., & Allard-Dansereau, C. (2008). Disclosure of sexual abuse, personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress symptoms in school-aged girls. *Paediatrics & Child Health, 13*(6), 479-486.
- Bernath, M., & Feshbach, N. (1995). Children's trust: Theory, assessment,

- development, and research directions. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 1-19. doi: 10.1016/S0962-1849(05)80048-4
- Bierman, K., Greenberg, M. T., & the Conduct Problems Prevention Research Group (1996). Social skills training in the Fast Track Program. In R. D. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing Childhood Disorders, Substance Use, and Delinquency* (pp. 65-89). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Black, M., Dubowitz, H., & Harrington, D. (1994). Sexual abuse: Developmental differences in children's behavior and self-perception. *Child Abuse & Neglect*, 18(1), 85-95. doi: 10.1016/0145-2134(94)90098-1
- Blanchard-Dallaire, C., & Hébert, M. (sous presse). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse*.
- Blanchard-Dallaire, C., & Hébert, M. (soumis). *Le rôle des attributions et de l'adaptation sociale des enfants victimes d'agression sexuelle dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés ultérieurs*.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., & Kupersmidt, J. B. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69(4), 1171-1197. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06166.x
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69.
- Briere, J., & Elliott, 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.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- Cicchetti, D., Lynch, M., Shonk, S., & Manly, J. (1992). An organizational

perspective on peer relations in maltreated children. In R. Parke & G. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 345–383). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 174-184. doi: 10.1037/0022-006X.60.2.174
- Collin-Vézina, D., Hélie, S., & Roy, C. (2011). Augmentation récente de l'incidence des agressions sexuelles au Québec. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformation et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis* (pp.8-15). Montréal, Canada : Cifas – Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect, 28*(11), 1133-1151. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.02.005
- Cox, R. L. (2009). Parent-youth disagreement in the problem behaviors section of the Ohio Scales. *New Research in Mental Health, 18*, 383-394.
- Crittenden, P. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representation models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 6*(3), 183-199. doi: 10.1080/02646838808403555
- Crittenden, P., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp.432-463). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2008). Short-term correlates of child sexual abuse: An exploratory study predicting girl's academic, cognitive, and social functioning one year later. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 1*(4), 301-316. doi: 10.1080/19361520802505693
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioural and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 33*, 102-115. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.06.001
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual abuse on

adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328. doi: 10.1016/S1359-1789(99)00010-5

Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 565-579. doi: 10.1017/S0021963001007272

Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

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. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483

DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 553-576. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00072-0

Dimitrova, N., Pierrehumbert, B., Glatz, N., Torrisi, R., Heinrichs, M., Halfon, O. and Chouchena, O. (2010). Closeness in relationships as a mediator between sexual abuse in childhood or adolescence and psychopathological outcome in adulthood. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 183-195. doi: 10.1002/cpp.650

Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Effects of physical maltreatment on the development of peer relations. *Development and Psychopathology*, 6(1), 43-55. doi: 10.1017/S0954579400005873

Elliott, D., & Menard, S. (1996). Delinquent friends and delinquent behavior: Temporal and developmental patterns. Dans J. D. Hawkins (Éd.), *Delinquency and crime: Current theories* (Chap. 2, pp. 28-67). Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.

Elliott, S. N., & Busse, R. T. (1991). Social skills assessment and intervention with children and adolescents: Guidelines for assessment and training procedures. *School Psychology International*, 12, 63-83. doi: 10.1177/0143034391121006

Elliott, S. N., & Gresham, F. M. (1993). Social skills interventions for children.

Behavior Modification, 17(3), 287-313. doi:10.1177/01454455930173004

- Feinauer, L. L., Callahan, E. H., & Hilton, H. G. (1996). Positive intimate relationships decrease depression in sexually abused women. *American Journal of Family Therapy*, 24 (2), 99-106. doi: 10.1080/01926189608251023
- Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1169-1186. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.03.020
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(2), 240-260. doi: 10.1177/088626098013002005
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38(1), 79-92. doi: 10.1037/0012-1649.38.1.79
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
- Foster, S. L., & Bussman, J. R. (2008). Evidence-based approaches to social skills training with children and adolescents. In R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice* (pp. 409-427). NY: Springer.
- Gibson, R. L., & Hartshorne, T. S. (1996). Childhood sexual abuse and adult loneliness and network orientation. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1087-1093. doi: 10.1016/0145-2134(96)00097-X
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Graham, J. C., English, D. J., Litrownik, A. J., Thompson, R., Briggs, E. C., & Bangdiwala, S. I. (2010). Maltreatment chronicity defined with reference to development: Extension of the social adaptation outcomes findings to peer relations. *Journal of Family Violence*, 25(3), 311-324. doi: 10.1007/s10896-009-9293-9
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

- Hart, C. H., Olsen, S. F., Robinson, C. C., & Mandleco, B. L. (1997). The development of social and communicative competence in childhood: Review and a model of personal, familial, and extrafamilial processes. In B. R. Burleson, & A. W. Kunkel (Eds.), *Communication Yearbook 20* (pp.305-373). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hay, D. F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 84-108. doi: 10.1046/j.0021-9630.2003.00308.x
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pp. 149-204). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Bernier, M.-J., & Simoneau, A. C. (2011). Les effets des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I* (pp. 149-204). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., & Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 11(3), 203-216. doi: 10.1177/1077559506287866
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (9), 631-636.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. doi: 10.1007/s10896-006-9026-2
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: a systematic approach. *Trauma Violence Abuse*, 12(1), 38-49. doi: 10.1177/1524838010386812
- Howes, C. (1987). Social competence with peers in young children: Developmental sequences. *Developmental Review*, 7, 252-272. doi: 10.1016/0273-2297(87)90014-1
- Howes, C., & Espinosa, M. P. (1985). The consequences of child abuse for the

- formation of relationships with peers. *Child Abuse & Neglect*, 9(3), 397-404. doi: 10.1016/0145-2134(85)90038-9
- Hunter, F. T., & Youniss, J. (1982). Changes in functions of three relations during adolescence. *Developmental Psychology*, 18(6), 806-811. doi: 10.1037/0012-1649.18.6.806
- Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L., & LeMare, L. (1990). Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child Development*, 61(6), 2004-2021. doi: 10.1111/j.1467-8624.1990.tb03582.x
- Jones, G., & Dembo, M. (1989). Age and sex role differences in intimate friendships during childhood and adolescence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 35(4), 445-462.
- Kallstrom-Fuqua, A., Weston, R., & Marshall, L. (2004). Childhood and adolescent sexual abuse of community women: Mediated effects on psychological distress and social relationships. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 980-992. doi: 10.1037/0022-006X.72.6.980
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 715-729. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00343-5
- 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. doi: 10.1037/0033-2909.113.1.164
- Ladd, G. W., & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development*, 74(5), 1344-1367. doi: 10.1111/1467-8624.00611
- Lavergne, C., & Tourigny, M. (2000). Incidence de l'abus et de la négligence envers les enfants : une recension des écrits. *Criminologie*, 33(1), 47-72. doi: 10.7202/004730ar
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings and methodological issues. *Memory*, 16(1), 29-47. doi: 10.1080/09658210701725732
- Maikovich-Fong, A. K., & Jaffee, S. R. (2010). Sex differences in childhood sexual

abuse characteristics and victim's emotional and behavioral problems: Findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*, 34, 429-437. doi :10.1016/j.chiabu.2009.10.006

- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996). Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 162-180. doi: 10.1177/088626096011002002
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 204. doi: 10.1207/s15374424jccp2302_9
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Smith, J. A., & Moore-Motily, S. (1991). Six- and twelve-months follow-up of sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(4), 494-511. doi: 10.1177/088626091006004008.
- Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. (2001). Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135, 17-36. doi: 10.1080/00223980109603677
- Parent-Boursier, C., & Hébert, M. (2010). La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants suite au dévoilement d'une agression sexuelle. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 42(3), 168-176. doi: 10.1037/a0017691
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102(3), 357-389. doi: 10.1037/0033-2909.102.3.357
- Parker, J. G., Rubin, K. H., Price, J., & DeRosier, M. E. (1995). Peer relationships, child development, and adjustment: A developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 96-161). New York: Wiley.

- Peplau, L. A., & Perlman, D. (Eds.). (1982). *Loneliness: A source-book of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(3), 269-278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006
- Roche, D. N., Runtz, M. G., & Hunter, M. A. (1999). Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(2), 184-207. doi: 10.1177/088626099014002006
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (1994). Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development, 3*(3), 291-308. doi: 10.1111/j.1467-9507.1994.tb00046.x
- Rubin, K.H., Bukowski, W., & Parker, J.G. (1998). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 3, N. Eisenberg, vol. ed., pp. 619-700). Chichester: Wiley.
- Rubin, K. H., & Burgess, K. (2001). Social withdrawal and anxiety. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Rubin, K. H., LeMare, L. J., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to rejection. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood*. New York: Cambridge University Press.
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 21*(3), 471-490. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00069-0
- Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect, 7*(2), 133-146. doi :10.1016/0145-2134(83)90065-0
- Salzinger, S., Feldman, R., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development, 64*(1), 169-187. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb02902.x

- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist, 55*, 1040-1049. doi: 10.1037/0003-066X.55.9.1040
- Scaramella, L. V., Conger, R. D., Spoth, R., & Simons, R. L. (2002). Evaluation of a social contextual model of delinquency: A cross-study replication. *Child Development, 73*(1), 175-195. doi: 10.1111/1467-8624.00399
- Schneider, B. H., Younger, A. J., Smith, T., & Freeman, P. (1998). A longitudinal exploration of the cross-contextual stability of social withdrawal in early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 18*, 374-396. doi: 10.1177/0272431698018004003
- Statistique Canada. (2005). *La violence familiale au Canada : Un profil statistique*. Retrieved March 2, 2008 from Statistics Canada : <http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-224-XIF/85-224-XIF200500.htm>
- Statistique Canada. (2010). *Les enfants et les jeunes victimes de crimes violents déclarés par la police*. Retrieved August 2012 from Statistics Canada : <http://www.statcan.gc.ca>
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16* (2), 79-101. doi: 10.1177/1077559511403920
- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds.). *L'agression sexuelle envers les enfants. Tome I* (pp.7-50). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Trickett, P. K. (2006). Defining child sexual abuse. Dans M. M. Feerick, J. F. Knutson, P.K. Trickett, & S. M. Flanzer (Eds.). *Child abuse and neglect: Definitions, classifications, and a framework for research* (pp. 129-149). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*(2), 453-476. doi:10.1017/S0954579411000174
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., ...McKenzie, B. (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – Rapport final*. Ottawa,

Canada : Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada.

- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 567-589. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00047-7
- Valle, L. A., & Silovsky, J. F. (2002). Attributions and adjustment following child sexual and physical abuse. *Child Maltreatment, 7*(1), 9-24. doi: 10.1177/1077559502007001002
- Vondra, J., Barnett, D., & Cicchetti, D. (1989). Perceived and actual competence among maltreated and comparison school children. *Development and Psychopathology, 1*(3), 237-255. doi: 10.1017/S0954579400000432
- Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools, 38*(6), 533-547. doi: 10.1002/pits.1041
- Wolfe, V. V. (2006). Child sexual abuse. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 647-727). New York, NY: Guilford Press.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.). *An assessment of childhood disorders* (pp. 685-748). New York, NY: Guilford Press.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy, 20*(2), 215-228. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80070-X
- Wolfe, D., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of post-traumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 18*, 37-50. doi: 10.1016/0145-2134(94)90094-9
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 410-421. doi:10.1016/j.avb.2010.07.003
- Zweig, J. M., Crockett, L. J., Sayer, A., & Vicary, J. R. (1999). A longitudinal examination of the consequences of sexual victimization for rural young adult women. *Journal of Sex Research, 36*(4), 396-409. doi: 10.1080/00224499909552012