

Le rôle des attributions et des enjeux sociaux des enfants victimes d'agression sexuelle dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés

The impact of attributions and social difficulties on internalizing and externalizing problems in sexually abused children

Claudia Blanchard-Dallaire and Martine Hébert

Volume 43, Number 2, 2014

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1061184ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1061184ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Blanchard-Dallaire, C. & Hébert, M. (2014). Le rôle des attributions et des enjeux sociaux des enfants victimes d'agression sexuelle dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 251-271. <https://doi.org/10.7202/1061184ar>

Article 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 attributions and social difficulties and behaviour problems, 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.

Le rôle des attributions et des enjeux sociaux des enfants victimes d'agression sexuelle dans la prédiction des troubles intériorisés et extériorisés.¹

The impact of attributions and social difficulties on internalizing and externalizing problems in sexually abused children.

C. Blanchard-Dallaire²
M. Hébert²

² Université du Québec à Montréal

Correspondance :

Claudia Blanchard-Dallaire
Université du Québec à Montréal

Département de sexologie
Pavillon Thérèse-Casgrain,
W-R250

Case postale 8888,
succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8

Tél. : (514) 987-3000 ext. 1253
blanchard-dallaire.claudia@
courrier.uqam.ca

Martine Hébert
Université du Québec à Montréal

Département de psychologie
Case postale 8888,
succursale Centre-ville
Montréal (Québec)
Canada H3C 3P8

Tél. : (514) 987-3000 ext. 5697
Courriel : hebert.m@uqam.ca

Résumé

Cette étude vise à identifier la contribution des attributions et des enjeux sociaux présentés 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 victimes 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 semble

¹ 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.

Les auteurs souhaitent exprimer leur reconnaissance au personnel du Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV), de la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Ste-Justine, de Parents-Unis Lanaudière et de la Commission scolaire de Montréal (CSDM). Un remerciement particulier aux parents et enfants pour leur généreuse collaboration à ce projet.

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, enjeux sociaux, 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 attributions and social difficulties and behaviour problems, 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 difficulties, internalizing and externalizing symptoms.

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 sexuels 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). Les études antérieures révèlent également une disparité dans les symptômes rapportés selon l'identité du répondant (p. ex., parent vs. enfant) (Mannarino, Cohen, Smith, & Moore-Motily, 1991). Il importe aussi de mentionner que, malgré des associations significatives entre l'AS durant l'enfance et les difficultés ultérieures, il existe des variations importantes dans les prévalences selon les critères utilisés et les études répertoriées. En effet, les données indiquent qu'un pourcentage non négligeable des enfants victimes, soit de l'ordre de 21% à 49%, ne présenteraient pas de symptômes probants lors de l'évaluation initiale suite au dévoilement (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Saywitz *et al.*, 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, l'utilisation de stratégies d'adaptation axées sur l'évitement, de même que les attributions négatives – c'est-à-dire l'interprétation et les perceptions négatives de la victime concernant l'AS, seraient associées à davantage de détresse et de symptômes chez les enfants (Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006; Mannarino & Cohen, 1996; Spaccarelli, 1994). Par ailleurs, 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 des enjeux sociaux 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 (Bierman, 2004; Gifford-Smith, Dodge, Dishion, & McCord, 2005; Hay, Payne, & Chadwick, 2004). 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 dans les relations sociales 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). 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 possible que les jeunes victimes d'AS présentent également de telles difficultés sur le plan social. À ce propos, plusieurs études ont exploré les conséquences relationnelles associées à d'autres formes de maltraitance et rapportent des résultats cohérents avec ce que l'on retrouve chez les adultes victimes d'AS. 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), sont plus à risque d'être identifiés comme ayant un statut social inférieur que les enfants non-maltraités (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. En effet, l'enfant victime d'AS peut en venir à développer des perceptions, attributions et conduites possiblement adaptées au contexte, mais susceptibles d'interférer avec son fonctionnement social ultérieur. 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, 2014). 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 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 plusieurs objectifs. Le premier implique de dresser la comparaison de l'importance des troubles intériorisés et extériorisés entre les enfants victimes d'AS et les enfants n'en ayant pas été victimes. Une fois ce portrait obtenu, le deuxième objectif vise à identifier la contribution des attributions et enjeux sociaux 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).

Méthode

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 les deux temps de mesures de 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 victimes d'AS et d'enfants composant le groupe de comparaison a été évaluée. Lors du suivi longitudinal, les deux groupes étaient comparables en ce qui a trait au sexe 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 portant sur les deux groupes.

Mesures

Les attributions et enjeux sociaux ont été mesurés auprès des enfants et sont les suivants : le sentiment d'être différent des autres, la confiance interpersonnelle, la confiance envers les pairs, ainsi que la solitude et l'insatisfaction sociale.

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, pour un total de 9 items. L'enfant doit indiquer comment il se sent

sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « jamais » (1) à « toujours » (5). Les questions posées réfèrent principalement à la confiance envers les autres en général (p. ex., *Penses-tu parfois que tu ne peux compter sur personne?*). 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) mesure les croyances concernant la confiance interpersonnelle selon trois bases conceptuelles (fiabilité, émotions, honnêteté), envers 4 cibles différentes (mère, père, enseignants et pairs). Dans notre étude, 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, impliquant spécifiquement un ami ou un camarade de classe, 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. Dans notre étude, la cohérence interne est de $\alpha = 0,65$.

Le *Loneliness and Social Dissatisfaction Scale* (LSDS; 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. Dans notre étude, la cohérence interne est de $\alpha = 0,87$.

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 problèmes. De plus, les corrélations intraclasses 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). Dans cette étude, les échelles portant sur les troubles intériorisés et les troubles extériorisés ont été utilisées.

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).

Les caractéristiques de l'AS ont été recueillies auprès des intervenants responsables du dossier de l'enfant dans les centres d'intervention offrant des services spécialisés ou par l'entremise du rapport médical contenu au dossier.

History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987). Les caractéristiques liées à l'AS sont obtenues par la traduction française de cet instrument. Les caractéristiques liées à l'AS sont : la sévérité (très sévère, sévère et modérée) et le type d'AS (intrafamiliale ou extrafamiliale).

Procédure

Pour la passation des questionnaires, le consentement parental ainsi que celui de l'enfant ont systématiquement été demandés. Lors de la rencontre, une assistante de recherche préalablement formée était 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.

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 attributions et dimensions 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 attributions et dimensions 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.

Analyse des différences entre le groupe AS et le groupe de comparaison sur les troubles intériorisés et extériorisés aux deux temps de mesure

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.

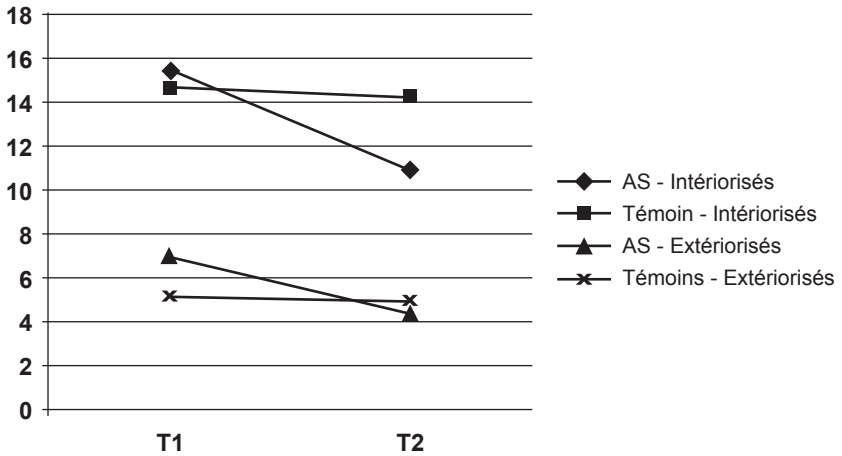


Figure 1 Moyennes des scores obtenus au Dominique Interactif pour le groupe AS et le groupe de comparaison lors des deux temps de mesures

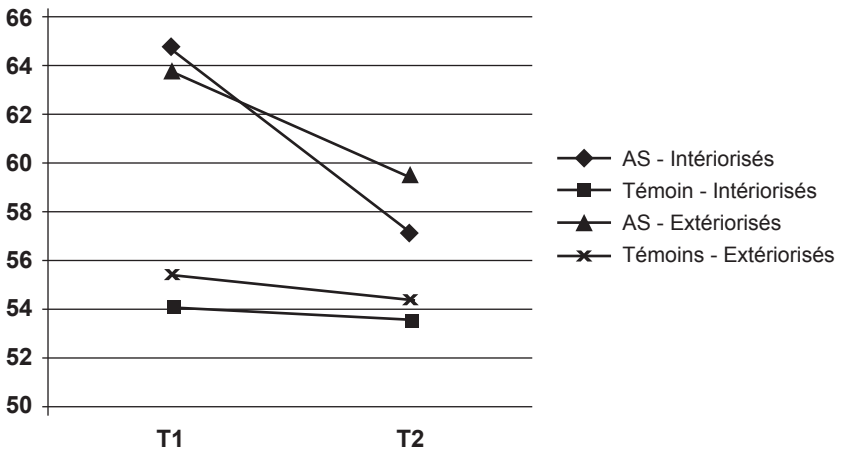


Figure 2 Moyennes des scores obtenus au CBCL pour le groupe AS et le groupe de comparaison lors des deux temps de mesures

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 extériorisés, 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.

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/extrafamiliale, sévérité des gestes posés) et des caractéristiques de l'enfant (âge et sexe) a été utilisée. Dans une seconde étape, les attributions et dimensions sociales (sentiment d'être différent des autres, confiance interpersonnelle réduite, confiance envers les pairs, solitude/insatisfaction sociale) 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 sexe 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

Tableau 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		,11**
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**	

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

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 sexe 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 différents 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 les 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.

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.

Tableau 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

Variabes	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***	

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

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 rapportent moins de confiance interpersonnelle et une plus grande confiance envers leurs pairs rapportent davantage de troubles extériorisés lors du suivi un an plus tard. Pour les troubles extériorisés identifiés 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 ($\beta = 0,50$), $F(1,49) = 16,04$; $p = 0,000$.

Discussion

L'objectif principal de la présente étude était de documenter la contribution des attributions négatives impliquant les relations aux autres et des difficultés sociales chez les victimes d'AS dans la prédiction des 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 intériorisé 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 certaines 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 *et al.*, 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 des troubles de comportement de l'enfant.

L'apport novateur de cette étude était d'explorer la contribution des attributions et des variables sociales à la prédiction des symptômes. Lors de l'analyse des facteurs pouvant expliquer les variations observées sur le plan 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 extériorisés 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 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 attributions et variables relationnelles importantes afin de prédire les troubles de comportement présentés 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 autres 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 en terme de troubles extériorisés.

Pour les troubles intériorisés rapportés par les enfants, de même que pour les troubles intériorisés et extériorisés rapportés par les parents, seuls les troubles de comportement 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 et les autres événements stressants vécus par l'enfant.

Finalement, il importe de mentionner que, lors des deux temps de mesure, la solitude/insatisfaction sociale ne permet pas de prédire les troubles intériorisés et extériorisés présentés par les enfants. Il sera alors intéressant de suivre l'évolution des enfants sur une plus longue période de temps puisque les études recensées laissent suggérer un tel lien, notamment chez les populations adultes. L'absence des résultats est possiblement liée à l'âge des participants ou à leur compréhension plus limitée du concept de solitude en raison de leur stade développemental.

Il en est de même pour les variables liées à l'AS qui 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 les attributions et les variables sociales lors de l'évaluation clinique. Nos résultats démontrent que les indicateurs de confiance (interpersonnelle et envers les pairs), de même que le sentiment d'être différent des autres, devraient être évalués afin de souligner les besoins d'intervention à cet égard. 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 enjeux sociaux des enfants victimes peuvent avoir un impact sur la symptomatologie qu'ils présentent, il semblerait pertinent de bonifier 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 sur le plan relationnel en exposant l'individu à de nouvelles expériences interpersonnelles. Ainsi, le cheminement thérapeutique devrait soutenir les enfants afin qu'ils apprennent à rétablir une confiance interpersonnelle envers l'adulte. Pour ce faire, une attention particulière devrait être portée envers les répercussions potentielles de l'AS sur la confiance et les attentes interpersonnelles. Il importe donc de fournir un environnement thérapeutique réparateur 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 protégeant (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.

Bien qu'ayant permis de documenter le lien entre les attributions et enjeux sociaux 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, entre autres, explorer le rôle potentiel de la détresse parentale. Finalement, notons que les coefficients de cohérence interne de certaines mesures auto-rapportées sont peu élevés et doivent donc être considérés comme une limite de la présente étude. 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.
- Bierman, K. L. (2004). *Peer Rejection: Developmental Processes and Intervention Strategies*. New York: Guilford Press.

- 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. (2014). Social relationships in sexually abused children: Self-reports and teachers' evaluation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(3), 326-344.
- 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 development 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.
- 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
- 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
- Gifford-Smith, M., Dodge, K. A., Dishion, T. J., & McCord, J. (2005). Peer influence in children and adolescents: Crossing the bridge from developmental science to intervention science. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 255–265.
- 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
- 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., Parent, N., Daignault, I. V., & Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment*, 11(3), 203–216.
- 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
- 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.
- 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.
- Maikovitch-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
- 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
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116*(2), 340-362.
- 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.
- 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
- Wolfe, V. V., Wolfe, D. A., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of Victimization Form*. Unpublished assessment instrument. London Health Science Centre, London, Ontario, Canada.
- 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