

Définition de l'abus sexuel et recension des écrits sur les facteurs de risque associés à l'abus sexuel intrafamilial, les conséquences possibles sur les jeunes et les interventions suggérées

Robert Pauzé, directeur scientifique, CJC 2011 à 2015

Gervais Guérin, adjoint à la DPJ, CJC

Paul Langlois, APPR, CJC

Annick St-Amand, professeure, UQTR

Judith Petitpas, travailleuse sociale, APPR, CJC

Geneviève Lamonde, Conseillère au développement de la recherche, CRUJeF

Joanie Albert, étudiante, UL

Catherine Julien, Conseillère au développement de la recherche, CRUJeF

Révisé en Septembre 2019

Table des matières

Définition de l'abus sexuel et prévalence	1
Définition de l'abus sexuel.....	1
Définition de l'abus sexuel selon la Loi sur la protection de la jeunesse.....	1
Prévalence de l'abus sexuel.....	2
Carte 1	3
Caractéristiques de l'adulte abuseur.....	3
Facteurs de risque développementaux auxquels l'abuseur adulte a pu être confronté au cours de son histoire.....	5
Certains jeunes sont plus à risque que d'autres d'être victimes d'abus sexuel : les principales caractéristiques des jeunes les plus à risque.....	7
Histoire du jeune à risque d'être abusé	9
Facteurs déclencheurs de l'abus sexuel intrafamilial	10
Processus de l'abus sexuel intrafamilial	10
Caractéristiques de l'abus sexuel à l'égard de l'enfant	11
Carte 2	13
Facteurs pouvant influencer la cessation ou la continuité de l'abus sexuel.....	18
Continuité.....	18
Cessation.....	18
Ce qui influence les conséquences de l'abus sexuel sur le jeune	27
Ressources familiales et environnementales auxquelles le jeune peut avoir accès	27
Ressources personnelles du jeune	27
Vulnérabilités du jeune	28
Autres facteurs aggravants.....	29
Carte 3	29
Vulnérabilités familiales.....	14
Relations conjugales conflictuelles	15
Vulnérabilités du parent non abuseur (principalement la mère).....	13
Qualité des soins envers le jeune.....	16
Conditions défavorables.....	17
Valeurs sociales machistes	17
Carte 4	30
Motivation à dévoiler.....	30
Réticence au dévoilement.....	32
Facteurs de protection associés au dévoilement pouvant atténuer les conséquences de l'abus sexuel	32

Facteurs de risque associés au dévoilement pouvant contribuer à accentuer les conséquences de l'abus sexuel.....	34
Conséquences possibles de l'abus sexuel.....	19
Période développementale.....	19
Conséquences comportementales.....	20
Conséquences psychologiques.....	20
Conséquences physiques.....	26
Carte 6	37
Interventions dans les situations d'abus sexuel intrafamilial.....	37
Principales étapes de l'intervention.....	37
Recommandations concernant les stratégies d'intervention à développer.....	41
Recommandations concernant les cibles d'intervention à privilégier.....	43
Cibles spécifiques d'intervention à prioriser selon les résultats de l'évaluation.....	44
Auprès du jeune.....	44
Auprès du parent non abuseur.....	47
Auprès de la famille.....	50
Interventions avec l'abuseur.....	52

Définition de l'abus sexuel¹ et prévalence

Définition de l'abus sexuel

L'abus sexuel se définit comme tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou des personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant mineur (de moins de 18 ans). Ces actes sexuels ont pour but de stimuler sexuellement l'enfant ou de l'utiliser pour se stimuler soi-même sexuellement ou pour stimuler une autre personne. Lorsqu'il s'agit d'un adulte ou d'une personne ayant de trois à cinq ans de plus que la victime, les lois de plusieurs pays prévoient qu'il y a automatiquement une situation de pouvoir et qu'il s'agit donc d'agression sexuelle. Lorsqu'il n'y a pas de situation de pouvoir ou de contrôle, il y a agression sexuelle si la victime ne consent pas à l'activité sexuelle. Selon les lois et les situations, l'âge auquel la victime peut consentir à des activités sexuelles non exploitantes peut varier (Tourigny et Baril, 2012, p. 9).

L'abus sexuel intrafamilial concerne plus précisément les abus sexuels commis par un agresseur mineur ou majeur qui a un lien de parenté avec la victime (le lien de parenté est généralement pris au sens large et inclut les liens consanguins, légaux et de fait) (Tourigny et Baril, 2012).

Définition de l'abus sexuel selon la Loi sur la protection de la jeunesse

Selon l'article 38d de la Loi sur la protection de la jeunesse (Gouvernement du Québec, 2015), la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, **d'abus sexuels** ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux.

On parle d'**abus sexuel**:

- 1- Lorsque l'enfant subit des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;
- 2- Lorsque l'enfant encourt un risque sérieux de subir des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation;

Notons que la carte conceptuelle et la recension des écrits ici présentées ne s'appliquent qu'aux abus sexuels intrafamiliaux commis par des agresseurs majeurs.

¹ Puisque la Direction de la protection de la jeunesse utilise l'expression « abus sexuel », elle sera ici privilégiée à l'expression « agression sexuelle » même si l'expression « abus sexuel » est un anglicisme selon l'Office de la langue française.

Prévalence de l'abus sexuel

En 2018-2019, dans la province de Québec, **4,5 % des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse l'ont été pour motifs d'abus sexuel ou de risque sérieux d'abus sexuel.**

57,1 % de ces enfants avaient entre 0 et 12 ans (Association des centres jeunesse du Québec, 2019).

Enfants dont la situation est prise en charge par le DPJ en 2018-2019 (%)²

		0-5 ans	6-12 ans	13-15 ans	16-17 ans	Total
Abandon	1,4 %	50	119	132	204	505
Abus physique	9,6 %	506	1818	673	453	3450
Risque sérieux d'abus physique	3,0 %	517	436	81	60	1094
Abus sexuel	2,8 %	62	404	271	269	1006
Risque sérieux d'abus sexuel	1,7 %	159	305	98	60	622
Mauvais traitements psychologiques	20,9 %	1794	3631	1290	801	7516
Négligence	27,7 %	2110	4509	1926	1439	9984
Risque sérieux de négligence	20,8 %	3061	2866	830	728	7485
Troubles de comportements sérieux	12,1 %	2	291	1373	2670	4336
Total		7 821	13 577	6 402	6 639	34 439

² Tiré du Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse régionaux. Association des centres jeunesse du Québec, 2019.

CARTE 1

Caractéristiques de l'adulte abuseur	
Identité.	<p>De tous les signalements pour abus sexuel jugés corroborés au Québec en 1998 et au Canada en 2003, le père biologique était l'agresseur dans respectivement 14 % et 9 % des cas, le beau-père dans 17 % et 13 % des cas, alors que la mère était l'agresseur dans moins de 5 % des cas (Tourigny et al., 2002; Tourigny et Baril, 2011; Trocmé et al., 2005).</p> <p>Une forte majorité d'abuseurs mineurs sont de sexe masculin (94%) et âgés de moins de 16 ans (69%) (Collin-Vézina et al., 2014).</p> <p>Dans près des deux tiers des cas (65%), l'abuseur est le père biologique (30%), le beau-père de la victime (15%), un membre de la fratrie (16%) ou la mère biologique (4%) (Elklit et al., 2014).</p> <p>La grande majorité des abuseurs sont de sexe masculin (81% des cas) (McDonald & Martinez, 2017).</p> <p>La plupart des abus sexuels envers les enfants demeurent commis par des hommes (80 %). Les abuseurs sont plus susceptibles d'être une femme si celle-ci consomme de la drogue, qu'elle présente un retard mental, des problèmes émotionnels ou qu'elle vit avec des incapacités physiques, d'apprentissage ou médicales. (McLoed, 2015).</p> <p>Lorsqu'il y a un abus sexuel intrafamilial causé par la fratrie, il y a beaucoup plus de risque qu'un garçon soit l'abuseur (Relva et al., 2017).</p>
Antécédents de crimes de nature sexuelle sur des enfants	<p>Dans 23,3% des cas, l'abuseur avait des antécédents de crimes à nature sexuelle sur des enfants, consommait de l'alcool (17,2%) et avait un historique de violence domestique auprès de sa conjointe et de ses enfants (21,9%) (Gomes et al., 2015).</p>
Implication dans des crimes sexuels et non sexuels.	<p>En général, les abuseurs commencent à abuser sexuellement des enfants dans la trentaine, ont déjà été impliqués dans des crimes non sexuels avant leur premier contact sexuel avec un enfant, sont criminellement polyvalents et sont peu constants dans leurs crimes sexuels et non sexuels (Smallbone et Wortley, 2004).</p>
Relations difficiles avec les autres adultes.	<p>Plusieurs abuseurs décrivent leurs relations avec les autres adultes comme étant difficiles et ciblent leurs problèmes conjugaux comme éléments précurseurs de l'abus (Black et al., 2001).</p>
Faible estime de soi/troubles de personnalité / troubles de l'humeur.	<p>Les abuseurs ont vécu davantage d'adversité familiale dans l'enfance, par exemple une histoire d'abus et un fonctionnement familial pauvre; plus de comportements extériorisés tels l'abus de substances et certaines troubles de personnalité; plus de comportements intériorisés, une faible estime de soi, des troubles de l'humeur, davantage de déficits sociaux, plus de problèmes sexuels et plus de cognitions erronées face à l'abus sexuel d'enfants (Tourigny et Baril, 2011; Whitaker et al., 2008).</p>

<p>Problèmes sexuels / Sexualité dysfonctionnelle / Distorsions cognitives.</p>	<p>Hommes : Par rapport aux hommes de la population générale, les agresseurs sexuels d'enfants ont plus de problèmes sexuels (Whitaker et al., 2008).</p> <p>Femmes : La littérature actuelle montre la difficulté à établir un portrait type des femmes qui agressent sexuellement en raison de l'hétérogénéité de leurs profils (Tourigny et Baril, 2011, p. 26).</p> <p>Les différentes études avancent que ces femmes ont été, dans une grande proportion, victimes d'abus sexuel dans leur enfance; elles tendent à être dépendantes par rapport aux hommes ou à vivre un grand rejet par les hommes; elles proviennent souvent de familles chaotiques et abusives; elles présentent un cumul de perturbations dans leur développement, incluant de l'abandon parental, des relations parentales conflictuelles et de l'abus physique dans l'enfance; elles rapportent des perturbations dans leur relation avec leur mère; elles ont une sexualité dysfonctionnelle; elles souffrent de problèmes psychologiques, dont la dépression, l'anxiété, la dissociation, les psychoses et le stress post-traumatique (Johansson-Love et Fremouw, 2006 ; Tardif, Auclair, Jacob et Carpentier, 2005).</p> <p>Malgré l'hétérogénéité des profils d'auteurs d'abus sexuel, un intérêt sexuel déviant (ou paraphilie) et des distorsions cognitives sont deux conditions explicatives essentielles de l'abus sexuel (Lafortune, Proulx et Tourigny, 2010).</p>
<p>Utilisation de matériel pornographique</p>	<p>Certaines études démontrent que l'utilisation de la pornographie serait indirectement liée au fait de commettre un abus sexuel. Un lien existerait entre l'usage de la pornographie et l'acceptation des mythes liés au viol, ainsi qu'entre le visionnement de matériel pornographique et la propension à commettre une agression physique (Allen, D'Alessio et Brezgel, 1995; Allen, Emmers, Gebhardt et Giery, 1995 dans Hébert, Cyr et Tourigny, 2011).</p> <p>Malgré toute l'attention qu'on accorde à cet élément, il semble qu'il n'y ait pas de lien direct entre l'utilisation de matériel pornographique et le fait de commettre un abus sexuel. La littérature révèle que les personnes qui sont déjà prédisposées à commettre des abus sexuels sont celles sur lesquelles l'utilisation de matériel pornographique aurait le plus d'effet (Seto, Maric et Barbaree, 2001).</p> <p>Les victimes d'abus sexuel intrafamilial attribuent leurs épisodes d'abus par un jeune abuseur à la consommation de pornographie violente, à la condition de santé mentale du jeune abuseur (souvent non spécifiée dans les récits des victimes interrogées dans le cadre de cette étude) et finalement, dans une moindre mesure, au besoin de sentiment de dominance du jeune abuseur. Les parents sont fréquemment perçus comme responsables de l'abus selon la victime, car ils n'auraient pas offert le soutien nécessaire à cette dernière (p.ex., manque de discipline ou de supervision, peu ou pas de support après le dévoilement) (McDonald & Martinez, 2017).</p>

<p>Comportements agressifs dominateurs / Attitudes sexistes.</p>	<p>Des attitudes et des comportements sexistes et méprisants envers les femmes, des comportements agressifs et dominateurs dans les relations interpersonnelles ou des comportements sexuels inappropriés sont présents chez un bon nombre d'agresseurs (MSSS, 2001).</p> <p>Les victimes d'abus sexuel intrafamilial attribuent leurs épisodes d'abus par un jeune abuseur au besoin de sentiment de dominance du jeune abuseur (McDonald & Martinez, 2017).</p>
<p>Consommation d'alcool ou de drogues.</p>	<p>La consommation d'alcool ou de drogues a été reconnue dans de nombreuses recherches comme un facteur de désinhibition associé aux abus sexuels (MSSS, 2001).</p> <p>Chez les adultes, les études démontrent de façon systématique que la consommation d'alcool précédant l'abus sexuel sur une femme, une adolescente ou un enfant est un phénomène fréquent. Également, une proportion importante d'agresseurs sexuels présentent des problèmes d'alcoolisme; plus d'une vingtaine d'études rapportent qu'un agresseur sur trois a de tels problèmes (Tourigny et Baril, 2011; Tourigny et Dufour, 2000).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque faiblement ou modérément associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons les difficultés parentales (violence conjugale, problèmes liés à la relation de couple, consommation, santé mentale) (Assink et al., 2019).</p>

Facteurs de risque développementaux auxquels l'abuseur adulte a pu être confronté au cours de son histoire	
<p>Fonctionnement familial pauvre.</p>	<p>Les abuseurs ont été confrontés à plus d'adversité familiale dans l'enfance, par exemple une histoire d'abus et un fonctionnement familial pauvre (Tourigny et Baril, 2011; Whitaker et al., 2008).</p>
<p>Histoire de maltraitance / Abandon parental / Exposition aux relations parentales conflictuelles / Antécédents d'abus physique ou d'abus sexuel des parents</p>	<p>Les parents abuseurs sont aux prises avec différentes difficultés telles que la maltraitance durant l'enfance (36 %), la violence conjugale (49 %), la consommation d'alcool ou de drogue (21 %) et un manque de soutien social (20 %) (Tourigny et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Il est difficile de dresser un portrait type des femmes qui agressent sexuellement en raison de l'hétérogénéité de leurs profils (Tourigny et Baril, 2011 ; Saradjian et Hanks, 1996). En dépit de cette hétérogénéité, les différentes études avancent que ces femmes ont été dans une grande proportion victimes d'abus sexuel dans leur enfance, tendent à avoir davantage une dépendance aux hommes ou à vivre un grand rejet par les hommes, proviennent de familles chaotiques et abusives et présentent un cumul de perturbations dans le développement, incluant de l'abandon parental, des relations parentales conflictuelles, de l'abus physique dans l'enfance (Boroughs, 2004; Johansson-Love et Fremouw, 2006; Tardif et al., 2005).</p>

Les parents ont souvent des **antécédents d'abus physiques ou sexuels** : 41,4 % de ces parents ont subi des **abus sexuels** (Hall, Mathews et Pearce, 2002).

Certains parlent de transmission intergénérationnelle des abus sexuels : cette transmission prend une trajectoire différente en fonction des **antécédents d'abus sexuels** vécues par le père ou par la mère (Putnam, 2003).

Les mères ayant des **antécédents d'abus sexuels** ne semblent pas assurer une protection adéquate de leurs enfants (Putnam, 2003).

Les parents des familles dans lesquelles se présente l'abus sexuel dans la fratrie montrent davantage de difficultés personnelles, dont des problèmes de consommation d'alcool, des conflits conjugaux et une insatisfaction sexuelle; ils auraient également vécu davantage **d'agressions physiques et sexuelles** dans l'enfance (Cyr, Wright, McDuff et Perron, 2002; Grant et al., 2009; Salazar, Camp, DiClemente et Wingood, 2005; Tourigny et Baril, 2011).

Le fait **d'avoir été agressé sexuellement durant l'enfance** a souvent été associé au développement de comportements pouvant mener à commettre des abus sexuels à l'adolescence ou à l'âge adulte (Babcock et Tomicic, 2006 ; MSSS, 2001).

Les agresseurs sexuels d'enfants sont significativement plus susceptibles **d'avoir été victimes d'abus sexuel** dans l'enfance que les agresseurs sexuels d'adultes (Jespersen, Lalumière et Seto, 2009).

Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons la **victimisation antérieure de l'enfant et/ou d'un autre membre de la famille (maltraitance concurrente ou antérieure d'un parent ou de la fratrie)** (Assink et al., 2019).

Les victimes d'abus sexuel intrafamilial attribuent leurs épisodes d'abus par **un jeune abuseur** aux interactions familiales dysfonctionnelles (p.ex., parent absent, négligence, parent abuseur), à la **présence de victimisation antérieure qui est par ailleurs souvent non résolue (chez le jeune abuseur et chez les parents non abuseurs, intra ou extrafamilial)**, à la consommation de pornographie violente, à la condition de santé mentale du jeune abuseur (souvent non spécifiée dans les récits des victimes interrogées dans le cadre de cette étude) et finalement, dans une moindre mesure, au besoin de sentiment de dominance du jeune abuseur. Les parents sont fréquemment perçus comme responsables de l'abus selon la victime, car ils n'auraient pas offert le soutien nécessaire à cette dernière (p.ex., manque de discipline ou de supervision, peu ou pas de support après le dévoilement) (McDonald & Martinez, 2017).

Certains jeunes sont plus à risque que d'autres d'être victimes d'abus sexuel : les principales caractéristiques des jeunes les plus à risque

<p>Être une fille (75 à 85 %).</p>	<p>Les enfants victimes d'abus sexuels sont majoritairement de sexe féminin, quoiqu'il y ait une proportion non négligeable de victimes de sexe masculin. On estime que les filles représentent 75 % à 85 % des victimes d'abus sexuel (Black, Heyman et Slep, 2001; Tourigny et Baril, 2011; Wolfe, 2007).</p> <p>Trois enfants victimes d'abus sexuel sur quatre sont de sexe féminin (Putnam, 2003; Trocmé et Wolfe, 2001).</p> <p>Environ un homme sur dix rapporte avoir été agressé sexuellement durant l'enfance comparativement à une femme sur cinq (Tourigny et Baril, 2011; Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, 2006; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr et Baril, 2008).</p> <p>Selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants de 2008 (Lefebvre, 2012), le taux d'abus sexuels corroboré serait nettement supérieur chez les filles que chez les garçons (83% et 17%, respectivement).</p> <p>Plusieurs recherches ont montré que les filles sont plus à risque que les garçons d'abus sexuel intrafamilial (Wolfe, 2007).</p> <p>Les filles sont plus souvent victimes d'agressions intrafamiliales, alors que les garçons subissent plus d'agressions extrafamiliales (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2008).</p> <p>Plus de 75 % des jeunes filles autochtones âgées de moins de 18 ans ont été victimes d'abus sexuel (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2001; Ministère de la Sécurité publique [MSPQ], 2006).</p> <p>Environ le tiers (66%) des victimes d'abus sexuel intrafamilial par un membre de la fratrie est de sexe féminin (Collin-Vézina et al., 2014).</p> <p>Les enfants âgés de 7 à 13 ans seraient particulièrement à risque de vivre un abus sexuel comparativement aux enfants d'autres groupes d'âge (National Center for Victims or Crime, 2012). Les filles sont 5 fois plus à risque de vivre un abus sexuel que les garçons (1/5 vs 1/20; National Center for Victims or Crime, 2012).</p> <p>La majorité des victimes d'inceste par le père biologique sont des filles (82.3%) et l'âge moyen au moment de l'abus est de 7.9 ans, sans égard au sexe de l'enfant. Sept pourcent (7%) des enfants victimes d'inceste présentaient un problème de développement (TSA, trisomie, déficience intellectuelle). La plupart des victimes vivaient dans une famille nucléaire (46.5%) ou monoparentale avec des visites régulières chez le père biologique (32.6%) (Gomes et al., 2015).</p>
<p>Isolement social.</p>	<p>Le manque de supervision parentale, l'isolement social de l'enfant et les situations familiales de promiscuité sont des contextes environnementaux qui rendent l'enfant plus à risque de subir des abus sexuels (Finkelhor, 1984; Young, Martin et Blanchard, 1997).</p>
<p>Problème ou handicap physique /</p>	<p>Les enfants ayant une incapacité, notamment un handicap physique ou des déficits sur le plan intellectuel, sont plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuel (MSSS, 2001; Black et al., 2001; Tourigny et Baril, 2011; Wolfe, 2007).</p>

<p>Déficit intellectuel/ Faibles habiletés sociales</p>	<p>Les jeunes filles ayant une limitation du fonctionnement intellectuel seraient plus à risque d'être victimes d'abus sexuels puisqu'elles pourraient être plus facilement manipulées par leur agresseur que celles ayant un développement typique. Ces enfants seraient aussi moins susceptibles d'être crus et pris au sérieux lorsqu'ils dénoncent leur agresseur (Butler, 2013; Davies et Jones, 2013; Sinanan, 2011).</p> <p>Environ 40 % des femmes ayant un handicap physique vivront au moins une abus sexuel au cours de leur vie (MSSS, 2001; MSPQ, 2006).</p> <p>Les enfants présentant une déficiences intellectuelle (DI) ont de 2 à 6 fois plus de risque d'être agressés sexuellement que les enfants ayant un développement normal (Dion, Bouchard, Gaudreault et Mercier, 2012), notamment en raison de divers facteurs associés à la DI qui augmentent le risque d'être victime d'abus sexuel, tels de faibles habiletés de communication et d'habiletés sociales, une plus grande dépendance envers les donneurs de soins, une exposition à une diversité de donneurs de soins et un manque d'éducation sexuelle (Dion, Paquette, Tremblay, Cyr et Dionne, 2013).</p> <p>Chez les enfants présentant une DI, les filles sont aussi plus à risque de subir un abus sexuel que les garçons, bien que la proportion de garçons ayant une DI victimes soit plus élevée que la proportion de garçons au développement typique victimes (Dion et al., 2013).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons les caractéristiques liées à l'enfant abusé (faibles habiletés sociales, utilisation Internet) et les problèmes liés à l'enfant abusé (problèmes de santé physique ou mentale chroniques, consommation drogues/comportements délinquants) (Assink et al., 2019).</p> <p>La majorité des victimes d'inceste par le père biologique sont des filles (82,3%) et l'âge moyen au moment de l'abus est de 7,9 ans, sans égard au sexe de l'enfant. Sept pourcent (7%) des enfants victimes d'inceste présentaient un problème de développement (TSA, trisomie, déficiences intellectuelle). La plupart des victimes vivaient dans une famille nucléaire (46,5%) ou monoparentale avec des visites régulières chez le père biologique (32,6%) (Gomes et al., 2015).</p> <p>Les abuseurs sont plus susceptibles d'être une femme si l'enfant consomme de la drogue. Les abuseurs sont aussi plus à risque d'être une femme si l'enfant a un handicap physique ou si l'enfant a déjà été signalé victime d'abus ou de maltraitance. L'abuseur est plus susceptible d'être un homme si l'enfant présente un retard mental ou des problèmes de comportement (McLoed, 2015).</p>
<p>Carences affectives / Besoin d'attention.</p>	<p>Les enfants présentant des carences affectives et un grand besoin d'attention sont plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuel (Tourigny et Baril, 2011; Wolfe, 2007).</p> <p>Les filles ayant des carences affectives et celles dont les parents démontrent peu d'affection à leur égard sont plus à risque d'être victimes d'abus sexuels (Butler, 2013).</p> <p>L'abus sexuel est associé, chez des adolescentes, au fait de ne pas avoir grandi avec ses 2 parents biologiques, d'être un enfant "du milieu" (ni la plus jeune ni la plus vieille) et d'avoir ses 2 parents sans emploi (Kanamuller et al., 2014).</p>

Problèmes intériorisés et extériorisés	<p>Les enfants présentant des problèmes de comportements intériorisés et extériorisés, particulièrement les garçons, sont plus susceptibles d'être victimes d'abus sexuel (Black et al., 2001; Tourigny et Baril, 2011; Wolfe, 2007).</p> <p>Les filles qui sont aux prises avec des troubles comportementaux, comme les comportements extériorisés, seraient aussi plus à risque de subir des abus sexuels que celles qui n'en ont pas (Butler, 2013; Maniglio, 2015).</p>
--	--

Histoire du jeune à risque d'être abusé	
Victime d'abus physique / Abus psychologique / Abus sexuel / Négligence.	<p>Le fait d'avoir été victime d'abus physique, psychologique ou sexuel augmente la vulnérabilité d'un enfant d'être agressé sexuellement (Higgins et McCabe, 2001; Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Au Québec, 19 % des adultes qui rapportent avoir été abusés sexuellement durant leur enfance mentionnent également avoir vécu de la violence physique. Également, 14 % des adultes qui rapportent avoir été abusés sexuellement durant leur enfance mentionnent également avoir vécu de la violence psychologique (Tourigny et Baril, 2011; Tourigny, et al., 2006).</p> <p>Parmi les enfants québécois et canadiens dont les abus sexuels ont été jugés fondés entre 1998 et 2003, les évaluations confirment qu'entre 25 % et 49 % ont vécu une autre forme de mauvais traitements incluant l'abus physique, l'abus psychologique et la négligence (Tourigny et Baril, 2011; Tourigny, Hébert, Daigneault, Jacob et Wright, 2005; Trocmé, Fallon, MacLaurin et Neves, 2003; Trocmé, Fallon, McLaurin, Daciuk et al., 2005).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons la victimisation antérieure de l'enfant et/ou d'un autre membre de la famille (maltraitance concurrente ou antérieure d'un parent ou de la fratrie) (Assink et al., 2019).</p> <p>L'âge moyen du début de la période d'abus sexuel chez la personne abusée est de 7.4 ans, alors que l'âge moyen de cessation de la personne abusée est de 13 ans. En moyenne, la période d'abus a duré 4.4 ans. La plupart des participants (72%) rapporte avoir vécu plus de 10 épisodes d'abus. La plupart des personnes abusées rapportent avoir été victimes d'autres formes de maltraitance par la fratrie, dont l'abus physique (79%) et l'abus émotionnel (77%) (McDonald & Martinez, 2017).</p> <p>Les abuseurs sont plus susceptibles d'être une femme si l'enfant consomme de la drogue (OR=3.13). Les abuseurs sont aussi plus à risque d'être une femme si l'enfant a un handicap physique ou si l'enfant a déjà été signalé victime d'abus ou de maltraitance (McLoed, 2015).</p>
Exposition à la violence conjugale.	<p>Parmi les enfants québécois et canadiens dont les abus sexuels ont été jugés fondés entre 1998 et 2003, les évaluations confirment qu'entre 25 % et 49 % ont vécu une autre forme de mauvais traitements incluant l'exposition à la violence conjugale (Higgins et McCabe, 2001; Tourigny et Baril, 2011; Tourigny et al., 2005; Trocmé et al., 2003; Trocmé et al., 2005).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons les difficultés parentales (violence conjugale, problèmes liés à la relation de couple) (Assink et al., 2019).</p>

Processus de l'abus sexuel intrafamilial	
Motivations de l'abuseur.	<p>Une personne doit avoir des motivations ou de l'intérêt à agresser sexuellement un enfant. Trois sources de motivation possibles peuvent être présentes, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La congruence émotionnelle entre les besoins d'un agresseur et les caractéristiques de l'enfant rendant ainsi plus satisfaisante la relation avec un enfant; • L'excitation sexuelle liée à l'enfant; • L'incapacité à satisfaire ses besoins émotionnels ou sexuels dans le cadre de relations privilégiées avec des adultes. <p>La décision de passer à l'acte est motivée par un état affectif négatif, des préoccupations d'ordre sexuel, une perception de soi négative ou de la difficulté à retrouver un bien-être (<i>poor coping</i>) (Wakeling, Webster, Moulden et Marshall, 2007).</p>
Passer outre ses inhibitions.	<p>Outre sa motivation à abuser sexuellement un enfant, l'agresseur potentiel doit outrepasser ses inhibitions internes concernant l'abus sexuel d'un enfant. Les éléments suivants peuvent faciliter le dépassement de ces inhibitions internes et favoriser le passage à l'acte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les distorsions cognitives. La décision de commettre un abus est motivée par des indices sociaux mal interprétés, des distorsions cognitives et un sentiment d'avoir le droit (<i>sense of entitlement</i>) (Finkelhor, 1984 ; Wakeling et al., 2007); • Le désordre affectif. La décision de passer à l'acte est motivée par un état affectif négatif, des préoccupations d'ordre sexuel, une perception de soi négative ou la difficulté à retrouver un bien-être (<i>poor coping</i>) (Wakeling et al., 2007). • La consommation d'alcool ou de drogue a été reconnue dans de nombreuses recherches comme un facteur de désinhibition associé aux abus sexuels (MSSS, 2001).
Stratégies de préparation de l'abus sexuel.	<p>L'agresseur potentiel doit avoir accès à un enfant, il doit alors outrepasser les inhibiteurs et obstacles externes comme les lois, tout en cherchant à isoler l'enfant. Le manque de supervision parentale, l'isolement social de l'enfant et les situations familiales de promiscuité sont alors des contextes environnementaux qui rendent l'enfant plus disponible pour un agresseur sexuel.</p> <p>Les agresseurs emploient de nombreuses tactiques pour normaliser leurs activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La coercition physique et psychologique (menaces, force physique et achat du silence); • La désensibilisation, en exposant graduellement la victime (la <i>préparation</i>) à du matériel pornographique, en déguisant des

	<p>comportements en des gestes éducatifs, en présentant l'interaction sexuelle comme une forme acceptable de punition ou de récompense ou en présentant l'activité comme une manière appropriée de remettre des faveurs, afin de normaliser leurs activités (Finkelhor, 1984; Young et al., 1997).</p> <p>L'abuseur doit pouvoir vaincre la résistance de l'enfant face à l'abus sexuel. Il le fait alors par différentes stratégies, soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La désensibilisation de l'enfant; • L'établissement d'une dépendance émotionnelle; • L'établissement d'une relation impliquant des échanges de cadeaux; • Dans certains cas, l'utilisation de menaces ou l'emploi de la force (Finkelhor, 1984; Young et al., 1997). <p>La décision d'un abuseur de ne pas commettre d'abus est motivée par le fait que la victime le rejette explicitement (par exemple en disant non, en le repoussant ou en s'enfuyant). La décision peut aussi être motivée par le fait que l'abuseur ne dispose pas suffisamment de temps pour commettre son délit sans être repéré ou que la victime est perçue comme pouvant dénoncer l'abus (Wakeling et al., 2007).</p> <p>Les auteurs ont effectué une recension des écrits sur les stratégies de l'abuseur pour diminuer la probabilité que l'enfant résiste à l'abus : cibler un enfant vulnérable (p.ex., incapacités), désensibilisation de l'enfant par l'exposition à la sexualité/nudité, établissement d'une relation de confiance et affectueuse, chantage émotif envers l'enfant (p.ex., seulement l'enfant peut comprendre l'abuseur, donc il ne doit pas briser sa confiance), isolement de l'enfant, charmer / gagner la confiance de l'entourage de l'enfant, violation des frontières physiques normales (p.ex., "accidentellement" toucher parties génitales de l'enfant, commentaires sur l'apparence physique de l'enfant, etc.), première approche non sexuelle, cadeaux sexualisés (p.ex., sous-vêtements, bikinis, etc.). Ce qui complexifie la définition et l'identification des comportements de manipulation pour orchestrer un abus sexuel envers un enfant est le fait que certaines manifestations s'inscrivent dans le cadre de relations adulte-enfant "normales" (ex., créer une relation de confiance et chaleureuse, jeux de chatouilles, routine du bain, etc.) (Bennett & O'Donohue, 2014).</p>
--	---

Caractéristiques de l'abus sexuel à l'égard de l'enfant	
Attouchements sexuels chez les enfants de 6 à 11 ans.	45 % des victimes d'attouchements sexuels durant l'enfance l'ont été pour la première fois entre 6 et 11 ans (Tourigny et al., 2008). En moyenne, les enfants ont vécu leur premier épisode d'abus sexuel à l'âge de 6,7 ans et les abus ont duré 7 ans en moyenne . En moyenne, les victimes ont vécu 6,1 expériences d'abus sexuel . L'âge moyen de dévoilement était de 22 ans. Dans près des deux tiers des cas (65%), l'abuseur

	<p>était le père biologique (30%), le beau-père de la victime (15%), un membre de la fratrie (16%) ou la mère biologique (4%) (Elklit et al., 2014).</p> <p>L'âge moyen du début de la période d'abus sexuel chez la personne abusée est de 7.4 ans, alors que l'âge moyen de cessation de la personne abusée est de 13 ans. En moyenne, la période d'abus a duré 4,4 ans. La plupart des participants (72%) rapporte avoir vécu plus de 10 épisodes d'abus. (McDonald & Martinez, 2017).</p>
Viol chez les adolescentes.	69 % des victimes de viol ont été agressées à l'adolescence (Tourigny et al., 2008).
Nature de l'abus / Fréquence / Durée / Lien de proximité avec l'abuseur.	<p>Nature de l'abus sexuel : type d'abus (attouchements, pénétration, relation sexuelle orale), fréquence, durée et lien de proximité avec l'abuseur.</p> <p>Certains auteurs observent une relation entre la sévérité de l'abus sexuel et l'ampleur des difficultés d'adaptation chez l'enfant. Ces résultats ne font toutefois pas l'unanimité puisque certains chercheurs ne rapportent aucun lien significatif entre les caractéristiques de l'abus sexuel et l'adaptation des enfants (Hébert et al., 2011).</p> <p>La durée ou la fréquence (quantité) de l'abus sexuel tend à augmenter lorsque le type d'abus implique des contacts sexuels ou l'utilisation de la force, lorsque l'abuseur fait partie de la famille de la personne abusée ou lorsque l'enfant est plus jeune au moment du début de l'abus (Ventus et al., 2017).</p>
Sévérité.	<p>L'abus sexuel commis par un membre de la famille à l'endroit d'un enfant a généralement des conséquences encore plus importantes que celle perpétrée par un individu extérieur à la famille. L'enfant victime d'abus sexuel en milieu familial ressent un sentiment de trahison de la part d'une personne dont il est entièrement dépendant, avec qui il a un lien affectif significatif, en qui il a confiance et dont il est en droit d'attendre sécurité et protection (MSSS, 2001).</p> <p>Les intervenants jugent plus souvent que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis dans les cas où le père, le conjoint de la mère ou le frère est l'abuseur (Cyr, 2003).</p> <p>Les frères agresseurs sont ceux qui commettent les agressions les plus sévères, entre autres, parce qu'ils sont plus nombreux à utiliser la pénétration (Cyr, 2003).</p> <p>Les résultats de cette recherche indiquent que peu de différences existent entre les abus perpétrés par un frère, un père ou un beau-père. Il ressort cependant que les frères ont plus souvent une relation complète (incluant la pénétration) que les pères ou les beaux-pères. Ces résultats établissent que l'abus sexuel par un frère est aussi dommageable que ceux commis par un père ou un beau-père (Cyr et al., 2002).</p>

CARTE 2

Vulnérabilités du parent non abuseur (principalement la mère)	
Déresse psychologique.	Les enfants abusés sexuellement sont aussi plus nombreux à vivre avec un seul parent naturel, parent qui souffre souvent de détresse psychologique et d'insatisfaction conjugale (Black et al., 2001).
Faible scolarité / Présence de trouble mental.	<p>Certains facteurs peuvent affecter la capacité d'un parent à bien superviser son enfant ou encore affecter directement l'enfant en augmentant sa vulnérabilité face à une situation d'abus sexuel. Ces facteurs sont : une grossesse non désirée, un faible niveau d'éducation de la mère, la consommation de drogues ou d'alcool et des problèmes de santé mentale des parents (Black et al., 2001; Tourigny et Baril, 2011; Tourigny et Dufour, 2000; Wolfe, 2007).</p> <p>La majorité des mères non abusives sont monoparentales, vivent dans des conditions de pauvreté économique importantes, n'ont pas d'emploi et ont un niveau de scolarité inférieur ou égal à un D.E.S. (Baril et al., 2016).</p>
Problèmes de consommation.	<p>On observe souvent un abus de substances ou d'alcool chez les parents d'enfants victimes d'abus sexuel (Paredes, Leifer et Kilbane, 2001; Putnam, 2003).</p> <p>Les parents d'enfants victimes d'abus sexuel ont des antécédents de maltraitance dans une proportion de 36% et sont aux prises avec différentes difficultés, telles que la violence conjugale (49 %), la consommation d'alcool ou de drogue (21 %) et un manque de soutien social (20 %) (Tourigny et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Les parents des familles dans lesquelles il y a eu agression dans la fratrie montrent davantage de difficultés personnelles, dont des problèmes d'alcool, des conflits conjugaux et une insatisfaction sexuelle. Ils auraient également vécu davantage d'abus physique et sexuel dans l'enfance (Cyr et al., 2002; Grant et al., 2009; Salazar et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).</p>
Faible sentiment de compétence parentale.	Certains facteurs peuvent affecter la capacité d'un parent à bien superviser son enfant ou encore affecter directement l'enfant en augmentant sa vulnérabilité face à une situation d'abus sexuel. Ces facteurs sont : une grossesse non désirée, un faible niveau d'éducation de la mère, la consommation de drogue ou d'alcool, des problèmes de santé mentale chez les parents, une relation parent/enfant difficile, un faible sentiment de compétence parentale (particulièrement chez la mère) , une perception plus faible de la qualité du soutien émotif que peut offrir le parent (Black et al., 2001; Tourigny et Baril, 2011; Tourigny et Dufour, 2000; Wolfe, 2007).

Vulnérabilités familiales	
Promiscuité dans la famille.	Le manque de supervision parentale, l'isolement social de l'enfant et les situations familiales de promiscuité sont des contextes environnementaux qui rendent l'enfant plus disponible pour un abuseur sexuel (Finkelhor, 1984; Young et al., 1997).
Parent seul / Absence d'un des parents biologiques (père) /	<p>Environ 82 % des mères d'enfants abusés sexuellement sont célibataires (Paredes et al., 2001).</p> <p>Un des parents biologiques est souvent absent dans les familles où un enfant a été agressé sexuellement (Hébert et Tremblay, 2000; Putnam 2003).</p> <p>Les enfants abusés sexuellement sont aussi plus nombreux à vivre avec un seul parent naturel, parent qui souffre souvent de détresse psychologique et d'insatisfaction conjugale (Black et al., 2001).</p> <p>Certains indicateurs de perturbation d'un milieu familial seraient liés à un risque plus élevé d'être victime d'abus sexuel durant l'enfance. Ces indicateurs sont : l'enfant ne vit pas avec ses deux parents biologiques, soit en raison de la mort ou de l'absence prolongée d'un des deux parents, d'une séparation, d'un divorce ou d'une recomposition familiale ou encore d'une relation conjugale difficile (Black et al., 2001; Tourigny et Baril, 2011; Wolfe, 2007).</p> <p>Les facteurs suivants apparaissent comme des facteurs de risque d'être victimes d'agression : le fait de vivre dans une famille à faible revenu, de ne pas vivre avec son père et d'appartenir à un groupe ethnique minoritaire (Tourigny et Baril, 2011).</p>
Parent ayant de multiples conjoints.	Selon les intervenant(e)s du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, le fait qu'un parent ait eu de multiples conjoints augmente les probabilités pour un enfant d'être abusé sexuellement.
Divorce ou séparation récente / Présence d'un beau-père/ Instabilité familiale.	<p>Au Québec, parmi les 1500 enfants dont le signalement pour abus sexuel a été jugé fondé, 28 % des enfants vivaient avec une figure parentale qui avait récemment connu un divorce ou une séparation, 65 % des enfants ne vivaient pas avec leurs deux parents biologiques, 30 % vivaient dans une famille recomposée et 33 %, dans une famille monoparentale (Tourigny et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Vivre dans une famille recomposée et en présence d'un beau-père constituent des facteurs de risque d'abus sexuel chez les enfants (Hébert et Tremblay, 2000).</p> <p>La présence d'un beau-père au sein de la famille doublerait les risques que les filles soient victimes d'abus sexuel, car elles ne se retrouveraient pas seulement à risque de se faire agresser par leur beau-père, mais aussi par de nouveaux hommes entrant dans l'environnement familial avec l'arrivée du conjoint (Putnam, 2003).</p> <p>Il s'avère que la présence d'un beau-père (ami ou conjoint de la mère), d'un parent adoptif ou d'un parent d'accueil serait un facteur de risque d'abus sexuel pour les filles (Tourigny et Baril, 2011; Wolfe, 2007).</p>

	<p>Les enfants grandissant dans un milieu familial caractérisé par de l'instabilité familiale sont plus à risque d'être victimes d'abus sexuel (Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Les enfants évoluant dans un milieu familial perturbé, caractérisé par la violence, les conflits, l'absence d'un parent ou l'instabilité familiale peuvent recevoir moins de supervision et présenter des carences affectives et un grand besoin d'attention qui les rendent plus vulnérables face à un abuseur sexuel (Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons la structure familiale (famille non-nucléaire, présence d'un beau-père) (Assink et al., 2019).</p> <p>La présence de conflits conjugaux entre les parents, la nudité parentale, la présence d'un homme autre que le père biologique dans la maison et la démonstration d'affection parentale constituent les prédicteurs les plus puissants du risque d'être victime d'inceste père-fille comparativement aux cas d'abus sexuel commis par un autre homme que le père (Beard et al., 2017).</p> <p>L'abus sexuel est associé, chez des adolescentes, au fait de ne pas avoir grandi avec ses 2 parents biologiques, d'être un enfant "du milieu" (ni la plus jeune ni la plus vieille) et d'avoir ses 2 parents sans emploi (Kanamuller et al., 2014).</p>
Violence intrafamiliale / Conflits entre les membres de la famille.	<p>Les enfants évoluant dans un milieu familial perturbé, caractérisé par la violence, les conflits, l'absence d'un parent ou l'instabilité familiale peuvent recevoir moins de supervision et présenter des carences affectives et un grand besoin d'attention qui les rendent plus vulnérables face à un agresseur sexuel (Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>L'environnement des victimes d'abus sexuel est souvent caractérisé par des conflits dans le couple et entre les membres de la famille (Hébert et Tremblay, 2000; Putnam, 2003).</p>
Conduites criminelles.	<p>Les enfants vivant dans des milieux considérés à risque (par exemple, où les taux de criminalité et de pauvreté sont élevés), ayant subi de la négligence ou de l'abus physique, sont plus à risque de subir des abus sexuels. Ces variables contribuent à diminuer la supervision parentale, ce qui facilite l'accès à des enfants et au risque de commettre des abus sexuels (Black et al., 2001).</p>

Relations conjugales conflictuelles	
Violence conjugale.	<p>Les parents d'enfants victimes d'abus sexuel ont des antécédents de maltraitance dans une proportion de 36% et sont aux prises avec différentes difficultés, telles que la violence conjugale (49 %), la consommation d'alcool ou de drogue (21 %) et un manque de soutien social (20 %) (Tourigny et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons les difficultés parentales (violence conjugale, problèmes liés à la relation de couple) (Assink et al., 2019).</p>

	La présence de conflits conjugaux entre les parents , la nudité parentale, la présence d'un homme autre que le père biologique dans la maison et la démonstration d'affection parentale constituent les prédicteurs les plus puissants du risque d'être victime d'inceste père-fille comparativement aux cas d'abus sexuel commis par un autre homme que le père (Beard et al., 2017).
Insatisfaction conjugale.	L'environnement des victimes d'abus sexuel est souvent caractérisé par des conflits dans le couple et entre les membres de la famille (Hébert et Tremblay, 2000; Putnam, 2003). Les enfants abusés sexuellement sont aussi plus nombreux à vivre avec un seul parent naturel, parent qui souffre souvent de détresse psychologique et d'insatisfaction conjugale (Black et al., 2001). Plusieurs abuseurs décrivent leurs relations avec les autres adultes comme étant difficiles et identifient leurs problèmes conjugaux comme étant précurseurs à leur décision d'abuser (Black et al., 2001).
Insatisfaction sexuelle.	Les parents des familles dans lesquelles il y a eu abus sexuel dans la fratrie semblent avoir davantage de difficultés personnelles, dont des problèmes d'alcool, des conflits conjugaux et une insatisfaction sexuelle et ils auraient également vécu davantage d'agression physiques et sexuelles dans l'enfance (Cyr et al., 2002; Grant et al., 2009; Salazar et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).

Qualité des soins envers le jeune	
Abus physique / Négligence.	Les enfants victimes d'abus sexuel sont plus à risque de subir des abus physiques et de la négligence de la part de leurs parents (Cyr et al., 2002; Finkelhor, Omrod et Turner, 2007; Hall et al. 2002). Les enfants vivant dans des milieux considérés à risque (par exemple, où les taux de criminalité et de pauvreté sont élevés), ayant subi de la négligence ou de l'abus physique , sont plus à risque de subir des abus sexuels. Ces facteurs semblent être en lien avec une diminution de la supervision parentale, et, de ce fait, facilitent l'accès à des enfants et aux abus sexuels (Black et al., 2001).
Supervision parentale inadéquate.	Les enfants victimes d'abus sexuel proviennent souvent de familles où la supervision parentale est inadéquate (Cyr et al., 2002; Hébert et Tremblay, 2000). Les enfants évoluant dans un milieu familial perturbé, caractérisé par la violence, les conflits, l'absence d'un parent ou l'instabilité familiale, peuvent recevoir moins de supervision et présenter des carences affectives et un grand besoin d'attention qui les rendent plus vulnérables face à un abuseur sexuel (Tourigny et Baril, 2011).
Relation parent-enfant difficile / Faible qualité du soutien émotif.	Certains facteurs peuvent affecter la capacité du parent à bien superviser son enfant ou affecter directement l'enfant en augmentant sa vulnérabilité face à une situation d'abus sexuel. Ces facteurs sont : une grossesse non désirée, un faible niveau d'éducation de la mère, la consommation de drogue ou d'alcool, des problèmes de santé mentale chez les parents, une relation parent/enfant difficile , un faible sentiment de compétence parentale (particulièrement chez la mère), une perception plus faible de la qualité du

	soutien émotif offert par le parent (Black et al., 2001; Tourigny et Baril, 2011; Tourigny et Dufour, 2000; Wolfe, 2007).
--	--

Conditions défavorables	
Aide sociale / Pauvreté / Problèmes économiques	<p>Les données québécoises provenant des services de protection montrent une surreprésentation des familles défavorisées économiquement dans les situations d'abus sexuel : 41 % des enfants dont le signalement a été retenu et jugé fondé vivaient avec au moins une figure parentale dont la source de revenu était l'aide sociale et plus du quart des parents de ces enfants (26 %) rapportaient des problèmes d'ordre économique (Tourigny et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Les enfants vivant dans des milieux considérés à risque (par exemple, où les taux de criminalité et de pauvreté sont élevés), ayant subi de la négligence ou de l'abus physique, sont plus à risque de subir des abus sexuels. Ces variables contribuent à diminuer la supervision parentale, ce qui facilite l'accès à des enfants et les abus sexuels (Black et al., 2001).</p> <p>Le niveau socioéconomique des parents d'enfants victimes d'abus sexuel est faible (Hébert et Tremblay, 2000).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons le faible SSÉ (Assink et al., 2019).</p> <p>La majorité des mères non abusives étaient monoparentales, vivent dans des conditions de pauvreté économique importantes, n'ont pas d'emploi et ont un niveau de scolarité inférieur ou égal à un D.E.S. (Baril et al., 2016).</p>
Faible soutien social/ isolement de la famille	<p>Les parents d'enfants victimes d'abus sexuel ont des antécédents de maltraitance dans une proportion de 36% et sont aux prises avec différentes difficultés, telles que la violence conjugale (49 %), la consommation d'alcool ou de drogue (21 %) et un manque de soutien social (20 %) (Tourigny et al., 2005; Tourigny et Baril, 2011).</p> <p>Les auteurs ont identifié sept catégories de facteurs de risque associées à l'abus sexuel. Parmi ceux-ci, notons l'isolement social de la famille (Assink et al., 2019).</p>
Appartenance à un groupe ethnique minoritaire.	<p>Les facteurs suivants apparaissent comme des facteurs de risque d'être victimes d'abus : le fait de vivre dans une famille à faible revenu, de ne pas vivre avec son père et d'appartenir à un groupe ethnique minoritaire (Tourigny et Baril, 2011).</p>

Valeurs sociales machistes	
Hostilité à l'égard des femmes / Normalisation de la violence /	<p>Certains modèles sociaux peuvent jouer un rôle dans les abus sexuels car ils alimentent les mythes, les préjugés et les stéréotypes, et justifient, banalisent ou encouragent cette forme de violence. Parmi ces attitudes,</p>

Normalisation de la criminalité.	<p>mentionnons l'hostilité à l'égard des femmes et la normalisation de la violence dans les rapports interpersonnels (MSSS, 2001).</p> <p>D'autres facteurs sociaux, comme la pression des pairs et certains problèmes de délinquance ou d'adaptation sociale, ont également été associés aux risques de commettre des abus à caractère sexuel (MSSS, 2001).</p> <p>En général, les abuseurs sexuels d'enfants commencent à abuser sexuellement des enfants dans la trentaine, ont déjà été impliqués dans des crimes non sexuels avant leur premier contact sexuel avec un enfant, sont criminellement polyvalents et sont peu constants dans leurs crimes sexuels et non sexuels (Smallbone et Wortley, 2004).</p>
Normes patriarcales rigides	<p>Les mères dont l'appartenance culturelle favorise des normes patriarcales rigides peuvent vivre un dilemme intense entre la préservation de la famille, la loyauté envers leur conjoint et la peur d'être exclue de leur famille étendue, voire de la communauté ethnique. Ces personnes ont tendance à accorder une plus grande importance à la cohésion familiale qu'au bien-être individuel. Le fait d'être placée devant ce dilemme place la mère dans une situation de stress. Ainsi, la peur des répercussions liées à la reconnaissance de l'abus incite parfois les mères à ne pas croire leur enfant (Alaggia, 2002).</p>
Attitudes et comportements sexistes	<p>Certaines caractéristiques, telles des attitudes et des comportements sexistes et méprisants envers les femmes, des comportements agressifs et dominateurs dans les relations interpersonnelles ou des comportements sexuels inappropriés, sont présentes chez un bon nombre d'abuseurs (MSSS, 2001).</p>

Facteurs pouvant influencer la cessation ou la continuité de l'abus sexuel

Continuité	
Indices sociaux mal interprétés / Distorsions cognitives / Sentiment d'avoir le droit.	<p>La décision de commettre un abus est motivée par des indices sociaux mal interprétés, des distorsions cognitives et un sentiment d'avoir le droit (<i>sense of entitlement</i>) (Wakeling et al., 2007).</p>
Cessation	
Enfant explicitement rejetant / Peur d'être repéré / Peur de la dénonciation.	<p>La décision d'un abuseur de ne pas commettre d'abus est motivée par le fait que la victime s'est opposée explicitement (par exemple en disant non, en le repoussant ou en s'enfuyant). La décision peut aussi être motivée par le fait que l'abuseur ne dispose pas suffisamment de temps pour commettre son délit sans être repéré ou que la victime est perçue comme pouvant dénoncer l'abus (Wakeling et al., 2007).</p>

CARTE 3

Conséquences possibles de l'abus sexuel

Période développementale (selon la recension des écrits de Tyler, 2002)	
Jeune enfance (early).	Comportements sexuels inappropriés Comportements intériorisés et extériorisés
Enfance (middle).	Dépression Idéations suicidaires Syndrome de stress post-traumatique Anxiété sexuelle Comportements sexuels inappropriés Comportements intériorisés et extériorisés
Adolescence.	Comportements sexuels à risque Dépression Idéations suicidaires Suicide Troubles intériorisés (faible estime de soi) Syndrome de stress post-traumatique Troubles extériorisés (comportements antisociaux) Consommation abusive de substances Insertion dans une gang Grossesse précoce Fugue
Enfants présentant une déficience intellectuelle (selon la recension de Dion et al., 2013).	<p>Les enfants présentant une déficience intellectuelle qui ont été abusés sexuellement présentent plus souvent que leurs pairs aussi abusés sexuellement, mais sans déficience intellectuelle, des incapacités physiques. Ils adoptent aussi plus souvent des comportements autodestructeurs et font des fugues (Paquette, Dion, Tremblay, Tourigny, Hélie, Bouchard et Matteau, 2018). Pourtant, la décision de la protection de la jeunesse est plus souvent que leur développement ou leur sécurité n'est pas compromis (Paquette et al., sous presse). Les conséquences de ces abus peuvent être attribuées à tort aux problèmes de santé mentale qui co-occurrent plus souvent chez les enfants présentant une déficience intellectuelle (Dion et al., 2013). Pour ces enfants, il importe de documenter les changements dans le fonctionnement habituel (Dion et al., 2013).</p> <p>Certaines études montrent que parmi les enfants abusés sexuellement, le risque de commettre à leur tour un abus sexuel serait plus élevé chez ceux présentant une déficience intellectuelle que chez les enfants qui ne présentent pas cette condition (voir Hayes, 2009). Nous posons l'hypothèse que cela puisse découler du peu de services post-abus qu'ils</p>

	reçoivent ou du fait que ces services ne sont pas ajustés à leurs besoins spécifiques (Dion et al., 2013).
--	--

Conséquences comportementales	
Tentatives de séduction	<p>Symptômes possibles chez les victimes (Crosson-Tower, 2002; MSSS, 2001; MSSS, 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tentatives de séduction; • tentatives de suicide ou idées suicidaires; • nombre excessif de fugues; • cruauté extrême envers les animaux (particulièrement les animaux de compagnie); • pyromanie. <p>Conséquences possibles (Babcock et Tomicic, 2006 ; MSSS, 2001 ; MSSS, 2003; Putnam, 2003)</p> <ul style="list-style-type: none"> • école buissonnière, les victimes perdent souvent leur intérêt pour l'école et les activités connexes ; • hyperactivité, d'après une étude, les enfants victimes de violence physique et sexuelle sont 10 % plus hyperactifs que les autres; • troubles des conduites / délinquance; • grossesse non désirée; • suicide; • rapports sexuels précoces, les filles victimes d'abus durant l'enfance sont plus susceptibles d'avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 12 ans; • fugues et prostitution. <p>Les enfants victimes d'abus sexuel dont la mère a aussi été victime d'abus sexuel présentent</p> <ul style="list-style-type: none"> • davantage de comportement intériorisés et de problèmes de comportement (intériorisés + extériorisés) que les enfants aussi victimes d'abus sexuel, mais dont la mère n'a pas été abusée sexuellement. • Le fait qu'une mère ait vécu un abus sexuel semble donc être un modérateur (facteur aggravant) de la relation entre l'abus sexuel et les problèmes de comportement chez l'enfant abusé. Les enfants victimes d'abus sexuel dont la mère a aussi été victime d'abus sexuel ont davantage tendance à avoir été abusé par une personne de confiance/un proche que les enfants aussi victimes d'abus sexuel, mais dont la mère n'a pas été abusée sexuellement (Baril et al., 2016).
Idéations suicidaires.	
Fugues.	
École buissonnière	
Davantage d'hyperactivité	
Trouble des conduites	
Grossesse non désirée	
Suicide	
Rapports sexuels précoces	
Prostitution	
Automutilation	
Nombre élevé de partenaires sexuels	
Abus sexuels	

Conséquences psychologiques	
Anxiété	

Colère	Les enfants victimes d'abus sexuel montrent davantage d'anxiété (Lev-Wiesel, 2005).
Temps excessif passé dans le bain	Les enfants victimes d'abus sexuel montrent davantage de colère (Negrao II, Bonanno, Noll, Putnam et Trickett, 2005; Scott, Burlingame, Starling, Porter et Lilly, 2003;).
Masturbation excessive	Symptômes possibles chez les victimes (Crosson-Tower, 2002; MSSS, 2001; MSSS, 2003)
Rapports sexuels inappropriés pour l'âge/ jeux sexuels avec les pairs	<ul style="list-style-type: none"> • temps excessif passé dans le bain; • masturbation excessive; • tendance exceptionnelle aux cachoteries; • rapports sexuels inappropriés pour l'âge de l'enfant (surtout chez les enfants en bas âge); • jeux sexuels poussés avec les pairs (chez les enfants en bas âge, jeux qui excèdent l'exploration normale du type « jouer au docteur »);
Crainte anormale des hommes	<ul style="list-style-type: none"> • obéissance excessive ou repli sur soi-même; • crainte anormalement élevée des hommes (ou des femmes);
Faible estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> • pleurs sans raison apparente; • faible estime de soi, discours indiquant une blessure sans que celle-ci soit apparente;
Pleurs sans raison.	<ul style="list-style-type: none"> • enfant qui semble plus vieux et plus expérimenté que ses pairs; • apparition soudaine d'énurésie (l'enfant mouille ses vêtements ou son lit) ou d'encoprésie;
Encoprésie/ éneurésie soudaine	<ul style="list-style-type: none"> • phobie soudaine;
Énurésie.	<ul style="list-style-type: none"> • agressivité extrême ou passage à l'acte.
Phobie soudaine	
Agressivité extrême/ passage à l'acte	

<p>Conséquences à plus ou moins long terme</p>	<p>Les conséquences des abus sexuels sont multiples et peuvent se manifester de plusieurs façons et à différents moments de la vie (MSSS, 2012). Que l'abus sexuel se soit produit récemment ou il y a longtemps, il entraîne des conséquences dont certaines sont partagées par une majorité de victimes et d'autres particulières à la situation de chaque personne. Les conséquences à court terme chez la victime se vivent en trois étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La période de choc (colère, peurs intenses, tristesse, honte, sautes d'humeur, impression d'être incomprise et seule avec ce problème, troubles du sommeil, perte d'appétit, sensations de douleur généralisée ou spécifique, etc.). • La période de réajustement (peur de rester à l'intérieur, peur des foules, peur d'être seule, peur des relations sexuelles, etc.). • La période d'intégration (besoin de repenser à l'abus sexuel afin d'éclaircir certaines questions ou émotions qui troublent encore la victime, période d'introspection durant laquelle la victime peut se sentir loin des autres, etc.) <p>Diverses manifestations peuvent survenir chez les victimes sur une longue période (immédiatement après l'abus sexuel jusqu'à plusieurs années plus tard) (MSSS, 2012) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des problèmes psychologiques : tristesse, dépression, culpabilité, sentiment de colère et de rage, peur, faible estime de soi, honte, découragement, idées suicidaires, automutilation; • Des difficultés sexuelles : baisse de désir ou hypersexualisation, douleurs lors des relations sexuelles, dégoût pour la sexualité; • Des difficultés relationnelles avec le conjoint ou la conjointe, les amis, la famille; • Des frustrations ou de l'anxiété causées par les procédures judiciaires, le procès, les témoignages à la cour; • Des problèmes économiques, sociaux ou familiaux : difficultés au travail, rejet par les amis, séjour dans un centre d'hébergement ou un centre de crise, perte de revenus. <p>L'abus sexuel commis par un membre de la famille à l'endroit d'un enfant a généralement des conséquences plus importantes que celle perpétrée par un individu extérieur à la famille. L'enfant victime d'abus sexuel en milieu familial ressent un sentiment de trahison de la part d'une personne dont il est entièrement dépendant, avec qui il a un lien affectif significatif, en qui il a confiance et dont il est en droit d'attendre sécurité et protection. Par ailleurs, si les abus sexuels ont été fréquents et se sont déroulés sur une longue période, les enfants qui en sont victimes connaîtront plus de problèmes sérieux d'adaptation sociale à l'âge adulte (MSSS, 2001).</p> <p>Les enfants ayant été victimes d'abus sexuel intrafamilial sont plus nombreux que les enfants non abusés à présenter</p>
--	--

- des profils **d'attachement inséure (58% vs 31%) ou désorganisé (14% vs 4%)**.
- Les enfants ayant été victimes d'abus sexuel présentent davantage des **difficultés extériorisées et intériorisées et de la dissociation** (Ensink et al., 2019).

La grande majorité (85%) des victimes d'abus sexuels ont un profil d'**attachement non sécure** (évitant, ambivalent, désorganisé) (Elklit et al., 2014).

Plus un enfant a vécu d'épisodes d'abus sexuel intrafamilial commis par un membre de sa fratrie, **plus son estime de soi est faible** au début de l'âge adulte (Morrill, 2014).

On note une **relation linéaire positive entre le nombre d'épisodes d'abus et les conséquences** observées sur les enfants abusés. (Stiller & Hellmann, 2017).

Stress post-traumatique.	<p>On parle de stress post-traumatique si la personne a été confrontée à un ou plusieurs événements qui ont impliqué la mort, la menace de mort, des blessures graves ou une menace à l'intégrité physique de la personne en cause ou de celle d'autres personnes. Cette personne a aussi éprouvé une peur intense, de l'horreur, ou une grande détresse.</p> <p>L'événement traumatique hante la personne car il est vécu de manière persistante d'une ou plusieurs manières, et cela parfois pendant toute la vie.</p>
Trouble alimentaire.	
Trouble anxieux.	
Dépression.	
	<p>Chez une personne victime d'état de stress post-traumatique, on observe aussi ce que l'on appelle « des signes d'hyperactivité » du système nerveux, signes qui n'existaient pas avant le traumatisme.</p> <p>On parle d'état de stress post-traumatique lorsque ces signes durent plus d'un mois et sont à l'origine d'une détresse significative ou entraînent des troubles sur le plan social, professionnel et familial. Ce dernier point est très important, car après un traumatisme, l'individu passe par un état de stress qui habituellement régresse progressivement, plus ou moins rapidement selon la sévérité du traumatisme. L'état de stress post-traumatique peut devenir chronique et durer des années, voire toute la vie, quand il a été très profondément touché par un événement. Ce qui explique l'état de stress persistant, c'est qu'au lieu de digérer le traumatisme, le psychisme semblait se mettre en boucle et le répéter dans des pensées, des angoisses, des cauchemars. Comme si, longtemps après le drame, le sujet se retrouvait toujours au pire de ce traumatisme, comme s'il s'agissait du présent. Il ne peut donc cicatriser, sa douleur restant complètement à vif.</p> <p>Symptômes possibles chez les victimes (Crosson-Tower, 2002; MSSS, 2001; MSSS, 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • troubles alimentaires; • automutilation (coupures, éraflures au sang). <p>Conséquences possibles (Babcock et Tomicic, 2006 ; MSSS, 2001 ; MSSS, 2003; Putnam, 2003) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • syndrome de stress post-traumatique (SSPT), dépression et troubles anxieux (crises de panique, phobie sociale et agoraphobie); • comportements malsains, (abus d'alcool et d'autres drogues et comportements sexuels à risque, ainsi que troubles des conduites); • hyperactivité : d'après une étude, les enfants victimes de violence physique et sexuelle sont 10 % plus hyperactifs que les autres; • toxicomanie; • les garçons victimes d'un abuseur masculin peuvent douter de leur virilité à l'âge adulte. <p>40 % des garçons et 45 % des filles victimes d'abus sexuel avaient des résultats élevés à l'échelle des comportements intériorisés du CBCL alors que 40 % des garçons et 37 % des filles victimes obtenaient des résultats élevés à l'échelle des comportements extériorisés (Estes et Tidwell, 2002).</p>

Les enfants victimes d'abus sexuel montrent davantage de symptômes de dépression que les enfants n'ayant pas été abusés sexuellement (Lev-Wiesel, 2005; Putnam, 2003; Quas, Goodman et Jones, 2003; Scott et al., 2003).

Les victimes peuvent vivre diverses manifestations sur une longue période débutant immédiatement après l'abus sexuel ou plusieurs années plus tard (MSSS, 2012) :

- Des problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues, au jeu, aux médicaments;
- Des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie).

Une forte proportion des jeunes abusés **(77%) rencontre les critères diagnostiques du stress post-traumatique**. Lorsque l'abuseur est le père biologique ou un adulte hors de la famille, la sévérité du SPT augmente (Elklit et al., 2014).

À court terme, l'enfant victime d'abus sexuel intrafamilial peut présenter des symptômes liés au trauma : **pensées et émotions intrusives, cauchemars, hypervigilance, dissociation, attention fragilisée, crise, comportements perturbateurs**, etc. (Fraenkel, 2019). À plus long terme, la victime peut présenter des **symptômes liés au stress post-traumatique, des difficultés attentionnelles et émotionnelles (régulation), des symptômes anxieux et dépressifs, une faible estime de soi et de la consommation de substances** (Capstick & Fraenkel, 2005 dans Fraenkel, 2019). Les sentiments de **honte et de culpabilité** chez la victime seraient très fréquents en contexte d'abus sexuel intrafamilial (Sheinberg & Fraenkel, 2001 dans Fraenkel, 2019).

Les enfants ayant été victimes d'abus sexuel qui ne présentent **pas de symptômes cliniques (65.6%) avaient plus tendance à avoir vécu un abus intrafamilial** comparativement aux enfants aussi abusés qui présentaient des symptômes cliniques (45.1%). Ce résultat entre en **contradiction avec les écrits précédents selon lesquels les enfants victimes d'abus sexuels intrafamiliaux sont à risque de présenter des symptômes psychologiques plus importants** que dans un contexte d'abus extrafamilial. Les auteurs expliquent ce résultat au fait que les enfants n'habitaient plus dans un environnement abusif au moment du projet de recherche, que le parent non abusif avait mis fin à sa relation avec l'abuseur, ce qui peut par extension traduire un soutien important offert par le parent non abuseur à son enfant (Hubel et al., 2014).

L'abus sexuel chez des adolescentes est également associé à des **symptômes anxieux (SPT)**, à de **l'automutilation** et à des **idées ou tentatives suicidaires**. Un historique d'abus sexuel est aussi associé au tabagisme chez les adolescentes (Kanamuller et al., 2014).

Plus une adolescente a vécu d'épisodes d'abus sexuel, plus elle présente d'idées suicidaires. La sévérité des symptômes dépressifs et

	des idées suicidaires ne varie pas selon la nature de l'abuseur ni le type de trauma sexuel (McLean et al., 2014).
--	--

Conséquences physiques	
Infection urinaire.	Les enfants victimes d'abus sexuel montrent davantage de problèmes somatiques et ils ont aussi des problèmes liés au sommeil et à l'alimentation (Scott et al., 2003).
Troubles du sommeil.	Symptômes possibles chez les victimes (Crosson-Tower, 2002; MSSS, 2001; MSSS, 2003) : <ul style="list-style-type: none"> • infections urinaires fréquentes; • difficulté à marcher ou à s'asseoir; • déchirures, taches et sang dans les sous-vêtements; • démangeaisons, éruptions, douleur, tuméfaction ou inflammation dans la région génitale/anale; • meurtrissure, blessure ou saignement dans la région génitale/anale; • infections à levures fréquentes; • douleurs en urinant; • vomissements fréquents; • maux de gorge fréquents (peuvent être un symptôme de gonorrhée); • autres symptômes de maladies vénériennes, comme de la douleur ou des pertes au niveau du vagin ou du pénis, des lésions sur les parties génitales ou dans la bouche et des verrues génitales; • grossesse précoce ou non désirée; • problèmes de sommeil ou cauchemars. Conséquences possibles (Babcock et Tomicic, 2006; MSSS, 2001; MSSS, 2003; Putnam, 2003) <ul style="list-style-type: none"> • retard de croissance et de développement; • problèmes de santé chroniques, y compris l'obésité.
Somatisation.	
Blessures région vaginale et anale.	
Grossesse précoce.	
Infections transmises sexuellement.	
Vomissements fréquents.	
Retard de croissance et de développement.	
Obésité	

Ce qui influence les conséquences de l'abus sexuel sur le jeune

Ressources familiales et environnementales auxquelles le jeune peut avoir accès	
Soutien des pairs.	Les pairs peuvent fournir un soutien important aux victimes , particulièrement lorsque celles-ci sont adolescentes (Hébert, 2011).
Soutien de la fratrie.	L'intimité et la présence d'une relation chaleureuse avec un membre de la fratrie pourraient avoir une influence favorable sur l'adaptation de l'enfant victime d'abus sexuel (Hébert, 2011).
Relation d'attachement solide et stable avec le parent N/A	Certains auteurs proposent qu'une relation d'attachement parent-enfant solide et stable serait un meilleur prédicteur des conséquences de l'abus sexuel chez les enfants victimes que le soutien parental à la suite du dévoilement (Hébert, 2011).
Fonctionnement familial.	La qualité du fonctionnement familial , incluant l'expression affective des parents, la cohésion familiale ainsi que l'absence de conflits influence positivement l'adaptation de l'enfant abusé (Hébert, 2011).
Soutien du parent non abuseur.	<p>Tout abus n'engendre pas automatiquement des perturbations physiques ou psychoaffectives. Il existe des mineurs victimes d'abus sexuel qui ne développent pas de troubles, du moins dans un premier temps. De plus, malgré la gravité des faits, certaines victimes sont capables de surmonter la situation, parviennent à cicatriser, principalement parce qu'elles possèdent de bonnes ressources personnelles ou parce qu'elles ont rencontré dans leur environnement des personnes qui leur ont apporté du soutien. Ce soutien peut être familial ou social, au sens large, mais ce n'est pas toujours le cas (De Becker, 2006).</p> <p>Les jeunes qui se sentent soutenus par le parent non agresseur continuent de bien fonctionner dans les domaines social, interpersonnel et académique, ont moins de troubles extériorisés, ont une meilleure estime d'eux-mêmes et souffrent moins de dépression (Hébert, 2011).</p>

Ressources personnelles du jeune	
Stratégies d'adaptation.	<p>Tout abus n'engendre pas automatiquement des perturbations physiques ou psychoaffectives. Il existe des mineurs victimes d'abus sexuel qui ne développent pas de troubles, du moins dans un premier temps. De plus, malgré la gravité des faits, certaines victimes sont capables de surmonter la situation, parviennent à cicatriser, principalement parce qu'elles possèdent de bonnes ressources personnelles ou parce qu'elles ont rencontré dans leur environnement des personnes qui leur ont apporté du soutien. Ce soutien peut être familial ou social, au sens large, mais ce n'est pas toujours le cas (De Becker, 2006).</p>

	Les enfants qui utilisent principalement des stratégies de recherche de soutien et de résolution de problèmes présenteraient moins de troubles intériorisés et extériorisés (Hébert, 2011).
Jeune qui ne se perçoit pas comme responsable de l'abus.	Les attributions négatives sont en corrélation avec les symptômes éprouvés par les enfants et l'évaluation de l'événement ou le fait que les adolescents considèrent celui-ci comme une menace et un dommage s'associe à une augmentation des symptômes intériorisés et extériorisés (Hébert, 2011). Inversement si l'enfant ne se perçoit pas comme responsable de l'événement.

Vulnérabilités du jeune	
Percevoir l'abus comme une menace.	Les attributions négatives sont en corrélation avec les symptômes éprouvés par les enfants et l'évaluation de l'événement ou le fait que les adolescents considèrent celui-ci comme une menace et un dommage s'associe à une augmentation des symptômes intériorisés et extériorisés (Hébert, 2011). Inversement si l'enfant ne se perçoit pas comme responsable de l'événement.
Stratégies d'évitement.	Les enfants qui utilisent des stratégies d'évitement (c'est-à-dire qui tentent de ne pas y penser) démontrent davantage de détresse, alors que les enfants qui utilisent principalement des stratégies de recherche de soutien et de résolution de problèmes présentent moins de troubles intériorisés et extériorisés, selon l'évaluation du parent. De plus, le recours à des stratégies d'évitement est lié à des symptômes de stress post-traumatique rapportés par l'enfant (Hébert, 2011).
Profil d'attachement désorganisé.	Un attachement aux figures parentales de type désorganisé permet de prédire des troubles intériorisés, et ce, au-delà des caractéristiques de l'abus sexuel. Les jeunes enfants victimes d'abus sexuel dont l'attachement est de type désorganisé courent six fois plus de risque que les autres de souffrir de troubles intériorisés atteignant le seuil clinique (Hébert, 2011).
Honte et blâme.	Les attributions internes spécifiques en lien avec l'abus sexuel subi (notamment le blâme) sont liées aux symptômes de stress post-traumatique, alors que le style général d'attribution interne prédit plutôt les symptômes de dépression et de baisse d'estime de soi (Hébert, 2011). Les sentiments persistants de honte relatifs à l'abus sexuel peuvent par ailleurs nuire au processus de résolution du trauma et contribuer au maintien des symptômes de stress post-traumatique. Les sentiments de stigmatisation (honte, blâme), plus que la sévérité de l'abus sexuel, prédisent des difficultés sexuelles ultérieures (Hébert, 2011).
Sexe de l'enfant.	Selon les résultats d'une méta-analyse de Paolucci, Genuis et Violato (2001) on ne note pas d'effet relatif au sexe de l'enfant en ce qui concerne les différents symptômes évalués, dont les symptômes de stress post-traumatiques, la dépression et les idéations suicidaires.

	Les garçons et les filles ne se distinguent pas en ce qui concerne l'intensité des troubles intériorisés et extériorisés ou les symptômes de stress post-traumatiques (Hébert, 2011).
Âge de l'enfant.	Paolucci et al. (2001) n'établissent pas de différence quant aux conséquences répertoriées, notamment les symptômes de stress post-traumatique et de dépression, en fonction de l'âge de l'enfant au moment de l'abus sexuel, de la relation entre la victime et l'abuseur, du type d'actes impliqués ou de la durée de l'abus sexuel (Hébert, 2011).

Autres facteurs aggravants	
Agressions fréquentes et durée prolongée.	Si les abus sexuels ont été fréquents et se sont déroulés sur une longue période , les enfants qui en ont été victimes connaîtront vraisemblablement plus de problèmes sérieux d'adaptation sociale à l'âge adulte (MSSS, 2001). Les pères biologiques ont abusé leurs victimes sur une plus longue période (en moyenne une année et demie), soit trois fois plus longtemps que les abus commis par les adultes non membres de la famille (Cyr, 2003).
Agressions causées par un membre de la famille.	L' abus sexuel commis par un membre de la famille a généralement des conséquences plus importantes sur l'enfant que celui perpétré par un individu extérieur à la famille. L'enfant victime d'abus sexuel en milieu familial ressent un sentiment de trahison de la part d'une personne dont il est entièrement dépendant, avec qui il a un lien affectif significatif, en qui il a confiance et dont il est en droit d'attendre sécurité et protection (MSSS, 2001).

CARTE 5

Motivation à dévoiler	
Révélations d'autres victimes.	Révélations d'une autre victime (Babcock et Tomicic, 2006).
Participation à un programmes de prévention.	<p>Les enfants qui ont participé à un programme de prévention complet ont tendance à dévoiler plus souvent un abus sexuel que ceux qui n'ont pas participé à un tel programme (Barron et Topping, 2013a, 2013b; Finkelhor, Asdigian et Dzuiba-Leatherman, 1995a, 1995b; McIntyre et Carr, 1999).</p> <p>Les enseignements d'un programme de prévention entraînent la divulgation d'abus sexuels antérieurs pour certains enfants, abus qui n'auraient peut-être jamais été dévoilés sans une participation à ce programme (Kolko, Moser et Hugues, 1989 dans Finkelhor et al., 1995b).</p> <p>Les femmes qui ont participé à un programme de prévention des abus sexuels ont dévoilé leur abus plus hâtivement (Gibson et Leitenberg, 2000 dans Barron et Topping, 2013a).</p>
Le fait d'avoir été enquêté.	<p>Les enfants peuvent réagir différemment à l'entrevue judiciaire; certains dévoilent en entier l'abus sexuel, d'autres dévoilent partiellement l'abus (par exemple en refusant de répondre à certaines questions) alors que d'autres font du déni par rapport à l'abus ou reviennent sur le dévoilement (Sorenson et Snow, 1991 dans Lippert, Cross, Jones et Walsh, 2009).</p> <p>Il semble que de réaliser une deuxième entrevue d'enquête avec les enfants permet d'accéder à de nouveaux détails sur les abus (Ceci et Bruck, 1995; Hershkowitz et Terner, 2007; Peterson, 1999; Quas et al., 2007 dans Cyr, Trotier-Sylvain et Lewy, 2011). Le fait de parler des événements à différentes occasions permet aux souvenirs de mieux s'inscrire dans la mémoire et fait en sorte que les enfants sont moins suggestibles face aux questions trop dirigées des personnes qui les interrogent (Ceci et Bruck, 1995; Quas et al., 2007).</p> <p>Les enfants ayant dévoilé un abus sexuel avant l'enquête judiciaire sont plus nombreux à déclarer l'abus sexuel au cours de l'enquête judiciaire (Di Pietro et al., 1997; Keary et Fitzpatrick, 1994 dans Lippert et al., 2009; Lippert et al., 2009).</p> <p>Éléments facilitateurs identifiés dans les témoignages des enfants : le fait d'être questionné, de suspecter d'autres victimes, le fait d'avoir entendu d'autres victimes du même abuseur témoigner (Magnusson et al., 2017).</p> <p>Les facilitateurs les plus fréquemment relevés sont les suivants : être questionné par rapport à un potentiel abus, offrir de l'information adaptée au niveau de développement/sensibiliser les jeunes à l'AS (Lemaigre et al., 2017).</p> <p>L'auteure identifie certains facilitateurs du dévoilement de l'abus sexuel : utilisation du protocole NICHD, utilisation de commentaires soutenant et</p>

	<p>non suggestifs lors de l'entrevue, que le parent/adulte accompagnateur donne la permission à l'enfant de parler, expliquer les attentes d'une enquête, utiliser des techniques soutenant lorsque l'enfant donne des indices de dévoilement (accent sur le contexte de l'abus sexuel, motiver le dévoilement, parler des causes du déni, normaliser le processus de dévoilement, offrir d'autres moyens que verbaux pour dévoiler), utiliser l'information externe pour supporter le dévoilement de l'abus sexuel, faire plus qu'un entretien, référer l'enfant à un traitement particulier pour l'abus sexuel (Faller, 2016).</p>
<p>Stress accumulé devenu impossible à gérer.</p>	<p>Stress accumulé devenu impossible à gérer (Babcock et Tomicic, 2006).</p>
<p>Caractéristiques liées à l'enfant</p>	<p>La prévalence du dévoilement de l'abus sexuel dans le contexte d'une entrevue formelle est de 64.1 %. Les modérateurs significatifs identifiés sont l'âge de l'enfant (la prévalence du dévoilement augmente en fonction de l'âge), le genre de l'enfant (les filles ont plus tendance à dévoiler que les garçons), le fait d'avoir précédemment dévoilé cet abus sexuel. Les enfants plus jeunes tendent à moins dévoiler que ceux plus vieux, ce qui pourrait s'expliquer par leurs connaissances sexuelles limitées, par une plus faible prise de conscience du fait qu'ils sont victimisés, ainsi que leurs habiletés cognitives (mémoire) et langagières moins développées. Par ailleurs, les auteurs suggèrent que les garçons sont moins portés à dévoiler que les filles, possiblement car ils sont plus fortement influencés par le stéréotype entourant le fait que les garçons sont moins vulnérables, par le stigma d'être identifiés comme homosexuel, ou par la peur de demander de l'aide ou de montrer des signes de faiblesse (Azzopardi et al., 2019).</p> <p>L'âge de l'enfant et la réponse du parent non agresseur constituent les prédicteurs les plus puissants du dévoilement (38 % de la variance), donc les enfants plus vieux et dont le parent non agresseur s'avère soutenant ont plus de chance de dévoiler leur abus sexuel. Le genre et la relation de l'enfant avec l'agresseur ne sont pas des prédicteurs significatifs du dévoilement (Azzopardi et al., 2014).</p> <p>Plus l'enfant est jeune, moins il a tendance à dévoiler. Les enfants appartenant à une minorité ethnique sont 5,1 fois plus prompts à faire une tentative de dévoilement comparativement aux enfants caucasiens. Le sexe de l'enfant et le fait de présenter des difficultés développementales ne sont pas associés à une probabilité plus élevée de faire une tentative de dévoilement. Lorsque l'agresseur est un adulte, les enfants sont 2,4 fois plus susceptibles de faire une tentative de dévoilement que si l'agresseur est un pair. Le type d'abus sexuel et les menaces proférées par l'agresseur ne sont pas des prédicteurs significatifs d'une tentative de dévoilement. Les enfants qui ne sont pas reliés à leur agresseur sont 3,6 fois plus susceptibles de faire une tentative de dévoilement comparativement aux enfants qui sont reliés à leur agresseur. Ceux ayant attendu plus de 7 jours avant de dévoiler leur abus sexuel sont 6,6 fois plus susceptibles de faire une tentative de dévoilement dans une entrevue formelle que ceux l'ayant dévoilé plus tôt (Anderson, 2016).</p>

	<p>La probabilité qu'un enfant dévoile son expérience d'abus sexuel augmente avec l'âge de ce dernier entre 3 et 11 ans (relation linéaire), puis diminue à partir de l'âge de 16 ans (relation quadratique). L'âge de l'enfant est aussi significativement associé au dévoilement en interaction avec d'autres variables. Lorsqu'il s'agit d'un abus sexuel intrafamilial, les enfants plus jeunes (préscolaire) affichent le plus faible taux de dévoilement. Les auteurs suggèrent que cela peut être dû au fait que les jeunes enfants sont moins en mesure de reconnaître les comportements abusifs, craignent davantage les conséquences du dévoilement et/ou ont un plus grand sentiment de loyauté envers l'abuseur en comparaison aux enfants plus âgés (Leach et al., 2017).</p>
--	--

Réticence au dévoilement	
Peur de trahir un secret.	<p>Dans les cas d'abus se déroulant dans le cercle de la famille, lorsque l'enfant parle, il trahit un secret; il brise la sphère de l'intimité familiale. De plus, révéler un secret est loin d'être toujours libérateur étant donné le nombre de risques inhérents, qu'ils soient réels ou fantasmatiques (De Becker, 2006).</p>
Peur de briser l'intimité familiale.	<p>Dans les cas d'abus se déroulant dans le cercle de la famille, lorsque l'enfant parle, il trahit un secret; il brise la sphère de l'intimité familiale. De plus, révéler un secret est loin d'être toujours libérateur étant donné le nombre de risques inhérents, qu'ils soient réels ou fantasmatiques (De Becker, 2006).</p> <p>La victime est partagée entre cette envie de conserver l'intimité familiale en espérant, par pensée magique, vivre un idéal de liens et, à d'autres moments, l'envie de vouloir mettre un terme à la dynamique maltraitante (De Becker, 2006).</p>
Éprouver de l'affection à l'égard de l'abuseur/ Peur des réactions négatives des parents / Peur des représailles de la part de l'abuseur.	<p>Les enfants peuvent retarder la divulgation parce qu'ils craignent une réaction parentale négative (ne pas être cru, être rejeté ou puni), ont peur de représailles de la part de l'auteur de l'abus, éprouvent une affection véritable à l'égard de l'auteur de l'abus (particulièrement si ce dernier favorise la « relation spéciale » qu'il entretient avec l'enfant et s'il a consacré beaucoup de temps à la <i>préparation</i> de l'enfant) (Babcock et Tomicic, 2006).</p> <p>Parmi les barrières les plus fréquemment identifiées notons la peur des sanctions des parents, de perdre support familial, de gâcher la réputation, de violer l'honneur de la famille, d'être tué (Lemaigre et al., 2017).</p> <p>Parmi les différents motifs pouvant amener l'enfant à ne pas dévoiler l'abus notons les menaces de l'abuseur, le fait de vouloir protéger l'abuseur, la peur des conséquences futures (Faller, 2016).</p> <p>Barrières identifiées : pression/menaces de l'abuseur pour garder le secret, le fait de ne pas être cru/mal compris lors d'une tentative de dévoilement, sentiment de honte ou de culpabilité chez les jeunes enfants, habiletés verbales des enfants (surtout les plus jeunes, 2-3 ans) (Magnusson et al., 2017).</p>

Facteurs de protection associés au dévoilement pouvant atténuer les conséquences de l'abus sexuel

Soutien adéquat du parent non abuseur	<p>Le soutien de la mère s'avère particulièrement déterminant. Les études démontrent que les enfants victimes d'abus sexuel qui bénéficient d'un soutien maternel adéquat à la suite du dévoilement de l'abus sexuel risquent moins d'être retirés de leur milieu familial, évitant ainsi de vivre les difficultés associées à ce retrait (MSSS, 2001).</p> <p>Les mères ayant accouché à un âge adulte, sont plus enclines à croire et à protéger leur enfant, lorsqu'elles n'étaient pas une partenaire sexuelle de l'abuseur, lorsqu'elles n'étaient pas au courant de l'abus sexuel avant la divulgation de l'enfant et lorsque la victime ne manifestait pas de comportements sexuels (Pintello et Zuravin, 2001).</p>
Nombre limité d'interrogatoires	L'enfant pourrait sans doute « survivre » à un seul interrogatoire. (Mills, 1987 ; Nurcombe, 1986 dans Van Gijseghem, 1992).
Qualité de l'investigation.	<p>Les enfants peuvent être très compétents pour fournir des renseignements. La qualité et la quantité d'informations fournies sont grandement influencées par la façon dont sont menées les investigations; il importe donc de développer des stratégies d'entrevue fiables (Bronsard, 2004).</p> <p>L'exactitude du témoignage des enfants est grandement influencée par la façon dont est menée l'entrevue d'enquête (Cyr et al., 2011).</p> <p>Le dévoilement d'un abus sexuel peut être influencé par le style et les compétences de l'intervieweur (Cyr et al., 2011; Lippert et al., 2009).</p> <p>Les centres de défense des droits des enfants (children advocacy center) sont conçus pour faciliter les investigations d'abus sexuels en réduisant les stress de l'enfant et de la famille et en répondant à leurs besoins médicaux et thérapeutiques. Ces éléments favorisent le dévoilement de l'abus sexuel (Cross, Jones, Walsh, Simone et Kolko, 2007; Jackson, 2004; Simone, Cross, Jones et Walsh, 2005; Walsh, Jones et Cross, 2003 dans Lippert et al., 2009).</p> <p>On peut se fier au témoignage d'abus sexuel d'un enfant si on a créé des conditions d'interrogatoire qui lui permettent de se souvenir de l'information et de la rapporter adéquatement, en utilisant des techniques d'interrogatoire conformes à son niveau de développement (Yuile, 1995 dans Van Gijseghem, 1992).</p> <p>Une entrevue d'investigation de qualité devrait viser trois objectifs : 1- minimiser l'impact traumatique potentiel de l'entrevue sur l'enfant, 2- obtenir le maximum d'information tout en minimisant la contamination et 3- maintenir l'intégrité du processus d'investigation. Le premier objectif est atteint en partie en s'assurant que l'interviewer est sensible aux besoins des enfants d'âges différents. De plus, l'entrevue est enregistrée sur bande vidéo ou audio afin de réduire le nombre d'entrevues auxquelles l'enfant aura à se soumettre. Le second objectif est atteint en utilisant des techniques d'entrevue non directives, non suggestives et organisées en une série d'étapes visant à s'assurer que l'information sur les allégations provient de l'enfant et non de l'interviewer. Le troisième objectif réfère à la nécessité de remplir les mandats tant de la protection de l'enfance que du système judiciaire. Cela requiert la collaboration des deux parties. De plus, l'interviewer est préparé à considérer plusieurs hypothèses relativement</p>

	aux allégations, afin que l'entrevue soit davantage centrée sur les faits que sur les idées préconçues de l'interviewer (Yuile, 1992 dans Van Gijseghem, 1992).
Procédures judiciaires protectrices pour le jeune.	<p>Le processus judiciaire provoque souvent chez l'enfant stress et confusion à un point tel que la qualité de son témoignage risque d'en être fortement affectée. Un enfant apeuré ou confus devient enclin à la suggestibilité, il tentera de plaire à l'adulte en disant ce que celui-ci semble vouloir entendre, ou encore il aura tendance à se rétracter (Mann, 1985 ; King et Yuille, 1987 dans Van Gijseghem, 1992).</p> <p>Les auteurs n'hésitent pas à parler du passage de l'enfant dans le long processus judiciaire comme d'une « victimisation secondaire » (Berliner, Blick et Bulkley, 1985; Bulkley, 1982; Sas, 1987; Terr, 1986; Weiss et Berg, 1982 dans Van Gijseghem, 1992). L'enfant ne peut pas faire autrement que, se sentir responsable. Il semble que les conséquences du dévoilement sont, pour certains enfants, pires que la possibilité d'être à nouveau abusé. C'est pourquoi il y a fréquemment des rétractations des enfants au cours du processus judiciaire (Bauer, 1983; Berliner et Barbieri, 1984; Berliner et al., 1985; Gentry, 1978; Nurcombe, 1986; Pynoos et Eth, 1984; Weiss et Berg, 1982 dans Van Gijseghem, 1992).</p> <p>Être plus jeune (4 à 6 ans) au moment de sa participation au procès criminel de l'abuseur est associé à une vision moins négative 12,5 ans plus tard qu'elle ne l'était au procès (Quas et al., 2005).</p>

Facteurs de risque associés au dévoilement pouvant contribuer à accentuer les conséquences de l'abus sexuel

Absence de soutien du parent non abuseur	<p>Le soutien de la mère s'avère particulièrement déterminant. Les études démontrent que les enfants victimes d'abus sexuel qui bénéficient d'un soutien maternel adéquat à la suite du dévoilement de l'abus sexuel risquent moins d'être retirés de leur milieu familial, évitant ainsi de vivre les difficultés associées à ce retrait (MSSS, 2001).</p> <p>Le soutien maternel est moins présent lorsque l'abuseur est le conjoint de la mère et lorsqu'il y a de la violence conjugale à la maison. Ces mères ont besoin d'aide professionnelle pour composer avec leurs propres réactions et pour apprendre à mieux protéger et soutenir leur enfant (Cyr, 2003).</p>
Interrogatoires répétés.	<p>Les multiples interrogatoires, lesquels, la plupart du temps, utilisent des questions suggestives ou tendancieuses, créent une « information post-événement » qui vient contaminer le récit ultérieur de l'enfant. Ce récit finira donc par être contradictoire et éventuellement incohérent, même s'il est fondé sur un événement réel. Pendant ce laps de temps, et au fil des interrogatoires, une foule d'autres facteurs d'ordre affectif et d'ordre cognitif</p>

	<p>viendront interférer avec le rappel de l'enfant et donc avec sa capacité de livrer un récit juste (Van Gijseghem, 1992).</p> <p>Être interviewé plusieurs fois est une source de stress important pour l'enfant abusé sexuellement et est associé à un risque plus grand de problèmes de santé mentale à long terme (Quas et al., 2005).</p> <p>L'approche «suggestive» des interviewers lors de l'entrevue d'enquête peut influencer la façon dont l'enfant va se remémorer les informations ou les événements, Cette contamination est encore plus grande si ce dernier est interrogé à de multiples occasions par des personnes peu ou mal formées (Cyr et al., 2011).</p> <p>L'enfant pourrait sans doute « survivre » à un seul interrogatoire. Toutefois, toute nouvelle invitation à « raconter » et tout nouvel interrogatoire sont interprétés par l'enfant comme une confirmation qu'on ne l'a pas cru la première fois. Bien plus, il en arrive à être convaincu que les adultes (ceux qui abusent et ceux qui interrogent) se « tiennent » entre eux, sont solidaires et veulent à tout prix prouver qu'il ment. Dans beaucoup de cas, il finira par ne plus parler ou par se rétracter (Mills, 1987 ; Nurcombe, 1986 dans Van Gijseghem, 1992).</p>
Témoignages successifs	<p>La majorité des auteurs soulignent l'aspect morcelant des témoignages successifs et des interrogatoires répétés auprès des enfants. Pour expliquer ceci, ils notent que l'enfant n'est pas simplement témoin, il est aussi et avant tout victime (Bauer, 1983 ; Burgess et Holmstrom, 1975 ; Claman, 1986 ; Dent et Stephenson, 1979 ; Goodman, 1984 ; Katz et Mazur, 1979 ; Parker, 1982 dans Van Gijseghem, 1992).</p> <p>Les enfants abusés sexuellement qui ont dû témoigner en cour plus souvent à propos d'abus sexuels plus sévères ont plus de problèmes sexuels et de problèmes intériorisés une fois adulte que les enfants abusés sexuellement n'ayant pas fait face à ces obstacles (Quas et al., 2005).</p> <p>Les enfants qui ont témoigné souvent alors que le procès a mené à une sentence sévère pour l'agresseur ont plus de problèmes extériorisés que ceux qui n'ont pas eu à témoigner alors que le procès s'est aussi conclu avec une sentence sévère (Quas et al., 2005).</p> <p>La vision négative du procès de sa participation au procès criminel de l'abuseur demeure stable dans le temps (12,5 ans plus tard) chez les enfants qui étaient plus âgés au moment du procès (Quas et al. 2005). Le groupe des 4-6 ans au moment du procès évalue l'expérience plus positivement que les plus vieux. Les plus vieux avaient plus conscience de l'importance de leur témoignage, étaient questionnés plus longuement et les avocats les soutenaient moins (Quas et al., 2005).</p>
Interrogatoire conduit de façon maladroite	<p>La probabilité de nuire à la santé mentale de l'enfant est très grande si l'interrogatoire est conduit de façon maladroite ou si la crédibilité d'une déclaration n'est pas soigneusement examinée. Il a été observé que les « fausses allégations » sont presque toujours le résultat d'un interrogatoire suggestif, fait de bonne foi et inspiré par une inquiétude réelle (Van Gijseghem, 1992).</p>

<p>Longues procédures judiciaires</p>	<p>Le processus judiciaire provoque souvent chez l'enfant stress et confusion à un point tel que la qualité de son témoignage risque d'en être fortement affectée. Un enfant apeuré ou confus devient enclin à la suggestibilité, il tentera de plaire à l'adulte en disant ce que celui-ci semble vouloir entendre, ou encore il aura tendance à se rétracter (Mann, 1985 ; King et Yuille, 1987 dans Van Gijseghem, 1992).</p> <p>Les auteurs n'hésitent pas à parler du passage de l'enfant dans le long processus judiciaire comme d'une « victimisation secondaire » (Berliner, Blick et Bulkley, 1985; Bulkley, 1982; Sas, 1987; Terr, 1986; Weiss et Berg, 1982 dans Van Gijseghem, 1992). L'enfant ne peut pas faire autrement que, se sentir responsable. Il semble que les conséquences du dévoilement sont, pour certains enfants, pires que la possibilité d'être à nouveau abusé. C'est pourquoi il y a fréquemment des rétractations des enfants au cours du processus judiciaire (Bauer, 1983; Berliner et Barbieri, 1984; Berliner et al., 1985; Gentry, 1978; Nurcombe, 1986; Pynoos et Eth, 1984; Weiss et Berg, 1982 dans Van Gijseghem, 1992).</p>
<p>Insatisfaction relative à l'issu du procès.</p>	<p>Être plus jeune au moment du procès est associé à plus de problèmes à l'âge adulte (Quas et al., 2055).</p> <p>Une satisfaction plus faible à l'égard du procès est associée à plus de symptômes intériorisés à l'âge adulte (Quas et al. 2005).</p> <p>Avoir subi des abus plus invasifs et que l'auteur de l'agression ait reçu une sentence clémente sont associés à une attitude négative face au système de justice (Quas et al., 2005). De même, une fois adultes, les enfants qui ont témoigné évaluent l'expérience plus négativement quand l'abuseur n'a pas été en prison (Quas et al., 2005). À l'âge adulte, ceux qui étaient plus vieux au moment du procès, ceux qui ont un casier judiciaire, ceux qui n'ont pas témoigné et dont l'abuseur a eu une sentence clémente et ceux qui ont témoigné et dont l'abuseur a reçu une sentence sévère trouvent tous que le système n'est pas assez sévère envers les criminels (Quas et al., 2005).</p>

CARTE 6

Interventions dans les situations d'abus sexuel intrafamilial

Principales étapes de l'intervention	
Évaluer la capacité du parent non abuseur à croire son enfant, à bien le soutenir et à le protéger	<p>La capacité du parent à soutenir son enfant, à le protéger de son agresseur et à assurer son développement sont des éléments cruciaux à évaluer (Cyr et Payer, 2011; Saunders <i>et al.</i>, 2004). L'ambivalence que peut ressentir le parent lors de la divulgation n'est pas négligeable et elle a beaucoup été étudiée. Selon différents auteurs, 55 à 84 % des mères croient leur enfant après la divulgation (Cyr, Wrigth, Toupin, et al., 2002; Cyr et al., 2003; Deblinger et al., 1994; De Young, 1994a; Herriot, 1996; Leifer, Shapiro, et Kassem, 1993; Lovett, 1995; Pellegrin et Wagner, 1990; Pintello, et Zuravin, 2001; Sirles, et Franke, 1989; Wilson, 1995 dans Hébert <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Le soutien du parent non abuseur, la mère le plus souvent, est défini de plusieurs façons selon les auteurs. Plus généralement, le fait de croire l'enfant, de s'engager envers lui (par exemple la participation dans un groupe de traitement) et de le protéger de son agresseur sont les dimensions qui définissent le soutien (Cyr <i>et al.</i>, 2002). Toutefois, le fait de fournir une réponse affective à l'enfant et d'avoir un engagement émotif envers lui est aussi une dimension du soutien. La quantité et la qualité du soutien offert à l'enfant peuvent varier à la suite du dévoilement d'un abus sexuel (Cyr <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>La majorité des parents non abuseurs offrent un soutien adéquat (Cyr et al., 2002). Selon les auteurs, le fait de croire l'enfant n'est pas un indicateur fiable du soutien offert à l'enfant : les parents non abuseurs peuvent être à la fois ambivalents et soutenant (Bolen et Lamb, 2007; Hébert et Tourigny, 2011). Bolen et Lamb (2007) constatent que 44 % des parents offriraient un soutien total à l'enfant et 31 % un soutien partiel, ce qui laisserait penser que 25 % d'adultes n'offrent aucun soutien.</p> <p>D'autres auteurs mentionnent que même si le parent croit et protège son enfant, cela ne lui assure pas d'emblée un soutien adéquat (Berliner et Conte, 1995; Cyr, Wirgh, McDuff, 1996; Lovett, 1995; Runyan et al., 1992 dans Hébert <i>et al.</i>, 2011). La capacité du parent à bien soutenir son enfant doit donc être évaluée selon plusieurs dimensions.</p> <p>Pour le parent non abuseur, un sentiment de frustration (par rapport au fait que l'enfant ne lui ait pas dévoilé directement, que cela brise l'unité familiale, etc.) envers l'enfant abusé et de confusion (sentiments d'amour, de colère, de culpabilité -i.e. vie sexuelle du couple- face au parent abuseur) peuvent surgir (Fraenkel, 2019).</p>
Appliquer différentes modalités d'intervention	Jusqu'à maintenant, les résultats empiriques ne permettent pas de spéculer sur la supériorité d'une modalité d'intervention

adaptées aux particularités de la victime et de la situation traumatique

particulière (Tourigny, 1997; Trask *et al.*, 2011); **chaque mode d'intervention** (thérapie individuelle, de groupe ou familiale) **comporte ses avantages et ses inconvénients**. Il semble plus pertinent **d'adapter l'intervention aux particularités de la victime et de la situation traumatique** (Hébert *et al.*, 2002; Hetzel-Riggin *et al.*, 2007; Tourigny 1997; Vizard 2013).

Les victimes qui auraient bénéficié **des trois formes de thérapie (individuelle, de groupe et familiale)** atteignent davantage les objectifs d'intervention fixés et sont moins fréquemment retirées de leur milieu familial que celles qui reçoivent uniquement l'intervention de groupe ou individuelle. De plus, les mêmes auteurs mentionnent que les jeunes qui demeurent dans leur milieu familial (qui ne sont donc pas placés en famille ou foyer d'accueil) s'adaptent mieux à la suite d'une situation abusive (Hébert *et al.*, 2002).

Les traitements offerts ont souvent des **composantes séquentielles** exécutées l'une après l'autre jusqu'à l'atteinte des objectifs fixés (Saunders *et al.*, 2004). Les cliniciens qui utilisent un traitement bien structuré sont plus susceptibles de rester concentrés sur les grands objectifs du traitement et de ne pas se laisser distraire par les problèmes quotidiens et les «crises» qui surviennent souvent avec cette clientèle.

Selon Saunders *et al.* (2004), le fonctionnement à long terme de l'enfant et son bien-être doivent être à la base les principes directeurs de tout traitement, indépendamment de la modalité ou des participants. De plus, le traitement doit avoir comme **but la prévention de problèmes futurs** associés à l'historique d'abus (p.ex., abus de substances, délinquance, re-victimisation) ainsi qu'une **diminution des problèmes actuels** rencontrés par l'enfant (Lebowitz *et al.* 1993; Saunders *et al.* 2004).

Les traitements soutenus empiriquement tendent à être **structurés dans leur approche**. Ils impliquent l'utilisation de procédures et de techniques afin de réduire les problèmes spécifiques. Peu de temps est consacré aux activités non dirigées vers l'objectif si ce n'est dans le but d'établir des relations et d'engager le client dans les procédures thérapeutiques. De plus, ces traitements mettent habituellement l'accent sur le développement de compétences pour gérer adéquatement la détresse émotionnelle et les problèmes de comportement (Saunders *et al.*, 2004).

La **durée du traitement** de l'enfant sera généralement courte à modérée (12-24 séances). Cela dépend toutefois des problèmes présentés. Les différences individuelles auront une incidence sur la durée du traitement; une minorité d'enfants auront besoin d'un traitement d'une plus longue durée (Saunders *et al.* 2004). Dans leur méta-analyse, Trask *et al.* (2011) constatent par ailleurs que les traitements plus longs produiraient de meilleurs résultats, bien qu'ils considèrent que la durée du traitement n'ait pas d'effet sur son efficacité. Enfin, d'autres auteurs expliquent que le traitement

	<p>devrait se terminer lorsque les clients ont atteint les objectifs thérapeutiques visés (Saunders <i>et al.</i> 2004).</p> <p>Pour les enfants abusés sexuellement et présentant une DI, il est recommandé d'utiliser un langage simple et concret et d'allouer plus de temps à l'enfant pour répondre aux questions. Notons à cet effet que les enfants ayant une DI ont une propension à acquiescer aux questions qui leurs sont posées (biais de réponse positive), notamment lorsqu'ils ne comprennent pas les questions, qu'ils ne savent pas comment y répondre, ou encore pour obtenir l'approbation sociale. Il faut donc éviter les questions de type oui/non avec ces enfants et il est suggéré de ne pas répéter une question plus d'une fois pour ne pas favoriser l'acquiescement. La consultation d'autres professionnels intervenant auprès de l'enfant est bénéfique pour mieux comprendre comment s'exprime l'enfant ainsi que son style de communication verbal et non-verbal (Dion, Tremblay, Paquette et Matteau, 2015).</p> <p>L'auteur (Fraenkel, 2019) propose un modèle "théorique éclectique" de l'intervention en abus sexuel, c'est-à-dire que le thérapeute intègre plusieurs théories (fonctionnement familial, théorie féministe, thérapie narrative, sensibilité au trauma) qui guident la prise en charge de la famille (enfant abusé et parent non abuseur).</p>
<p>Veiller au bien-être psychologique du parent et à sa capacité à gérer son stress face à l'abus.</p>	<p>Il appert que le bien-être psychologique du parent a un impact direct sur le rétablissement de son enfant (Lewin et Bergin, 2001; Saunders <i>et al.</i>, 2004). Il est donc important d'évaluer son état de santé mentale (p.ex., symptômes SPT, détresse psychologique, dépression, anxiété, symptômes dissociatifs) et de vérifier si des troubles ou des caractéristiques problématiques sont présents dans la famille. Plusieurs facteurs (soutien social, anxiété et abus passé chez la mère) contribuent au niveau de détresse que peut vivre la mère. Certaines mères ont un niveau de détresse psychologique correspondant aux scores des populations cliniques (Cyr, McDuff et Wright 1999; Deblinger, Hathaway, Lippman et Steer, 1993; Kelley 1990, Newberg, Gremy, Waternaux et Newberger, 1993 dans Cyr <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>La capacité du parent à gérer son stress face à l'abus sexuel de son enfant a un impact important sur le développement émotionnel et comportemental de son enfant. Les différentes sources de stress doivent être considérées dans l'évaluation puisqu'elles peuvent être en lien avec la détresse psychologique vécue par les parents et nuire à leurs capacités parentales et adaptatives. Dans le cas où le parent éprouverait de la difficulté à faire face au stress, il s'avère important de l'aider à acquérir des stratégies afin d'apprendre à mieux le gérer (Cyr <i>et al.</i>, 2011; Saunders <i>et al.</i> 2004).</p> <p>De plus, il s'avère important d'avoir des informations sur le climat familial et la relation conjugale. Par exemple, définir s'il y a des</p>

	<p>difficultés de communication interpersonnelle ou absence de frontières au sein de la famille, d'un père dominateur et autoritaire qui limite les interactions de la famille avec l'extérieur, etc. (Cyr <i>et al.</i> 2011).</p> <p>L'évaluation doit aussi permettre de savoir si des abus sexuels ou d'autres mauvais traitements ont été subis par le parent dans l'enfance (Elliot, & Carnes, 2001; Cyr <i>et al.</i> 2011; Toledo et Seymour, 2013). Aussi, l'évaluation ne doit pas seulement indiquer s'il y a eu abus, mais bien comment celui-ci a été traité (Friedrich, 2002; Herman, 1988 cité dans Cyr <i>et al.</i> 2011).</p>
<p>Évaluer les enfants et les parents à intervalles réguliers.</p>	<p>Dans les cas d'abus, l'évaluation systématique des enfants et des parents doit être effectuée avant l'instauration du traitement. Les résultats des évaluations cliniques systématiques devraient constituer la base pour tous les plans de traitement. Il s'avère aussi important de faire la réévaluation des enfants et des parents à intervalles réguliers pour déterminer les progrès, pour apporter des modifications et faire des mises au point concernant le plan de traitement (Hébert et Daignault 2015; Saunders <i>et al.</i>, 2004). Le rôle de l'intervenant est de s'assurer que les services offerts sont adéquats, soutenant pour l'enfant et sa famille et qu'ils ne sont pas une source de trauma additionnel pour eux (Conte et Berliner 1981 cité dans Huot et Martinet, 2001).</p> <p>Un retour et une discussion sur les résultats des évaluations avec les membres de la famille sont des ingrédients importants dans le processus de traitement. Le clinicien doit être en mesure d'expliquer les résultats et les recommandations dans un langage familier et d'utiliser des exemples. Il est aussi important de souligner les forces et les aspects positifs du fonctionnement familial (attachement sécurisant, communication adéquate, relation entre la fratrie, capacité de gestion du stress du parent, relation avec l'entourage, disponibilité pour la poursuite d'un traitement, degré d'implication, etc.) puisque ceux-ci contribuent efficacement à l'évolution et au succès de la thérapie (Saunders <i>et al.</i>, 2004). Selon ces auteurs, la planification du traitement est primordiale et elle doit directement être basée sur les résultats de l'évaluation (Saunders <i>et al.</i>, 2004).</p> <p>Les instruments standardisés sont des outils très utilisés dans l'évaluation des enfants abusés et leur famille. Certains ont été développés pour mesurer les problèmes reliés à l'abus (Saunders <i>et al.</i>, 2004).</p> <p>Dans un premier temps (phase évaluative), la discussion avec l'enfant est perçue comme essentielle (de Becker, 2012). Certains auteurs soulignent l'importance de mettre en place une relation de confiance entre l'intervenant et l'enfant (de Becker 2012; Hill 2005).</p>

	<p>Dans un deuxième temps, il importe d'appréhender l'objet central des interventions. Pour ce faire, il faut tenir compte de trois volets qui interagissent:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) les faits eux-mêmes (la réalité vécue alléguée par l'enfant); 2) le type de lien entre la jeune victime et l'auteur des faits (plus la distance émotionnelle est proche, plus les conséquences sont désastreuses); 3) les éléments du contexte : quel type de violence l'adulte a-t-il fait subir à l'enfant (p.ex., manipulation, brutalité...)? <p>Il est important de classer et d'organiser les informations disponibles dans l'évaluation (ce qui est connu et ce qui est encore inconnu) (Cox, Bingley, Miller et Pizzey 2009 cités dans Vizard, 2013).</p> <p>Dans un troisième temps, l'intervenant doit évaluer les incidences, l'acte posé et la parole de l'enfant. Par exemple, comment celui-ci compose-t-il avec le traumatisme? Son fonctionnement psychique en est-il altéré? Constate-t-on certains symptômes comportementaux tels que de l'anxiété, de la dépression, de la peur, une dysfonction sexuelle, des crises, des problèmes de comportement, une consommation de substance, etc. ?</p> <p>Quatrièmement, il est suggéré d'évaluer l'état et le fonctionnement de l'enfant au-delà de l'acte abusif (Cox <i>et al.</i>, 2009 cité dans Vizard, 2013; de Becker, 2012).</p> <p>Enfin, l'évaluation doit permettre d'explorer la capacité de l'enfant à se projeter dans l'avenir (de Becker, 2012).</p> <p>Considérant la diversité des profils et la complexité des facteurs qui peuvent influencer sur la santé mentale, il est important d'évaluer les caractéristiques des parents non agresseurs, en utilisant, lorsque possible, différentes sources de données (Saunders, Berliner et Hanson, 2004).</p>
<p>Prévoir des rencontres post-intervention.</p>	<p>Des rencontres et des évaluations post traitement doivent être envisagées pour aider le client à renforcer les apprentissages faits durant le traitement, lui démontrer que l'on se soucie de son bien-être, favoriser une réduction des symptômes psychiatriques et diminuer les chances de récurrence (Vizard, 2013).</p>

Recommandations concernant les stratégies d'intervention à déployer

Peu importe l'approche utilisée, **recevoir un traitement** est toujours mieux que l'absence de traitement (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011; Skowron et Reinemann, 2005; Trask, Walsh et DiLillo, 2011). En effet, 71 % des enfants ayant bénéficié d'une intervention se porteraient mieux que les enfants n'ayant reçu aucun traitement (Skowron et Reinemann, 2005).

L'efficacité des interventions évaluées dans la littérature est souvent associée à une **réduction des symptômes éprouvés par l'enfant, une meilleure estime de soi et un meilleur**

fonctionnement social (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011). Cependant, certains auteurs remarquent que l'impact du traitement sur les différentes variables évaluées varie selon les traitements, ce qui montre que **certains traitements sont plus efficaces** que d'autres (Hetzler-Riggin et al. 2007).

La thérapie ne sera utile que dans la mesure où l'enfant se sent en sécurité et en relation avec le thérapeute (de Becker, 2012; Hill, 2005), est capable de parler de l'abus et reçoit du soutien de la part de son entourage (Friedrich, 1990, cité dans Turner *et al.*, 2001).

Favoriser la participation des parents.

La participation des parents est fortement recommandée, ou requise, dans près de 70 % des interventions (Simoneau *et al.* 2008). Selon une majorité d'auteurs, l'implication du parent semblerait avoir un effet positif sur le pronostic du jeune victime d'abus dans toutes les formes d'intervention (Cohen et Mannarino, 2000; Finkelhor & Berliner, 1995; Hébert *et al.*, 2002; Harvey et Taylor, 2010; Saunders *et al.* 2004). Le soutien maternel apporté occuperait un rôle important dans le pronostic de traitement (Hébert *et al.*, 2002).

La capacité pour le parent non abuseur à se mobiliser pour protéger et offrir le soutien nécessaire à l'enfant est un élément crucial (Cyr *et al.*, 2011; Hébert *et al.*, 2011). Le soutien parental serait, entre autres, associé à une diminution des symptômes d'anxiété éprouvés par les enfants en thérapie (Cohen & Mannarino, 2000).

Mettre en place une relation de confiance entre l'intervenant et l'enfant et sa famille.

Certains auteurs soulignent l'importance de mettre en place une **relation de confiance entre l'intervenant et l'enfant** (de Becker 2012; Hill 2005).

La qualité et la compétence des intervenants, leur **habileté à tisser des liens avec le participant et à maintenir une relation de confiance** et l'identification d'objectifs réalistes et structurés ont une influence sur la réussite des interventions (Hébert *et al.* 2002).

Donner de l'importance aux besoins des parents non abuseurs.

Les impacts du dévoilement de l'abus sur le parent non abuseur ou la personne qui prend soin de l'enfant sont non négligeables. Ils sont à risque de vivre une grande détresse et beaucoup de stress (Hayez, 1992; Toledo et Seymour, 2013). Dans leur méta-analyse, Hébert *et al.* (2002) expliquent que, puisque la dénonciation peut être vécue comme une situation de crise, **les besoins des parents non agresseurs peuvent être aussi importants que ceux de l'enfant** (Manion *et al.*, 1998; Massat et Lundy, 1998; Stauffer et Deblinger, 1996; Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz et Semple, 1996; Verduyn et Calam, 1999 cités dans Hébert *et al.*, 2002).

Cette situation de crise vécue par le parent implique généralement toute la famille et la manière dont les adultes réagissent durant cette période aurait des impacts à long terme sur l'adaptation des jeunes et la finalité des interventions (Jinich et Litrownick, 1999, cités dans Hébert *et al.*, 2002). Les écrits empiriques recensés dans la revue de littérature de Hill (2005) suggèrent que les problèmes émotionnels et comportementaux des enfants victimes seraient associés aux réactions et au soutien qu'ils reçoivent de leurs figures parentales.

<p>Utiliser des techniques d'exposition au trauma (seulement si les symptômes post-traumatiques sont clairs).</p>	<p>L'exposition au trauma est une composante du traitement TF-CBT à laquelle une attention particulière doit cependant être portée. Cette composante doit en effet être évaluée adéquatement avant d'être entreprise par les intervenants (Cohen <i>et al.</i>, 2000).</p> <p>Selon Cohen <i>et al.</i> (2000), la réussite d'un traitement auprès des enfants ayant subi un trauma (avec ou sans symptômes de trouble post-traumatique) qui impose un récit détaillé de l'événement traumatique, n'a fait l'objet d'aucune évidence empirique. Selon ces auteurs, certains enfants ne trouveront pas nécessaire de revenir sur ce qui est déjà passé et d'autres ne vivront pas d'anxiété au regard des souvenirs reliés à l'abus. Donc, à moins que les recherches futures ne prouvent l'efficacité des techniques d'exposition, les cliniciens devraient utiliser les techniques d'exposition au trauma principalement si les symptômes d'un stress post-traumatique sont clairs (Cohen <i>et al.</i> 2000).</p>
---	--

Recommandations concernant les cibles d'intervention à privilégier

<p>Amener le parent non abuseur à croire son enfant et à attribuer la responsabilité à l'abuseur.</p>	<p>Selon Coohy et O'Leary (2008), les mères qui croient leur enfant et qui attribuent la responsabilité à l'abuseur sont plus en mesure de le protéger de façon constante. Elles parlent davantage de l'abus avec leur enfant qu'avec l'abuseur. Les mères qui parlent avec l'abuseur du geste posé peuvent en arriver à croire qu'il ne recommencera plus et peuvent ne pas offrir une protection adéquate à leur enfant.</p> <p>Les déterminants du soutien maternel sont définis selon quatre dimensions (Cyr <i>et al.</i>, 2002) : 1) la détresse psychologique et l'histoire familiale de la mère; 2) le soutien social que reçoit la mère; 3) les caractéristiques de l'enfant victime de l'agression; 4) les caractéristiques de la situation d'agression. Les quatre dimensions sont toutefois relativement indépendantes, d'où l'importance d'avoir une conception multidimensionnelle, et ce, en tenant compte de l'ensemble des réactions de la mère.</p>
<p>Ajuster l'intervention en fonction des besoins, de l'âge et du niveau de développement du jeune.</p>	<p>La majorité des auteurs mettent l'accent sur l'importance d'adapter le plan de traitement aux besoins, aux caractéristiques, à l'âge et aux capacités de l'enfant (Saunders <i>et al.</i>, 2004; Hébert <i>et al.</i>, 2002; Hetzel-Riggin <i>et al.</i>, 2007; Trask, Walsh et DiLillo, 2011; Vizard 2013). De plus, l'intervenant doit considérer, dans son évaluation et dans son plan de traitement, la culture, la religion et les valeurs de la famille et explorer les accommodements possibles sans compromettre l'essentiel du plan de traitement. Le plan de traitement doit aussi être facilitant pour la famille. Il est donc important de considérer les ressources de celle-ci pour que l'intervention se réalise adéquatement (Saunders <i>et al.</i> 2004).</p> <p>En fonction de l'historique familial, des circonstances et de la complexité des cas, les approches et les procédures d'intervention peuvent être appliquées de manière plus ou moins flexible. Il s'avère</p>

	en effet pertinent d'adapter les outils thérapeutiques au niveau de développement et aux besoins des enfants (Becker et al. 2014; Hébert et al. 2002; Hébert et Daignault 2015; Hetzel-Riggin et al. 2007).
Cibler les symptômes les plus manifestes chez le jeune.	Selon plusieurs auteurs, le choix de la thérapie devrait être fait en fonction des symptômes les plus manifestes et des caractéristiques de l'enfant (Hébert <i>et al.</i> 2002; Hetzel-Riggin <i>et al.</i> 2007; Tourigny 1997; Vizard 2013).
Intervenir en priorité sur les comportements, pensées et sentiments inadéquats liés à l'abus.	Les comportements, pensées et sentiments inadéquats de l'enfant liés à l'abus doivent être des cibles d'intervention primaire. Les résultats des études tendent à démontrer que les interventions sont plus efficaces si une discussion ouverte concernant l'agression est engagée en cours de traitement (Finkelhor & Berliner, 1995; Hébert <i>et al.</i> 2002; Saunders <i>et al.</i> , 2001; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000).
Aborder la problématique de l'abus graduellement et directement avec les personnes concernées.	Il est important d'appliquer des méthodes d'intervention spécifiques aux abus sexuels et d'aborder la problématique graduellement , mais directement avec les personnes concernées (Finkelhor & Berliner, 1995; Hébert <i>et al.</i> 2002; Saunders <i>et al.</i> , 2001; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000).

Cibles spécifiques d'intervention à prioriser selon les résultats de l'évaluation

Auprès du jeune

Intervention de groupe.	<p>Certains auteurs font ressortir des spécificités selon les modalités d'intervention. La méta-analyse de Reeker, Ensing et Elliot, (1997) met, entre autres, en évidence le fait que les interventions de groupe seraient efficaces pour faire diminuer les troubles intériorisés, les troubles extériorisés, les comportements sexuels problématiques et la détresse et pour améliorer l'estime de soi. Les interventions de groupe correspondraient aussi mieux aux besoins développementaux des adolescents (Kruczek et Vitanza, 1999 cité dans Tourigny et Hébert, 2007).</p> <p>Les thérapies de groupe sont plus indiquées pour travailler à l'amélioration du concept de soi (Hetzel-Riggin <i>et al.</i> 2007; Paquette, Tourigny et Joly, 2008).</p> <p>Les sentiments de stigmatisation et d'isolement vécus par l'enfant après un abus sexuel peuvent être aplanis au moyen de la thérapie de groupe (Beutler, Williams et Zetzer, 1994; Finkelhor et Berliner, 1995, cités dans Turner <i>et al.</i>, 2001).</p> <p>Certains auteurs font ressortir les objectifs les plus communs des différents programmes d'intervention de groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'amélioration des stratégies adaptatives (Paquette, Tourigny et Joly, 2008);
-------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • le renforcement de l'estime de soi (puisque les enfants peuvent constater que leur expérience est considérée par les autres membres) (Paquette <i>et al.</i>, 2008); • la réduction de l'isolement social (création et consolidation d'un réseau social, diminution du sentiment de honte et de stigmatisation en partageant avec d'autres personnes ayant vécu un acte similaire) (De Luca, Boyes, Furer, Grayston, et Hiebert-Murphy, 1992; Paquette, Tourigny et Joly, 2008). <p>La diminution des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, l'augmentation des sentiments d'efficacité personnelle, l'apprentissage par observation et la mise en pratique de certaines habiletés telles que les habiletés sociales, l'affirmation de soi, l'expression des émotions et la communication relative à l'événement traumatique sont, entre autres, des résultats obtenus par différents chercheurs concernant la thérapie de groupe (Becker <i>et al.</i>, 1995; Hébert <i>et al.</i>, 2011; Paquette <i>et al.</i>, 2008).</p>
<p>Approche cognitivo-comportementale axée sur le trauma.</p>	<p>L'approche TF-CBT, considérée comme la seule dont l'efficacité est empiriquement établie (Saunders <i>et al.</i>, 2004), présente plusieurs éléments qui permettent d'aider l'enfant à se défaire des associations entre les émotions négatives et les souvenirs associés à l'abus, soit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Une intervention psychoéducative sur les réactions associées au trauma et sur la problématique de l'abus sexuel; 2) L'acquisition d'habiletés de reconnaissance, d'expression, de gestion des émotions, de restructuration des pensées et de relaxation; 3) La promotion de la sécurité et du développement optimal de l'enfant (par l'éducation sexuelle et le développement de stratégies d'adaptation, d'affirmation de soi et d'habiletés de protection de soi); 4) L'optimisation des pratiques parentales et de la relation parent-enfant; 5) La désensibilisation aux souvenirs et la maîtrise des émotions liées au trauma (Hébert, Bernier, Simoneau, 2011). <p>Dans tous les traitements sur le trauma, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (TF-CBT) est celle qui a démontré la plus grande force empirique (Cohen <i>et al.</i> 2004; Saunders, Berliner et Hanson, 2004; Silverman <i>et al.</i>, 2008).</p> <p>Hébert et Daignault (2015) ont évalué l'efficacité de la TF-CBT en sol québécois. Bien qu'ils aient constaté des résultats positifs reliés à la participation à la TF-CBT autant chez les enfants que chez les parents (diminution des troubles de comportement intériorisés et extériorisés, des symptômes de dissociation chez les enfants et une réduction significative de la détresse psychologique et des symptômes de stress post-traumatique chez les parents), les auteurs rappellent l'importance de répondre aux besoins prioritaires en cours de traitement et d'adapter les outils selon le développement des enfants d'âge préscolaire (Hébert et Daignault 2015).</p>

	<p>Dans leur chapitre sur la thérapie cognitive comportementale axée sur le trauma, Simoneau <i>et al.</i>, (2011) tracent quelques grandes lignes à suivre lors d'une intervention avec une jeune victime d'abus sexuel. Tout d'abord, il est important d'établir une routine thérapeutique afin de créer un cadre structuré pour l'enfant (p. ex., revenir sur la rencontre précédente, revenir sur les défis à réaliser entre les rencontres, présenter la séance, etc.). Les auteurs mentionnent aussi que les contacts physiques avec l'enfant ne sont pas à proscrire, mais qu'il est important de connaître les besoins de l'enfant. En réaction à ce qu'ils ont vécu, certains enfants ne voudront aucun contact, tandis que d'autres vont être envahissants dans leur relation avec le thérapeute. Il est d'ailleurs conseillé de renforcer les contacts socioaffectifs appropriés et de trouver avec l'enfant des gestes physiques de rechange pour les comportements inappropriés. Il peut s'agir ici de renforcer certains apprentissages appropriés (aller chercher de l'aide, parler des émotions liées à l'événement, respecter les frontières et l'intimité) et d'aider l'enfant ou adolescent à se défaire des pensées, stratégies et comportements qui maintiennent les symptômes ou qui le maintiennent à risque.</p> <p>Selon Hébert <i>et al.</i>, 2002, l'intervention cognitivo-comportementale semble avoir un effet important sur la diminution, voire la disparition, des symptômes dépressifs et des comportements sexuels non appropriés, ce qui n'est pas le cas pour la thérapie de soutien non directive où l'expression des émotions est encouragée, mais non spécifiquement par rapport à la situation d'abus (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011).</p>
Jeu dirigé.	Avec des jeunes démontrant davantage d'anxiété, Hébert <i>et al.</i> (2002) rapportent que des techniques plus indirectes comme le jeu dirigé (rejouer des éléments de la situation abusive avec du matériel de jeu), les dessins, les histoires à raconter, la visualisation et autres, sont les plus souvent utilisées.
Thérapie par le jeu.	La thérapie par le jeu s'avère plus efficace sur le plan de l'amélioration du fonctionnement social alors que les approches cognitivo-comportementales, la thérapie axée sur le trauma et l'approche non directive de soutien seraient plus efficaces pour diminuer les troubles de comportement.
Thérapie individuelle.	<p>La thérapie individuelle serait associée à de meilleurs résultats lorsqu'il s'agit de détresse psychologique et de symptômes de stress post-traumatique (Hetzl-Riggin <i>et al.</i> 2007; Paquette, Tourigny et Joly, 2008). Les protocoles de traitement avec la jeune victime d'abus sexuel ont certains objectifs similaires (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire les symptômes associés à l'abus sexuel (symptômes de stress post-traumatique, troubles intériorisés et extériorisés); • Contrer le sentiment d'isolement, de honte et de culpabilité ; • Améliorer l'estime de soi ; • Aider à corriger certaines attributions négatives;

	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le sentiment de blâme possiblement ressenti par l'enfant. <p>Certains auteurs font aussi ressortir les composantes communes des différents traitements ayant un reçu un support empirique (Hébert <i>et al.</i> 2011; Saunders <i>et al.</i>, 2004) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La présence d'un volet éducatif; • La gestion des émotions négatives en lien avec l'abus sexuel; • L'optimisation des stratégies d'adaptation; • La restructuration cognitive; • La découverte et la sollicitation des sources de soutien par l'enfant pour que celles-ci puissent l'aider à composer avec le trauma subi; • Le renforcement des relations entre l'enfant et le parent non abuseur; • La promotion de l'autorégulation des pensées, des émotions et des comportements; • L'utilisation de jeux de rôle. <p>La pratique répétitive des compétences avec rétroaction du thérapeute est aussi une composante commune de plusieurs traitements. Selon Saunders <i>et al.</i> (2004), la pratique s'effectue tant à l'intérieur des séances de traitement qu'entre les sessions, à la maison. Ces stratégies d'apprentissage sont employées dans le but de maximiser la probabilité que les compétences nouvellement acquises soient généralisées à la vie de tous les jours.</p> <p>De plus, quelques compétences clés sont fréquemment utilisées entre les traitements. Ce sont (Saunders <i>et al.</i>, 2004) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le développement de compétences pour l'identification, la transformation et la régulation des émotions; • Le développement de compétences pour la gestion de l'anxiété; • Le développement de compétences pour l'identification et la modification des cognitions inadaptées et la résolution de problèmes.
Récits narratifs.	<p>Selon le profil de l'enfant, les récits narratifs seraient plus utiles dans le cas de jeunes qui souffrent de symptômes d'anxiété et de peur. Dans le cas des enfants dont les troubles extériorisés sont plus manifestes, la composante relative aux pratiques parentales devrait alors être priorisée (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011).</p>

Auprès du parent non abuseur

Les parents non abuseurs qui reçoivent une forme d'intervention, quelle qu'elle soit, ont l'impression de jouer un rôle parental de façon plus adéquate et perçoivent moins de troubles extériorisés et moins de symptômes dépressifs chez leur enfant comparativement à ceux dont seulement les enfants ont suivi un traitement. Les gains se poursuivent même jusqu'à deux ans plus tard en ce qui concerne les troubles extériorisés, affects dépressifs et symptômes de stress post-traumatique (Deblinger, Steer et Lippman, 1999, cités dans Hébert *et al.*, 2011).

Cyr *et al.* (2011) font ressortir **quelques pistes importantes** dans les interventions qui sont faites auprès du parent:

- Privilégier une approche empathique et dépourvue de jugement plutôt que d'affrontement pour aider le parent à accepter les faits (Corcoran, 2004; Elliot & Carnes, 2001);
- Appuyer les parents dans leurs efforts et les guider pour qu'ils mettent en place des stratégies de protection de l'enfant réalistes et réalisables;
- Faire verbaliser les émotions.

Les interventions avec les parents non abuseurs doivent inclure des composantes qui montrent comment (Saunders *et al.* 2004) :

- Récompenser et renforcer les manifestations de comportement positif chez l'enfant;
- Ignorer stratégiquement les problèmes de comportement ou les irritants mineurs;
- Donner des instructions efficaces;
- Mettre en œuvre des conséquences non violentes telles que le time-out ou le retrait de privilèges.

Les parents apprennent aussi à reconnaître et à éviter le développement d'interactions négatives avec leurs enfants et des techniques pour construire et augmenter la fréquence des expériences positives (Cyr *et al.*, 2011).

Toledo et Seymour (2013) ciblent aussi d'autres composantes importantes dans leur revue de littérature soit :

- Améliorer la connaissance des parents de leur rôle dans la protection des enfants;
- Permettre une meilleure reconnaissance et une meilleure gestion des émotions;
- Offrir une meilleure compréhension du développement normal et du comportement de leurs enfants;
- Aider les parents à soutenir leur enfant dans leur processus de traitement.

Intervention psychoéducatrice.

L'état de choc et la détresse du parent non abuseur doivent être surmontés pour lui permettre de se mobiliser et d'offrir à son enfant le soutien nécessaire (Cyr *et al.*, 2011). Toledo et Seymour (2013) font ressortir plusieurs besoins communs des parents non abuseurs à considérer lors des interventions.

Le besoin d'information : les aidants/parents non abuseurs ont indiqué qu'ils sont plus en mesure de soutenir leur enfant s'ils reçoivent des **informations sur la dynamique de l'abus et sur le processus de divulgation, sur la façon d'être soutenant avec leur enfant, sur le processus d'enquête, sur les conséquences développementales à long terme sur leur enfant, et sur les conséquences de la divulgation sur la famille élargie** (Davies & Seymour, 1999a; Forbes, Duffy, Mok et Lemvig, 2003; Jinich et Litrownik, 1999; Miller et Dwyer, 1997, cités dans Toledo et Seymour, 2013). Huot et Martinet (2011) parlent aussi d'aider les parents à comprendre les différents paramètres de la crise déclenchée par l'agression, de les informer objectivement sur les modèles explicatifs du passage à l'acte, de les aiguiller quant à l'identification des mesures à prendre pour engager une rupture ou restaurer le climat familial et de les renseigner pour qu'ils puissent assurer la protection de victimes potentielles.

	<p>Il s'avère important, selon les auteurs, de prendre en considération la manière dont l'information est fournie. Les études mentionnent que les aidants ont une préférence pour la documentation écrite et visuelle plutôt que de l'information transmise verbalement (Humphreys, 1995; Miller et Dwyer, 1997, cité dans Toledo et Seymour, 2013). Jinich et Litronik (1999) constatent que les femmes qui bénéficiaient de feuillet éducationnel et d'une vidéo informative démontraient plus de comportements de soutien adéquats (Toledo et Seymour, 2013).</p> <p>Selon Cyr <i>et al.</i> (2011), les cas d'abus intrafamiliaux risquent de générer d'intenses sentiments de confusion, de doute et de colère chez le parent non abuseur. Il est donc important de privilégier des approches éducatives et thérapeutiques, de favoriser le développement de capacités de reconnaissance et de gestion émotionnelle, d'adapter les composantes du traitement aux besoins réels des parents (importance de l'évaluation), de favoriser l'apprentissage de bonnes pratiques éducatives et de faire des rencontres de suivi.</p>
Approche cognitivo-comportementale.	<p>Règle générale, les interventions qui ont un plus grand soutien empirique ont tendance à être fondées sur des approches cognitivo-comportementales et elles ciblent à la fois l'enfant et le parent (Saunders <i>et al.</i> 2004; Vizard, 2013).</p> <p>Les parents non abuseurs ont besoin d'un soutien émotionnel. Selon les différents auteurs, les parents non abuseurs ont souvent besoin d'une aide personnelle afin d'augmenter leur capacité à faire face à la situation et à travailler malgré les sentiments vécus (p. ex., le déni, la culpabilité, la colère, l'apitoiement sur soi, le ressentiment et la peur) (Cyr <i>et al.</i>, 2011). Ils doivent être accueillis et sécurisés (Huot et Martinet 2011). Ils peuvent même avoir besoin d'aide pour travailler sur leurs sentiments de jalousie, de trahison et d'impuissance (Print & Dey, 1992 cités dans Toledo et Seymour, 2013).</p>
Thérapie de soutien pour leur propre victimisation.	<p>Certains auteurs parlent aussi du besoin de soutien pour la propre victimisation des parents non abuseurs. En effet, ils ont peut-être eux aussi été victime d'abus dans le passé. Ces parents rapportent donc fréquemment une détresse extrême qui requiert une assistance importante pour faire face à leur propre victimisation (Toledo et Seymour, 2013). Fréquemment, le comportement des enfants peut changer après un abus sexuel. Les parents non abuseurs doivent donc être capables de gérer ces comportements de manière adéquate. (Barth, Yeaton et Winterfelt, 1994, cités dans Toledo et Seymour 2013).</p>
Intervention de groupe (groupe de soutien et groupe psychoéducatif).	<p>Puisque le soutien social peut être diminué après la divulgation de l'abus sexuel, plusieurs recherches auraient démontré qu'un groupe de soutien est important pour les aidants (Alaggia, 2002; Hewitt et Barnard, 1986; Hill, 2001; Humphreys, 1995 cités dans Toledo et Seymour 2013). Le groupe de soutien a pour effet de développer un</p>

	<p>soutien social et de favoriser la normalisation des comportements du jeune. Ainsi, il aide les parents à comprendre qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation, diminue le stress et réduit la dépression chez les mères dont le jeune est victime d'abus (Hernandez <i>et al.</i>, 2009; Hewitt et Barnard, 1986; Hill, 2001; Print et Dey, 1992; Winton, 1990 cité dans Toledo et Seymour 2013).</p> <p>Bien que bénéfique, plusieurs études ont indiqué que le groupe de soutien est plus efficace lorsqu'il est jumelé à des interventions avec la famille élargie (Miller et Dwyer, 1997; Print et Dey, 1992). Hernandez <i>et al.</i> (2009) mentionnent que ces groupes peuvent être une bonne préparation à l'implication des parents non abuseurs dans la thérapie individuelle de l'enfant (Toledo et Seymour, 2009).</p> <p>Toledo et Seymour (2013) abordent, dans leur revue de littérature, les bénéfices du groupe psychoéducatif. Ce groupe offre du soutien et de l'information. Les informations fournies concernent surtout les effets (comportements et émotions) des abus sur les victimes ainsi que des conseils pratiques sur la manière d'agir avec ceux-ci (Barth <i>et al.</i>, 1994; Deblinger, Stauffer et Steer, 2001; Hernandez <i>et al.</i>, 2009; Hewitt et Barnard, 1986; Hill, 2001; Ostis, 2002; Winton, 1990 cité dans Toledo et Seymour 2013).</p> <p>Selon les différents auteurs, les efforts déployés dans les groupes psychoéducatifs visent à accroître la confiance et l'auto-efficacité du parent non abuseur, à améliorer les comportements dysfonctionnels de leurs enfants, à mieux comprendre et à faire face à leurs propres émotions ainsi qu'à fournir un réseau de soutien plus large (Barth <i>et al.</i>, 1994; Winton, 1990 cité dans Toledo et Seymour 2013).</p> <p>Les groupe psychoéducatifs obtiendraient des résultats positifs sur plusieurs aspects : une meilleure compréhension des comportements de leurs enfants; une augmentation du pouvoir d'agir; une augmentation de la compréhension (Barth <i>et al.</i>, 1994; Winton, 1990 cité dans Toledo et Seymour 2013); un accroissement du bien-être; une augmentation de la capacité à accompagner leurs enfants dans le processus; une meilleure gestion du stress; une plus grande capacité à traiter avec des professionnels à la suite des interventions, etc. (Toledo et Seymour 2013). Selon les études recensées par Toledo et Seymour (2013), certains auteurs rapportent une baisse des comportements problématiques (Winton, 1990) et d'autres ne trouvent aucun changement (Barth <i>et al.</i> 1994). Dans l'ensemble, les groupes psychoéducatifs offrent plusieurs avantages.</p>
--	--

Auprès de la famille

Thérapie familiale.	La plupart des auteurs qui proposent des thérapies familiales s'inspirent de modèles théoriques systémiques offrant des programmes d'intervention complets incluant des services individuels, dyadiques, de groupe et familiaux, en même temps ou de façon successive (Wright <i>et al.</i> , 1999, cités dans Hébert <i>et al.</i> , 2002).
---------------------	---

	<p>La thérapie familiale vise, entre autres, l'établissement et le maintien des frontières personnelles, l'instauration de rôles clairs et bien définis entre les parents et les enfants, l'éducation familiale concernant l'abus sexuel et l'assistance émotionnelle dans la gestion des émotions et des pensées reliées à l'abus sexuel (Hébert <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>Silvosky et Hambree-Kigin (1994, cités dans Hébert <i>et al.</i>, 2002) proposent quelques lignes directrices pour la thérapie familiale. Tout d'abord, selon ces auteurs, les visées de la thérapie familiale sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prévention de la récurrence de l'abus sexuel et la protection l'enfant; • la reconnaissance, par l'agresseur, de la responsabilité de ses actes; • le rétablissement d'une hiérarchie à l'intérieur de la famille. <p>De plus, les auteurs insistent sur la pertinence d'une « session d'excuses » où l'abuseur fait des excuses sincères à la victime et aux autres membres de la famille avant d'entamer la thérapie familiale.</p> <p>Merrick et ses collègues (1994) proposent, jumelé à une thérapie familiale, un format d'intervention de groupe qui a comme objectif d'aider les victimes à se sentir moins stigmatisées et moins isolées socialement (dans Hébert <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>Les interventions familiales et individuelles seraient plus efficaces pour diminuer les symptômes de stress post-traumatique (Harvey et Taylor 2010).</p>
Entretien parent-enfant.	<p>Les auteurs soulignent aussi l'importance de bien évaluer la relation parent-enfant, les comportements d'attachement et les pratiques parentales en utilisant des questionnaires standardisés et des entrevues structurées ou semi-structurées pour bien systématiser l'information recueillie (Cyr <i>et al.</i>, 2011). L'évaluation doit prendre en compte la capacité du parent à prendre soin de son enfant et doit donner accès à des informations concernant les comportements et les interactions entre le parent et l'enfant, et ce, dans différents contextes (Cyr <i>et al.</i> 2011; Saunders <i>et al.</i> 2004).</p> <p>Le principe général de traitement dans les relations parent-enfant est de promouvoir des interactions positives entre les parents et les enfants, tout en réduisant les interactions négatives. Les parents apprennent à utiliser des compétences de gestion du comportement basées sur le renforcement des comportements positifs, plutôt que de compter principalement sur la répression des comportements négatifs et apprennent à instaurer des limites adéquates (Becker <i>et al.</i>, 1995; Saunders <i>et al.</i>, 2004). Dans les interventions, l'importance de la cohérence dans leurs interventions doit être enseignée aux parents (Saunders <i>et al.</i>, 2004).</p>
Intervention par le jeu.	<p>L'intervention par le jeu avec le parent et l'enfant est proposée par certains auteurs (Toledo et Seymour, 2013). Celle-ci a pour but d'améliorer la relation parent-enfant. Ce type d'intervention aide les parents à démontrer de l'acceptation et de l'empathie envers leurs enfants (Toledo et Seymour, 2013). Des avantages résultant de ce type d'intervention sont reconnus par les auteurs; une meilleure acceptation de l'enfant, une plus grande empathie, des changements de comportement et des améliorations sur le plan du bien-être psychologique de l'enfant (Costas et Landreth, 1999; Ouest, 2010, cité dans Toledo et Seymour, 2013).</p>

Interventions avec l'abuseur

Interventions avec l'abuseur.

Les abuseurs peuvent souffrir de plusieurs déficits/ problèmes qui requièrent des interventions spécifiques (Saunders *et al.*, 2004).

Becker *et al.* (2014) font ressortir cinq traitements pour les abuseurs.

Premièrement, les **traitements biologiques et organiques** médicaux offerts tels que les traitements hormonaux (castration hormonale), certains médicaments psychotropes (p.ex., pour la diminution de la libido) ou la castration chirurgicale.

Deuxièmement, **la thérapie traditionnelle de nature psychanalytique ou psychodynamique** qui permet d'identifier et résoudre les traumatismes vécus dans le passé. Il s'agit aussi d'éliminer l'anxiété ressentie par l'individu d'aller vers des partenaires appropriés. Ces thérapies doivent permettre d'éliminer les fantasmes inappropriés reliés à l'enfant. L'efficacité de la psychothérapie chez l'abuseur est controversée dans la littérature. Cependant, une étude qualitative récente a fait ressortir les impacts positifs ressentis par les délinquants à la suite du traitement (Thomas, Phillips & Blaine, 2015).

Troisièmement, **la thérapie de groupe** fréquemment mentionnée dans la littérature (Becker *et al.*, 2014) qui, bien qu'associée à un taux de récurrence important, serait toutefois **plus efficace pour les abuseurs incestueux** que pour les pédophiles avec 18 % de rechute pour les pédophiles et 7 % pour les abuseurs incestueux (Becker *et al.*, 2014).

Quatrièmement, la **thérapie familiale** qui peut être offerte pour maintenir l'intégrité des familles. Cependant, il est important de ne pas maintenir une structure familiale qui met l'enfant à risque d'abus (Becker *et al.*, 2014).

Cinquièmement, l'auteur parle de **techniques comportementales** qui peuvent être utilisées avec l'abuseur. Par exemple, la restructuration des pensées, la thérapie d'aversion, les habiletés sociales, la satiété masturbatoire, l'excitation conditionnée, etc.

Le **niveau de responsabilisation face à l'abus**, l'attitude face aux conséquences négatives, les habiletés déficientes et l'empathie sont des cibles fréquentes d'intervention (Saunders *et al.*, 2004). Certaines pathologies, déviances sexuelles et caractéristiques de personnalité antisociale ou psychopathologique peuvent prédire le risque de récurrence (Saunders *et al.* 2004).

Le traitement des abuseurs sexuels est considéré comme une spécialité et requiert des connaissances spécialisées ainsi qu'une formation spécifique (Saunders *et al.*, 2004).

Références

- Alaggia, R. (2002). Cultural and Religious Influences in Maternal Response to Intrafamilial Child Sexual Abuse : Charting New Territory for Research and Treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 10*(2),41-60.
- Anderson, G.D. (2016). The Continuum of Disclosure: Exploring Factors Predicting Tentative Disclosure of Child Sexual Abuse Allegations During Forensic Interviews and the Implications for Practice, Policy, and Future Research. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(4), 382-402.
- Assink, M., van der Put, C. E., Meeuwssen, M. W. C. M., de Jong, N. M., Oort, F. J., Stams, G. J. J. M., & Hoeve, M. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 145*(5), 459-489.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse et celle en très grande détresse*. Montréal : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Association des centres jeunesse du Québec (2018). *La cause des enfants tatouée sur le cœur: Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2018*. Répéré à https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/actualites/2018/10_octobre/Bilan2018Vweb.pdf
- Azzopardi, C., Eirich, R., Rash, C.L., MacDonald, S., & Madigan, S. (2019). A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. *Child Abuse & Neglect, 93*, 291-304.
- Azzopardi, C., Madigan, S., & Kirkland-Burke, M. (2014). Sexual Abuse Forensic Evaluation With Young Children: Program Outcomes and Predictors of Disclosure. *Journal of Child Custody, 11*(4), 304-324.
- Babcock, K., & Tomicic, A. (2006). *Abus sexuel à l'égard des enfants. Centre national d'information sur la violence dans la famille*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Baril, K., Tourigny, M., Paillé, P., & Pauzé, R. (2016). Characteristics of Sexually Abused Children and Their Nonoffending Mothers Followed by Child Welfare Services: The Role of a Maternal History of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(5), 504-523.
- Barron, I. G., & Topping, K. J. (2013a). Prevention programs and legal considerations for child sexual abuse cases. Exploratory evaluation of a school-based child sexual abuse prevention program. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(8), 931-948.
- Barron, I. G., & Topping, K. J. (2013b). Survivor experience of child sexual abuse prevention program : A pilot study. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(14), 2797-2812.
- Barth, R. P., Yeaton, J., & Winterfelt, N. (1994). Psychoeducational groups with foster parents of sexually abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal, 11*, 405-424.
- Beard, K.W., Griffee, K., Newsome, J.E., Harper-Dorton, K.V., O'Keefe, S.L., ... Nichols, A.N. (2017). Father-Daughter Incest: Effects, Risk-Factors, and a Proposal for a New Parent-Based Approach to Prevention. *Sexual Addiction & Compulsivity, 24*(1/2), 79-107.
- Becker, J.V., Alpert, J.L., BigFoot, D.S., Bonner, B.L., Geddie, L.F., Henggeler, S.W., Kaufman, K.L., & Walker, C.E (1995). Empirical Reaserch on Child Abuse Treatment Working Group, American Psychological Association. *Journal of Clinical Child Psychology, 24* (Suppl.), 23-46.
- Bennett, N. & O'Donohue, W. (2014). The Construct of Grooming in Child Sexual Abuse: Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(8), 957-976.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2-3), 203-229.
- Bolen, R.M. & Lamb, J.L. (2007). Can Nonoffending Mothers of Sexually Abused Children Be Both Ambivalence and Supportive ? *Child Maltreatment, 12* (2), 191-197.

- Boroughs, D. S. (2004). Female sexual abusers of children. *Children and Youth Services Review*, 26(5), 481-487. doi:10.1016/j.childyouth.2004.02.007
- Bronsard, F (2004). L'intervention auprès d'adolescentes victimes d'abus sexuel. Partie 1 : L'évaluation d'une situation d'abus sexuel (Programme PÉTAS). Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC150/F828451086_Partie1_adolescentes_victimetimes_juin2004.pdf
- Butler, A. C. (2013). Neglect Child Sexual Assault: Risk Factors for Girls. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 643-652.
- Ceci, S. J. et Bruck, M. (1995). *Jeopardy in the Courtroom : A scientific Analysis of Children's Testimony*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. (2008). *Les adolescents qui ont été agressés sexuellement. Guide à l'intention des adolescents*. Agence de la santé publique du Canada.
- Cohen, J.A. & Mannarino, A.P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24 (7), 983-994.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P. & Steer, R. (2004). A Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43 (4), 393-402.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. An empirical Update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (11), 1202-1223.
- Collin-Vézina, D., Fast, E., Hélie, S., Cyr, M., Pelletier, S., & Fallon, B. (2014). Young Offender Sexual Abuse Cases Under Protection Investigation: Are Sibling Cases Any Different? *Child Welfare*, 93(4), 91-111.
- Coohey, C. & O'Leary, P. (2008). Mothers' protection of their children after discovering they have been sexually abused : An information-processing perspective. *Child Abuse & Neglect*, 32, 245-259.
- Corcoran, J. (2004). Treatment outcome research with the Non-Offending Parents of Sexually abused children: A critical Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (2), 59-84.
- Crosson-Tower, C. (2002). *When Children are Abused : An Educators Guide to Intervention*. Boston : Allyn and Bacon.
- Cyr, M. (2003). Les facteurs influençant le soutien des mères dont les enfants sont agressés sexuellement. *L'Enjeu spécial recherche*, 9(7), 29-36.
- Cyr, M., Trotier-Sylvain, K., & Lewy, J. (2011). L'entrevue d'enquête avec des enfants : Défis et solutions. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (Éds). *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome 1* (pp.51-96). Québec, Qc : Presses de l'Université Laval.
- Cyr, M., Wirght, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J. McDuff, P., & Thériault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de psychoéducation et d'orientation*, 31 (2), 319-337.
- Cyr, M., Zuk, S., & Payer, M. (2011). Le profil et l'évaluation des parents dont les enfants ont été agressés sexuellement. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (Eds). *L'agression sexuelle envers les enfants* (tome I) (pp253-302). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse : Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 26(9), 957-973.
- Davies, E. A. et Jones, A. C. (2013). Risk Factors in Child Sexual Abuse. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(3), 146-150.

- De Becker, E. (2012). Quel dispositif pour parler de l'abus sexuel avec l'enfant ? *Champ psy*, 61, 109-121.
- De Becker, E. (2006). Clinique et repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 19(6), 211-217.
- De Luca, R.V., Boyes, D.A., Furer, P., Grayston, A.D. & Hiebert-Murphy, D. (1992). Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 33 (2), 168-179.
- Dion, J., Bouchard, J., Gaudreault, L., & Mercier, C. (2012). L'agression sexuelle envers les enfants ayant une déficience intellectuelle: Enquête, traitement et prévention. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Éds). *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome II* (pp. 9-54). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Elklit, A., Christiansen, D.M., Palic, S., Karsberg, S., & Eriksen, S.B. (2014). Impact of Traumatic Events on Posttraumatic Stress Disorder among Danish Survivors of Sexual Abuse in Childhood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 918-934.
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of non-offending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6, 314-331.
- Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., & Fonagy, P. (2019). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry*, Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000407>
- Estes, L. S., & Tidwell, R. (2002). Sexually abused children's behaviours: Impact of gender and mother's experience of intra- and extra-familial sexual abuse. *Family Practice*, 19(1), 36-44. doi:10.1093/fampra/19.1.36
- Faller, K.C. (2016). Chapter 7. Disclosure failures: Statistics, Characteristics, and Strategies to address them. In *Forensic Interviews Reading* (dir. W.T.O'Donohue and Fanetti, M.). doi: 10.1007/978-3-319-21097-1_7
- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the Treatment of Sexually Abused Children : A Review and Recommendations. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34 (11), 1408-1423.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York : Free Press.
- Finkelhor, D., Asdigian, N., & Dziuba-Leatherman, M A. (1995b). Victimization prevention programs for children: A follow-up. *American Journal of Public Health*, 85(12), 1684-1689.
- Finkelhor, D., Asdigian, N., et Dziuba-Leatherman, M A. (1995a). The effectiveness of victimization prevention instruction : An evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse & Neglect*, 19(2), 141-153.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization : A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31(1), 7-26.
- Fraenkel, P. (2019). Incest and relational trauma: The systemic narrative feminist model. In P. J. Pitta & C. C. Datchi (Eds.), *Integrative couple and family therapies: Treatment models for complex clinical issues* (pp. 47-70). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/0000151-003>
- Gomes, V., Jardim, P., Taveira, F., Dinis-Oliveira, R.J., & Magalhaes, T. (2014). Alleged Biological Father Incest: A Forensic Approach. *Journal of Forensic Sciences*, 59(1), 255-259. doi: 10.1111/1556-4029.12310
- Gomez, J.M. & Freyd, J.J. (2017). High Betrayal Child Sexual Abuse and Hallucinations: A Test of an Indirect Effect of Dissociation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(5), 507-518.

- Gouvernement du Québec (2015). Loi sur la protection de la jeunesse (Article 38b). R p r     http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_34_1/P34_1.html
- Grant, J., Indermaur, D., Thornton, J., Stevens, G., Chamarette, C., & Halse, A. (2009). Intrafamilial adolescents sex offenders : Psychological profile and treatment. *Trends & issues in crime and criminal justice*, 375, 1-6.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 289-312.
- Harvey, S.T. & Taylor, J.E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Hayez, J-Y. (1992). Les abus sexuels sur des mineurs d'âge : inceste et abus sexuel extra-familial. *Psychiatrie de l'enfant*, 35 (1), 197-271.
- Hébert, M. & Daignault, I.V. (2015). Enjeux liés à l'intervention auprès des enfants d'âge préscolaire victimes d'agression sexuelle : une étude pilote de l'approche TF-CBT au Québec. *Sexologies*, 24, 41-48.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (Eds). *L'agression sexuelle envers les enfants, tome I* (pp. 149-204). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M. Cyr, M. & Tourigny, M. (2011). *L'agression sexuelle envers les enfants* (tome I). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoie F.,... Rinfret-Raynor, M. (2002). *Des interventions préventives et des services d'aide directe aux victimes en matière d'agression sexuelle : Description des pratiques Québécoises*. Rapport de Recherche. Montréal : Criviff.
- Hébert, M., & Tremblay, C. (2000). La prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants. Dans F. Vitaro, et C. Gagnon (Eds). *La prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (pp. 429-484). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Bernier M-J., & Simoneau, A. C. (2011). Les effets des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (Eds). *L'agression sexuelle envers les enfants* (tome I) (pp205-252). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hernandez, A., Ruble, C., Rockmore, L., McKay, M., Messam, T., Harris, M., & Hope, S. (2009). An integrated approach to treating non-offending parents affected by sexual abuse. *Social Work in Mental Health*, 7, 533-555.
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A.M., & Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents : An exploratory study. *Child abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Higgins, D.J., & McCabe, M. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect : Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547-578.
- Hill, A. (2005). Patterns of Non-offending parental Involvement in Therapy with Sexually Abused Children.A Review of the Literature. *Journal of Soxial Work*, 5 (3), 339-358.
- Hubel, G.S., Campbell, C., West, T. Friedenberg, S., Schreier, S., ... Hansen, D.J. (2014). Child Advocacy Center Based Group Treatment for Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(3), 304-325.
- Huot, C. & Martinet, S. (2011). L'intervention auprès des proches des personnes ayant commis un d lit   caractère sexuel : un regard syst mique. *Le bulletin de l'association des services de r habilitation social du Québec*, XXIII (3), 9-10.

- Jespersen, A. F., Lalumière, M., & Seto, M. C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 179-192. doi:10.1016/j.chiabu.2008.07.004
- Johansson-Love, J., & Fremouw, W. (2006). A critique of the female sexual perpetrator research. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 12-26.
- Kanamuller, J., Riala, K., Nivala, M., Hakko, H., & Rasanen, P. (2014). Correlates of Sexual Abuse in a Sample of Adolescent Girls Admitted to Psychiatric Inpatient Care. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(7), 804-823.
- Lafortune, D., Proulx, J. et Tourigny, M. (2010). Les adultes et les adolescents auteurs d'agression sexuelle. Dans Le Blanc, M. et Cusson, M. (dir.), *Traité de criminologie empirique (4e édition)* (pp. 305-336). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leach, C., Powell, M.B., Sharman, S.J., & Anglim, J. (2017). The Relationship Between Children's Age and Disclosures of Sexual Abuse During Forensic Interviews. *Child Maltreatment*, 22(1), 79-88.
- Lebowitz, L., Harvey, M.R., & Herman, J.L. (1993). A Stage-by-Dimension Model of Recovery From Sexual Trauma. *Journal of interpersonal violence*, 8 (3), 378-391.
- Lefebvre, R. (2012). *Âge et sexe des enfants selon les principaux mauvais traitements corroborés et le risque de futurs mauvais traitements*. Ottawa, Canada: ASPC. Portail canadien de la recherche en protection de l'enfant.
- Lemaigre, C., Taylor, E.P., & Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 70, 39-52.
- Léonard, T. (1993). Statistiques sur les tribunaux de la jeunesse. Juristat Bulletin de service, Statistique Canada, *Centre canadien de la statistique juridique*, vol. 13, 5.
- Lev-Wiesel, R. (2005). Dissociative identity disorder as reflected in drawings of sexually abused survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 32(5), 372-381.
- Lewin, L. & Bergin, C. (2001). Attachment behaviors, Depression, and Anxiety in Nonoffending Mothers of Child Sexual Abuse Victims. *Child Maltreatment*, 6 (4), 365-375.
- Lippert, T., Cross, T. P., Jones, L. J., & Walsh, W. (2010). Suspect confession of child sexual abuse to investigators. *Child Maltreatment*, 15(2), 161-170.
- Magnusson, M., Ernberg, E., & Landstrom, S. (2017). Preschoolers' disclosures of child sexual abuse: Examining corroborated cases from Swedish courts. *Child Abuse & Neglect*, 70, 199-209.
- Maniglio, R. (2015). Significance, Nature, and Direction of the Association Between Child Sexual Abuse and Conduct Disorder: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(3), 241-257.
- McDonald, C. & Martinez, K. (2017). Victims' Retrospective Explanations of Sibling Sexual Violence. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(7), 874-888.
- McIntyre, D., & Carr, A. (1999). Helping children to the other side of silence: A study of the impact of the stay safe programme on Irish children's disclosures of sexual victimization. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1327-1340.
- McLean, C., Morris, S., Conklin, P., Jayawickreme, N., & Foa, E. (2014). Trauma Characteristics and Posttraumatic Stress Disorder among Adolescent Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Family Violence*, 29(5), 559-566.
- McLeod, D.A. (2015). Female Offenders in Child Sexual Abuse Cases: A National Picture. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(1), 97-114.

- Miller, R., & Dwyer, J. (1997). Reclaiming the mother–daughter relationship after sexual abuse. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18, 194–202.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, La direction générale de la santé publique, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Aggression sexuelle*. Gouvernement du Québec. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/agression_sexuelle
- Ministère de la Sécurité publique (2006). *Les Agressions sexuelles au Québec. Statistiques 2004*. Sainte-Foy, Québec : Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité. Ministère de la Sécurité publique.
- Morrill, M. (2014). Sibling Sexual Abuse: An Exploratory Study of Long-term Consequences for Self-esteem and Counseling Considerations. *Journal of Family Violence*, 29(2), 205-213.
- Negrao II, C., Bonanno, G. A., Noll, J.-G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse : Distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment*, 10(4), 350-363.
- O'Keefe, S.L., Beard, K.W., Swindell, S., Stroebel, S.S., Griffee, K., & Young, D.H. (2014). Sister-brother Incest: Data from Anonymous Computer Assisted Self Interviews. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 21(1), 1-38.
- 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(1), 17-36.
- Paquette, G., Tourigny, M. & Joly, J. (2008). Une recension systématique des programmes d'intervention de groupe pour les adolescents agressés sexuellement. *Revue québécoise de psychologie*, 29 (3), 85-99.
- Paredes, M., Leifer, M., & Kilbane, T. (2001). Maternal variables related to sexually abused children's functioning. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1159-1176. doi:10.1016/S0145-2134(01)00268-X
- Pintello, D., & Zuravin, S. (2001). Intrafamilial child sexual abuse: Predictors of post disclosure maternal belief and protective actions. *Child Maltreatment*, 6(4), 344-352.
- Pithers, W., & Gray, A. (1998). The other half of the story: Children with sexual behavior problem. *Psychology, Public Policy & Law*, 4(1-2), 200-217.
- Print, B., & Dey, C. (1992). Empowering mothers of sexually abused children — A positive framework. In A. Bannister (Ed.), *Hearing to healing: Working with the aftermath of child sexual abuse*. Chichester: Wiley.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Quas, J. A., Goodman, G. S., & Jones, D. P. H. (2003). Predictors and attributions of self-blame and internalizing behaviour problems in sexually abused children. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 44(5), 723-736.
- Quas, J. A., Mallow, L. C., Melinder, A., Goodman, G. S, D'Mello, M., & Schaaf, J. (2007). Developmental differences in the effects of repeated interviews and interview bias on young children's event memory and false report. *Developmental Psychology*, 43(4), 823-837.

- Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 21 (7), 669-680.
- Relva, I., Fernandes, O., & Alarcao, M., (2017). Dyadic Types of Sibling Sexual Coercion. *Journal of Family Violence*, 32(6), 577-583. doi: 10.1007/s10896-017-9918-3
- Salazar, L. F., Camp, C. M., DiClemente, R. J., & Wingood, G. M. (2005). Sibling incest offenders. Dans T. P. Gullotta et G. R. Adams (Eds), *Handbook of adolescent behavioral problems : Evidence-based approaches to prevention of adolescent behavioral problems* (pp. 503-518). New York : Springer.
- Saradjian, J., & Hanks, H. G. (1996). *Women who sexually abuse children: From research to clinical practice*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Saunders, B.E., Berliner, L. & Hanson, R.F. (Eds.). (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Cohen, J.A. (2000). Treatment for Sexually Abused Children and Adolescents. *American Psychologist*, 55 (9), 1040-1049.
- Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J.-P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 7-30.
- Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putman, F.W., & Amaya-Jacson, L. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.
- Simoneau, A-C., Daignault, I.V., & Hébert, M. (2011). La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (Eds). *L'agression sexuelle envers les enfants* (tome I) (pp362-398). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Simoneau, A-C., Hébert, M., & Tourigny, M. (2008). Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 37 (2), 245-288.
- Sinanan, A. N. (2011). The Impact of Child, Family, and Child Protective Services Factors on Reports of Child Sexual Abuse Recurrence. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(6), 657-676.
- Skowron, E. , & Reinemann D, H., S. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment : A meta-analysis. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 42 (1), 52-71.
- Smallbone. S. W., & Wortley, R. K. (2004). Onset, persistence, and versatility of offending among adult males convicted of sexual offenses against children. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 16(4), 285-298. doi:10.1023/B:SEBU.0000043324.12709.4f
- Stiller, A. & Hellmann, D.F. (2017) In the aftermath of disclosing child sexual abuse: consequences, needs, and wishes. *Journal of Sexual Aggression*, 23(3), 251-265.
- Tardif, M., Auclair, N., Jacob, M., & Carpentier, J. (2005). Sexual abuse perpetrated by adult and juvenile females : An ultimate attempt to resolve a conflict associated with maternal identity, *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 153-167.
- Thomas, S.P., Phillips, K.D. & Blaine, S.K. (2015). Psychotherapy Experiences of Perpetrators of child sexual abuse. *Archives of psychiatric Nursing*, 29, 309-315.
- Toledo, A.V., & Seymour, F. (2013). Intervention for Caregivers of children who disclose sexual abuse : A review. *Clinical Psychology Review*, 33, 772-781.
- Tourigny, M. & Hébert, M. (2007). Comparison of Open Versus Closed Group Interventions for Sexually Abused Adolescent Girls. *Violence and Victims*, 22 (3), 334-349.

- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits. *Revue Canadienne de Psycho-éducation*, 26(1), 39-69.
- Tourigny, M., & Dufour, M. H. (2000). *La consommation de drogue ou d'alcool en tant que facteurs de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec.
- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). Prévalence, cooccurrence et facteurs de risque des agressions sexuelles envers les enfants. Dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny (Éds). *Les agressions sexuelles envers les enfants, tome I* (pp. 7-50). Ste-Foy : Presse de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Gagné, M-H., Joly, J., & Chartrand, M-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique*, 97(2), 109-113.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., Jacob, M., & Wright, J. (2005). *Portrait québécois des signalements pour abus sexuels faits à la Direction de la protection de la jeunesse*. Sherbrooke, QC : Université de Sherbrooke.
- 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.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., ... Larrivée, M-C. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP).
- Trask, E.V., Walsh, K. & DiLillo, D. (2011). Treatment Effects for Common Outcomes of Child Sexual Abuse : A Current Meta-Analysis. *Aggress Violent Behav.*, 16 (1), 6-19.
- Trocmé, N., & Wolfe, D. (2001). *Maltraitance des enfants au Canada : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - résultats choisis*. Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, Santé Canada.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., ... Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003. Données principales*. Ottawa, ON : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Turner, J., Chamberland, C., Hamelin, A., & Tourigny, M. (2001). *Analyse descriptive d'un service d'interventions psychosociales en CLSC pour enfants, de 6 à 12 ans, victimes d'abus sexuel ou manifestant des comportements sexuels problématiques*. Québec (Province) : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589.
- Van Gijseghem, H. (1992). *L'enfant mis à nu. L'allégation d'abus sexuel : la recherche de vérité*. Montréal : Les Éditions du Méridien.
- Ventus, D., Antfolk, J., & Salo, B. (2017). The associations between abuse characteristics in child sexual abuse: a meta-analysis. *Journal of Sexual Aggression*, 23(2), 167-180.
- Vizard, E. (2013). Practitioner Review : The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse-assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (5), 503-515.
- Wakeling, H. C., Webster, S., Moulden, H. M., & Marshall, W. L. (2007). Decisions to offend in men who sexually abuse their daughters. *Journal of Sexual Aggression*, 13(2), 81-99.

- Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., ... Donovan Rice, D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse : A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 529-548.
- Winton, M. A. (1990). An evaluation of a support group for parents who have a sexually abused child. *Child Abuse & Neglect*, 14, 397-405.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans E. J. Mash et R. A. Barkley (Eds). *An Assessment of childhood disorders* (4^e éd.) (pp. 685-748). New York : Guilford Press.
- Young, S., Martin, M.L., & Blanchard, R. (1997). The use of normalization as a strategy in the sexual exploitation of children by adult offenders. *Canadian Journal of Human Sexuality* 6(4), 285-295.
- Yuile, J. C. (1992). L'investigation et l'évaluation. L'entrevue de l'enfant dans un contexte d'investigation et l'évaluation systématique de sa déclaration. Dans H. Van Gijseghem. *L'enfant mis à nu. L'allégation d'abus sexuel : la recherche de vérité*. Montréal : Les Éditions du Méridien.