

Culpabilité chez les enfants victimes d'agression sexuelle : Le rôle médiateur des stratégies d'évitement sur l'anxiété et l'estime de soi

[Sense of guilt in sexually abused children : Mediating role of avoidance coping on anxiety and self-esteem]

Amélie Gauthier-Duchesne, M.A.,

Candidate à la maîtrise en sexologie, Université du Québec à Montréal

Martine Hébert, Ph.D., and

Professeure au département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Marie-Ève Daspe, Ph.D.

Stagiaire postdoctorale, Université du Québec à Montréal

Résumé

Des études antérieures relèvent que le sentiment de culpabilité est un facteur associé aux répercussions de l'agression sexuelle (AS) chez les survivants adultes (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia et Cortés, 2011). Toutefois, très peu d'études ont exploré le rôle potentiel du sentiment de culpabilité sur les symptômes chez les enfants victimes. L'objectif de cette recherche est d'étudier le rôle médiateur de l'évitement dans la relation entre le sentiment de culpabilité et les symptômes associés à l'AS (anxiété et estime de soi). L'échantillon est composé de 447 enfants victimes d'AS (319 filles et 128 garçons), âgés de 6 à 12 ans. Les résultats des analyses acheminatoires indiquent que les enfants révélant davantage de culpabilité par rapport à la situation d'AS présentent un niveau plus élevé d'anxiété et une plus faible estime d'eux-mêmes. Un effet indirect a également été observé et montre que le sentiment de culpabilité est lié à l'utilisation de stratégies d'évitement, qui en retour exacerbent les symptômes d'anxiété et contribuent à une plus faible estime de soi. Le modèle, qui s'ajuste aux données de manière équivalente pour les filles et les garçons, permet d'expliquer 24,4 % de la variance des symptômes d'anxiété et 11,2 % de la variance de l'estime de soi. Ces résultats laissent entendre que le sentiment de culpabilité pourrait constituer une cible d'intervention pertinente pour les enfants victimes d'AS.

Abstract

Prior studies have suggested self-blame and sense of guilt as important elements associated with the effects of childhood sexual abuse on adult survivors (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia & Cortés, 2011). However, few studies have explored the potential impact of the sense of guilt on outcomes in child victims. This study examines the mediating role of avoidance coping on the

relationship between sense of guilt and outcomes (anxiety and self-esteem) in sexually abused children. The sample consisted of 447 sexually abused children (319 girls and 128 boys) aged 6 to 12. Path analysis indicated that children with higher feelings of guilt about the abuse showed more anxiety and lower levels of self-esteem. Indirect effects also indicated that sense of guilt predicted avoidance coping, which in turn contributed to higher anxiety and lower self-esteem. This model, which fits the data well for both girls and boys, explains 24.4 % of the variance in anxiety and 11.2 % of the variance in self-esteem. Results suggest that sense of guilt is an important target for clinical intervention with sexually abused children.

Mots-clés

enfants victimes d'agression sexuelle; sentiment de culpabilité; stratégies d'évitement; anxiété; estime de soi

Keywords

child sexual abuse; sense of guilt; avoidance coping; anxiety; self-esteem

Introduction

L'agression sexuelle (AS) représente un problème social grave qui touche principalement les femmes et les enfants. Les méta-analyses réalisées à partir d'échantillons de différents pays révèlent qu'une fille sur 5 et un garçon sur 10 ont été victimes d'AS avant l'âge de 18 ans (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011). Au Québec, on retrouve des taux de prévalence équivalents concernant les AS vécues durant l'enfance (Tourigny et Baril, 2011).

Vu l'ampleur du phénomène, on observe une augmentation de l'intérêt scientifique depuis les trente dernières années en ce qui a trait aux AS vécues durant l'enfance. Plusieurs recherches ont donc permis de déterminer des conséquences négatives associées à une histoire de victimisation sexuelle durant l'enfance. Ainsi, l'AS est maintenant clairement reconnue comme un facteur de risque important pour les tentatives de suicide, l'abus d'alcool et de drogues et la revictimisation (Maniglio, 2009). Bien que moins documentés que ces conséquences à long terme, de nombreux symptômes ont également été observés chez les enfants victimes d'AS. Les enfants ayant dévoilé une situation d'AS sont susceptibles de présenter des symptômes de stress post-traumatique (SSPT; Hébert, Langevin et Daigneault, 2016), ainsi que des symptômes dépressifs et anxieux (Hébert, 2011). Certains enfants peuvent également exprimer davantage de problèmes de comportement extériorisés, comme de la colère, de l'agressivité ainsi que des comportements sexualisés problématiques (Gagnon et Tourigny, 2011; Hébert, 2011). Les enfants victimes d'AS sont également plus à risque de développer une faible estime d'eux-mêmes (Heflin et Deblinger, 2007).

Sentiment de culpabilité

La multiplicité et la variabilité des symptômes soulignent l'importance de mieux comprendre les trajectoires des enfants victimes d'AS. De surcroît, il semble primordial d'étudier les facteurs qui contribuent à l'apparition de ces symptômes afin de mieux adapter les interventions offertes auprès de cette population, et ainsi diminuer les conséquences vécues par les victimes d'AS durant l'enfance. Parmi ces facteurs, quelques études se sont penchées sur le sentiment de culpabilité. Lorsqu'une personne fait face à une expérience de vie défavorable, comme une AS, elle peut tenter d'attribuer des causes qui expliqueraient pourquoi elle se trouve dans cette situation (Feiring et Cleland, 2007). Ces attributions sont généralement décrites comme étant internes (p. ex., s'attribuer le blâme) ou externes (p. ex., blâmer l'agresseur). Chez les victimes d'AS, les attributions internes de blâme peuvent être exacerbées par les commentaires et comportements de l'agresseur et de l'entourage de la victime lors du dévoilement pouvant blesser ou stigmatiser l'enfant (Finkelhor et Browne, 1985). Un sentiment de culpabilité élevé peut donc découler de cette attribution interne de blâme. Chez la population générale, il est reconnu que les attributions internes à la suite d'événements de vie adverses sont associées à davantage de détresse psychologique, notamment des symptômes anxieux (Martin et Dahlen, 2005) et une faible estime de soi (Major, Kaiser et McCoy, 2003).

Quelques études empiriques ont étudié le sentiment de culpabilité à titre de facteur prédicteur ou médiateur des conséquences de l'AS. Par exemple, Daigneault, Tourigny et Hébert (2006) ont observé que les attributions internes de blâme propres à l'AS contribuent à prédire différents symptômes chez des adolescentes victimes, dont des symptômes anxieux et dépressifs. Une étude de Feiring et Cleland (2007) a également révélé que les attributions internes, comparativement aux attributions externes, sont un prédicteur des symptômes dépressifs chez de jeunes victimes âgées de 8 à 15 ans. Cependant, ces recherches ont été conduites principalement auprès d'adolescents et tiennent compte uniquement des attributions causales et non du sentiment qui en découle, ce qui empêche de dresser un portrait juste du sentiment de culpabilité vécu par les enfants d'âge scolaire victimes d'AS. Il importe également de faire la distinction entre le sentiment de culpabilité et le sentiment de honte. Ce dernier renvoie davantage à une évaluation négative de soi, se traduisant par exemple par l'impression de se sentir petit, inutile, impuissant et exposé de manière négative aux autres (Tangney, Stuewig et Mashek, 2007). Le sentiment de culpabilité réfère plutôt à une évaluation émotionnelle négative de ses comportements et de ses actions, et non de sa personne (Lewis, 1971). La honte peut être observée chez les victimes d'AS lorsqu'elles tentent de se cacher en parlant de leur expérience traumatique (Feiring et Taska, 2005). Les enfants peuvent se sentir honteux d'avoir été impliqués dans des comportements sexuels jugés inappropriés (Feiring, Taska et Chen, 2002), alors que la culpabilité est associée au regret d'avoir fait (ou de ne pas avoir fait) certains gestes.

Le sentiment de culpabilité vécu chez les victimes peut aussi être influencé par les caractéristiques de l'AS. Plusieurs auteurs ont observé que les situations d'AS impliquant des gestes plus sévères, c'est-à-dire des gestes de pénétration, contribuent à des niveaux plus élevés de sentiments de culpabilité (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia et Cortés, 2011; Feiring et Cleland, 2007; Quas, Goodman et Jones, 2003). Cependant, Ullman, Townsend, Filipas et

Starzynski (2007) soulèvent des résultats différents en observant que le degré de sévérité de l'AS est négativement associé au sentiment de culpabilité. Cette dernière recherche a toutefois été conduite auprès de femmes ayant été victimes durant l'adolescence ou à l'âge adulte. Les femmes adultes victimes d'AS impliquant une pénétration pourraient ressentir moins de culpabilité, car les gestes qu'elles ont subis seraient conformes aux croyances sociales qui définissent le viol (Ullman *et al.*, 2007). Les victimes d'AS très sévères durant l'enfance seraient quant à elles plus susceptibles de se percevoir comme responsables de la situation (Feiring et Cleland, 2007). En effet, des gestes plus sévères pourraient amener les enfants à croire qu'il y a quelque chose chez eux qui conduit à l'AS (Feiring et Cleland, 2007). Des contradictions émergent également quant aux résultats explorant le lien avec l'agresseur: certains relatent que le fait d'avoir une relation de proximité avec l'agresseur est un facteur prédictif du sentiment de culpabilité (Quas *et al.*, 2003), alors que d'autres n'observent aucun lien significatif (Cantón-Cortés *et al.*, 2011). Cette disparité pourrait être expliquée par la complexité de l'attribution du blâme lorsque l'agresseur est une personne aimée par l'enfant (Feiring et Cleland, 2007). Enfin, il est possible de penser que la fréquence de l'AS pourrait contribuer au sentiment de culpabilité chez les victimes (Cantón-Cortés *et al.*, 2011; Quas *et al.*, 2003), car celles-ci pourraient se sentir coupables de ne pas avoir été en mesure de mettre un terme à la situation abusive. Ces contradictions présentes dans la littérature scientifique soulignent la pertinence d'étudier le lien entre les caractéristiques de l'AS et le sentiment de culpabilité chez les victimes.

Stratégies d'évitement

Un autre facteur pouvant moduler l'intensité des symptômes vécus par les enfants victimes d'AS réfère aux stratégies d'adaptation. Celles-ci permettent aux individus de résoudre un problème ou une difficulté à la suite d'un événement de vie adverse. Les stratégies d'adaptation sont généralement décrites selon deux catégories, soit les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement (Lazarus, 1993). La première catégorie réfère aux actions qui permettent à l'individu d'affronter l'événement stressant (ex : parler de ses sentiments, résolution de problèmes); elles sont généralement associées à un meilleur ajustement à long terme. Les stratégies d'évitement réfèrent quant à elles aux comportements permettant à une personne de ne pas être exposée à des informations pouvant être difficiles à gérer (p. ex., éviter de penser à ce qui est arrivé, distanciation). L'utilisation de ce type de stratégies contribue à l'apparition de problèmes de comportement intériorisés (retrait, anxiété, dépression) chez les jeunes victimes (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006; Hébert, 2014). Cantón-Cortés et ses collègues (2011) ont de leur côté observé l'effet médiateur des stratégies d'évitement entre le sentiment de culpabilité et les SSPT chez de jeunes femmes âgées de 18 à 24 ans ayant été victimes d'AS avant l'âge de 14 ans. Puisque l'attribution interne de blâme peut être difficile à gérer, les victimes pourraient avoir recours à des stratégies d'évitement afin d'échapper aux pensées et aux sentiments douloureux. D'autres recherches sont nécessaires afin d'étudier l'effet médiateur des stratégies d'évitement entre le sentiment de culpabilité et d'autres symptômes associés aux AS vécues durant l'enfance.

Différences liées au genre

L'analyse des études publiées dans le domaine indique que malgré qu'un garçon sur dix serait victime d'AS durant l'enfance (Stoltenborgh *et al.*, 2011; Tourigny et Baril, 2011), les garçons et les hommes sont, dans la vaste majorité des études, sous-représentés dans les échantillons, voire absents (Maikovich-Fong et Jaffee, 2010; Villeneuve Cyr et Hébert, 2011). Parmi les études qui se sont penchées sur les différences entre les garçons et les filles victimes d'AS, on y décèle des résultats divergents (Villeneuve et al., 2011). Par exemple, en ce qui concerne le sentiment de culpabilité, Ullman et Filipas (2005) recensent que les femmes victimes d'AS durant l'enfance se sentiraient davantage coupables que les hommes victimes, alors que Feiring et Cleland (2007) n'ont observé aucune différence significative entre les garçons et filles, justifiant ainsi la nécessité d'explorer les différences de genre dans les études portant sur les AS vécues durant l'enfance.

L'objectif de cette recherche est d'étudier le rôle médiateur de l'évitement dans la relation entre le sentiment de culpabilité et les symptômes associés à l'AS (anxiété et estime de soi) chez les enfants victimes. With: Au sein du modèle étudié, les caractéristiques de l'AS (sévérité des gestes faits, fréquence et identité de l'agresseur) sont considérées comme étant des prédicteurs du sentiment de culpabilité vécu par la victime. Il est attendu que des gestes plus sévères, une fréquence élevée et une relation de proximité avec l'agresseur soient des facteurs associés à un plus grand sentiment de culpabilité. Ce sentiment de culpabilité devrait être positivement associé aux symptômes anxieux et négativement associé à l'estime de soi, via une plus grande utilisation de stratégies d'évitement. La présence de différences liées au genre au sein de ce modèle sera également examinée de façon exploratoire. Au regard des études précédemment recensées, il semble pertinent d'étudier le sentiment de culpabilité propre à l'AS vécu chez les enfants victimes d'AS, en tenant compte du genre de l'enfant. Mieux comprendre les symptômes présents chez cette population permettra d'adapter les interventions offertes et ainsi diminuer les conséquences chez les jeunes victimes.

Méthodologie

Participants

L'échantillon comprend 447 enfants (319 filles et 128 garçons), âgés de 6 à 12 ans ($M = 8,99$; $É.T. = 2,05$), qui ont été victimes d'AS. Les participants ont été recrutés lors de l'évaluation initiale dans différents sites offrant des services spécialisés, soit la Clinique pédiatrique sociojuridique du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, le Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent, le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille et Parents-Unis Repentigny Lanaudière. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des enfants et de leur famille.

Mesures

Caractéristiques de l'AS—Une version adaptée du *History of Victimization Form* (HVF; Parent et Hébert, 2006) a été utilisée afin de collecter les informations quant aux caractéristiques de l'AS à partir des renseignements disponibles dans le dossier médical ou clinique de l'enfant. La sévérité des gestes posés par l'agresseur a été cotée à l'aide d'une

échelle de 3 points : 1 = exhibitionnisme (exposition des parties génitales de l'agresseur sans toucher), voyeurisme (exposition des parties génitales de l'enfant sans toucher), baisers, exposition à du matériel pornographique, contact physique par-dessus les vêtements, 2 = contact physique sous les vêtements, attouchements génitaux et 3 = contact oral-génital, pénétration ou tentative de pénétration (digitale, orale, vaginale, anale ou avec un objet). La fréquence de l'AS a été catégorisée comme étant 1 = épisode unique ; 2 = plusieurs événements ; et 3 = répétitive ou chronique (plus de 6 mois). Une échelle de 4 points a été utilisée pour coter l'identité de l'agresseur : 1 = un membre de la famille immédiate (parent, fratrie, conjoint du parent, enfant du conjoint du parent), 2 = un membre de la famille éloignée (grand-parent, oncle, tante, cousin), 3 = une connaissance de l'enfant (ex : gardien, voisin, ami de la famille) et 4 = un inconnu.

Sentiment de culpabilité—Les enfants ont rempli le *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (CITES-II ; Wolfe, 2002) qui comprend 3 items sur le sentiment de culpabilité propre à la situation d'AS. Ces items sont : « Je pense que ce qui est arrivé est de ma faute », « J'ai l'impression d'avoir causé des problèmes à plusieurs personnes » et « Je me sens coupable de ce qui est arrivé ». Chaque item inclut les choix de réponses suivants : 0 = Faux, 1 = Un peu vrai et 2 = Très vrai. Le score total du sentiment de culpabilité varie de 0 à 6 et le coefficient de consistance interne obtenu lors de la présente étude est satisfaisant ($\alpha = 0,71$).

Stratégies d'évitement—Une version traduite et abrégée du *Self-Report Coping Scale* (SRCS ; Causey et Bubow, 1992; Hébert, Parent et Daignault, 2007) a été passée aux enfants. L'échelle contient 20 items concernant des stratégies d'approche et d'évitement liées à la situation d'AS. Pour chaque stratégie, les choix de réponse sont 1 = Jamais, 2 = Presque jamais, 3 = Quelquefois, 4 = La plupart du temps et 5 = Toujours. Le score total de la sous-échelle des stratégies d'évitement varie de 4 à 20. « Je fais comme si rien n'était arrivé » et « Je me dis que ce qui est arrivé n'est pas important » sont des exemples d'items liés aux stratégies d'évitement. La consistance interne de la version française de cette sous-échelle est adéquate ($\alpha > 0,72$; Hébert *et al.*, 2007). Dans le cadre de cette recherche, le coefficient alpha est de 0,71.

Symptômes anxieux—Les 11 items de la sous-échelle d'inquiétude-hypersensibilité du *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS ; Reynolds et Richmond, 1978) ont été remplis par les enfants. Cette échelle a été traduite par Turgeon et Chartrand (2003). Les choix de réponse sont 0 = Faux et 1 = Vrai, et le score total varie entre 0 et 11. Des exemples d'items sont « Je deviens nerveux/se quand les choses ne vont pas comme je veux » et « Je m'inquiète de ce que mes parents peuvent me dire ». La consistance interne obtenue par Turgeon et Chartrand (2003) est adéquate et égale à celle obtenue dans le cadre de la présente étude ($\alpha = 0,81$).

Estime de soi—L'échelle de l'estime de soi globale du *Self-Perception Profile for Children* (SPPC ; Harter, 1985) a été remplie par les enfants. Cette échelle a été traduite par Hébert et Parent (1995). Pour chacun des 6 items, les enfants devaient choisir, dans un premier temps, lequel des deux types d'enfants lui correspond le plus (ex : « Certains enfants

aiment le genre de personne qu'ils sont MAIS d'autres enfants aimeraient être quelqu'un d'autre ») et, dans un deuxième temps, si ce type d'enfants est un peu ou tout à fait comme lui. Un score de 1 à 4 est attribué pour chaque item (1 = faible estime de soi et 4 = estime de soi élevée). Le score total de cette échelle est de 6 à 24. La consistance interne obtenue par Harter (1985) est adéquate ($\alpha > 0,78$). Dans la présente étude, la consistance interne est $\alpha = 0,68$.

Procédures

Les enfants ont été sollicités pour participer à la recherche lors de leur visite au centre spécialisé. Pour ceux qui ont accepté de participer, le formulaire de consentement a été expliqué et signé par le parent. La confidentialité a été assurée aux participants. L'enfant a rempli le questionnaire seul avec une assistante de recherche. La passation du questionnaire durait environ une heure. Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine et du Comité institutionnel d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal.

Stratégies d'analyses

Dans un premier temps, à l'aide du logiciel SPSS version 20.0, des analyses descriptives ont été réalisées afin de documenter les caractéristiques des situations d'AS vécues par les enfants. Dans un deuxième temps, des analyses de corrélation ont été effectuées afin de présenter les relations entre les différentes variables à l'étude. Dans un troisième temps, des analyses acheminatoires, réalisées avec le logiciel Mplus version 7.0 (Muthén et Muthén, 1998–2015), ont été effectuées afin de tester le modèle de médiation. Différents indices ont été utilisés afin de vérifier si le modèle spécifié représente les données de manière adéquate. Un chi carré non significatif ou un ratio du chi carré sur les degrés de liberté inférieur à 3 (Jöreskog et Sörbom, 1993), un CFI (*Comparative Fit Index*) supérieur à 0,95 (Hu et Bentler, 1999) et un RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) plus petit que 0,06, avec un intervalle de confiance (IC) à 90 % se situant entre 0,00 et 0,08 (Hu et Bentler, 1999), indiquent tous un bon ajustement.

Afin d'examiner la contribution des stratégies d'évitement dans l'association entre le sentiment de culpabilité et les symptômes d'anxiété et d'estime de soi, des effets indirects sont estimés. Pour ce faire, le produit des coefficients de régression de l'évitement sur la culpabilité et de l'anxiété sur l'évitement est calculé. Le même processus est effectué pour le lien indirect entre la culpabilité, l'évitement et l'estime de soi. Afin de vérifier si ces effets indirects sont significatifs, des IC *bootstrap* à 95 % sont estimés (MacKinnon et Fairchild, 2009). Cette méthode est basée sur une distribution des produits de coefficients et génère des IC pour la valeur réelle des coefficients des effets indirects. Enfin, des analyses multigroupes sont réalisées afin de vérifier l'invariance du modèle spécifié selon le genre des enfants victimes.

Résultats

Les analyses descriptives (voir Tableau 2) indiquent que la majorité des enfants composant l'échantillon ont vécu des situations d'AS impliquant des gestes très sévères (pénétration ou

tentative de pénétration). Plus de la moitié des enfants auraient été abusés par un membre de leur famille immédiate.

Les corrélations présentées dans le Tableau 3 indiquent que le sentiment de culpabilité et les stratégies d'évitement sont associés à davantage de symptômes anxieux et à une faible estime de soi. La sévérité de l'AS est associée à un plus grand sentiment de culpabilité vécu par l'enfant, mais les autres caractéristiques de l'AS, soit la fréquence et l'identité de l'agresseur, ne sont pas corrélées au sentiment de culpabilité. Ces caractéristiques ne seront donc pas incluses dans le modèle.

Modèle de médiation—Des analyses acheminatoires ont été réalisées afin d'étudier le rôle médiateur de l'évitement dans la relation entre le sentiment de culpabilité et les symptômes associés à l'AS (anxiété et estime de soi). Puisque certaines variables n'étaient pas distribuées de manière normale, une méthode d'estimation robuste a été utilisée. Cette méthode permet de gérer les données manquantes selon la méthode d'estimation par maximum de vraisemblance (Muthén et Muthén, 1998–2015) et d'obtenir des indices d'ajustement adaptés aux données anormalement distribuées (Yuan et Bentler, 2000). Le modèle de médiation (voir Figure 1) s'adapte adéquatement aux données recueillies ($\chi^2(3) = 3,295, p = 0,35; \chi^2/df = 1,10; CFI = 1,00; RMSEA = 0,02$ avec un IC 90 % = [0,00 à 0,08]).

Les résultats indiquent que la sévérité de l'AS est associée au sentiment de culpabilité vécu par l'enfant. De plus, le sentiment de culpabilité vécu par l'enfant prédit les symptômes anxieux de manière directe et indirecte via les stratégies d'évitement ($b = 0,23$ avec un IC 95 % = [0,15 à 0,33]). La proportion de l'effet indirect du sentiment de culpabilité sur l'anxiété via les stratégies d'évitement est de 43 %. Finalement, le sentiment de culpabilité prédit également l'estime de soi, avec un effet médiateur des stratégies d'évitement ($b = -0,16$ avec un IC 95 % = [-0,25 à -0,09]). La proportion de l'effet indirect du sentiment de culpabilité sur l'estime de soi par les stratégies d'évitement est de 27 %. Le modèle explique 24,4 % de la variance des symptômes d'anxiété et 11,2 % de la variance de l'estime de soi chez les enfants victimes d'AS.

Différences liées au genre—Dans le but d'explorer la présence de différences entre les garçons et les filles, des analyses multi-groupes sont réalisées afin d'examiner l'invariance du modèle selon le genre de la victime. Pour ce faire, un modèle multi-groupes dans lequel l'ensemble des paramètres (liens structuraux, variances et covariances) des garçons et des filles sont contraints à égalité est comparé à un modèle dans lequel ces paramètres sont estimés librement. La différence entre le chi carré du modèle sans contrainte et le chi carré du modèle présentant des contraintes d'égalité n'est pas significative ($\chi^2(6) = 7,19, p = 0,30$), ce qui indique que le modèle spécifié s'ajuste de manière équivalente aux données des filles et des garçons.

Discussion

La présente étude avait pour but d'étudier le rôle médiateur des stratégies d'évitement dans la relation entre le sentiment de culpabilité et les symptômes associés à l'AS (anxiété et estime de soi) chez les enfants victimes d'AS. Les résultats ont démontré que le sentiment

de culpabilité est associé à un plus haut niveau d'anxiété et à une plus faible estime de soi. Ce lien est également observé chez la population générale adulte (Major *et al.*, 2003 ; Martin et Dahlen, 2005). Des recherches antérieures conduites auprès d'adolescents victimes d'AS avaient montré que le sentiment de culpabilité était un prédicteur de différentes difficultés associées au trauma, dont des symptômes de stress post-traumatique, dépressifs et anxieux (Cantón-Cortés *et al.*, 2011 ; Daigneault *et al.*, 2006 ; Feiring et Cleland, 2007). En plus des effets directs observés, les analyses ont permis de constater que l'évitement joue un rôle médiateur entre le sentiment de culpabilité et les symptômes associés à l'AS. Ces résultats sont cohérents avec ceux recensés chez les adultes victimes d'AS durant l'enfance (Cantón-Cortés *et al.*, 2011). Il est d'ailleurs reconnu que l'utilisation de stratégies d'évitement est liée à la détresse, et ce, tant pour la population clinique que spécifiquement pour les victimes d'AS (Hébert *et al.*, 2006). En effet, l'évitement est un facteur reconnu comme étant central dans la multiplicité des réactions à la suite d'un traumatisme, et ce, tant chez les enfants que chez les adultes victimes (Hébert, 2014). Se sentir coupable par rapport à la situation d'AS incite donc les enfants victimes à utiliser des stratégies pour éviter les pensées et les sentiments liés à l'AS, ce qui augmente les risques de rapporter des symptômes anxieux et une faible estime de soi.

Parmi les caractéristiques de l'AS étudiées, seule la sévérité a été retenue comme prédicteur du sentiment de culpabilité. Le fait d'avoir subi des gestes de pénétration ou de tentative de pénétration était associé à un plus grand sentiment de culpabilité révélé par les enfants victimes. Des relations similaires avaient été observées chez les personnes ayant vécu une AS durant l'enfance (Cantón-Cortés *et al.*, 2011; Feiring et Cleland, 2007; Quas *et al.*, 2003). Toutefois, cette contribution demeure faible. Ceci pourrait être dû à la distribution anormale des données (61,6 % des participants de cette étude ont été victimes d'AS très sévères) qui diminue la variance pouvant être expliquée. Parmi les autres caractéristiques de l'AS étudiées dans la présente étude, la fréquence et l'identité de l'agresseur ne corrélaient pas significativement avec le sentiment de culpabilité. Pourtant, des études avaient déjà soulevé qu'une situation d'AS qui perdure dans le temps contribuait à davantage de sentiment de culpabilité chez des victimes d'AS durant l'enfance (Cantón-Cortés *et al.*, 2011; Quas *et al.*, 2003). Il importe de mentionner que les données quant aux caractéristiques des AS vécues, et plus particulièrement la fréquence et les types de gestes subis, peuvent être plus difficiles à répertorier dans le cas d'enfants comparativement aux adultes. En effet, il arrive parfois que les informations quant à la nature exacte ou l'ampleur des différentes situations vécues ne soient dévoilées qu'en cours de thérapie lorsque le lien de confiance se développe. Les données pourraient donc représenter seulement une portion des actes vécus. Cette différence pourrait être également expliquée par l'utilisation d'une échelle catégorielle (épisode unique, plusieurs événements ou fréquence répétitive) plutôt que continue (p. ex : durée en nombre de mois). Par ailleurs, les recherches précédemment recensées soulevaient des contradictions quant au lien entre l'identité de l'agresseur et le sentiment de culpabilité vécu par l'enfant: certaines indiquaient qu'il n'y avait pas de lien significatif entre le sentiment de culpabilité et l'identité de l'agresseur (Cantón-Cortés *et al.*, 2011) tandis que d'autres indiquaient qu'une relation de proximité avec l'agresseur prédisait un plus grand sentiment de culpabilité (Quas *et al.*, 2003). Ces contradictions pourraient s'expliquer par la proximité affective que peuvent avoir l'enfant et l'agresseur, car cette

proximité peut complexifier le processus d'attribution du blâme (Feiring et Cleland, 2007). Dans la présente étude, trois participants sur quatre ont été agressés sexuellement par un membre de leur famille. Cette faible variabilité pourrait également expliquer l'absence de lien entre l'identité de l'agresseur et le sentiment de culpabilité.

En ce qui a trait aux différences possibles entre les garçons et les filles, les analyses multigroupes ont révélé que les données s'ajustaient de manière équivalente au modèle pour les deux genres. Feiring et Cleland (2007) avaient également observé que les garçons et les filles s'attribuent autant de blâme, et ce, chez les victimes comme chez les non-victimes. Le modèle médiateur proposé dans la présente étude semble donc valide tant pour les garçons que pour les filles. Ceci souligne l'importance d'intervenir avec les filles comme avec les garçons victimes d'AS, même si ces difficultés (anxiété et estime de soi) sont parfois davantage associées au genre féminin.

Les résultats de cette étude semblent indiquer que le sentiment de culpabilité et les stratégies d'adaptation seraient des cibles d'intervention pertinentes pour les enfants victimes d'AS. D'ailleurs, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006), qui est reconnue comme une intervention exemplaire dans le domaine des enfants victimes d'AS, inclut une composante sur la reconnaissance des pensées et la restructuration cognitive (Simoneau, Daignault et Hébert, 2011). Dans le cadre des sessions de thérapie, les enfants sont amenés à reconnaître que leurs pensées ont un impact sur la façon dont ils se sentent. Durant la thérapie, les enfants qui mentionnent se sentir coupables de l'AS pourront prendre conscience, à l'aide du soutien du thérapeute, qu'ils ne sont aucunement responsables de cette situation, ce qui pourrait contribuer à diminuer leur sentiment de culpabilité et d'autres symptômes associés à l'AS. De plus, l'utilisation de stratégies d'approche, telles qu'aborder la situation vécue directement, parler de ses émotions et les partager avec le parent non agresseur, est appliquée et promue durant les séances. Des interventions sociales préventives devraient également promouvoir l'attribution du blâme à l'agresseur et l'utilisation de stratégies d'approche efficaces.

Limites de la présente étude et recherches futures

Bien que cette recherche ait permis de mieux comprendre le rôle du sentiment de culpabilité chez les jeunes victimes d'AS, elle comporte quelques limites. Premièrement, le fait que l'étude soit transversale ne permet pas d'établir de lien de causalité, ni de vérifier si l'effet médiateur de l'évitement est constant à travers le temps. Deuxièmement, l'instrument utilisé pour mesurer le sentiment de culpabilité chez les enfants contient un nombre limité d'énoncés. L'utilisation d'une échelle ayant une plus grande sensibilité aurait été un atout. Troisièmement, toutes les mesures ont été remplies par l'enfant. Il aurait été pertinent d'inclure des informations provenant d'un parent non agresseur afin de trianguler les données.

Des recherches ultérieures pourraient étudier l'impact du sentiment de culpabilité sur d'autres conséquences propres à l'AS chez les enfants, comme les SSPT, les symptômes de dissociation ou la dépression. Il serait également intéressant d'inclure un deuxième temps de mesure pour vérifier si les relations entre le sentiment de culpabilité, l'évitement et les symptômes associés à l'AS se maintiennent à travers le temps. Puisqu'un dévoilement d'AS

peut occasionner une situation de crise pour l'ensemble des acteurs dans l'entourage de l'enfant (p. ex., séparation, perte de contact avec certains membres de la famille), il serait possible de penser que les enfants vivraient davantage de culpabilité peu de temps après le dévoilement. Des chercheurs pourraient également créer des outils de mesure sur les attributions de blâme, le sentiment de culpabilité et la honte qui soient adaptés aux enfants victimes. Des instruments de mesure normalisés propres à cette population permettraient de mieux distinguer ces trois construits et leurs liens avec les symptômes vécus par les enfants victimes.

Cette étude contribue à l'avancement des connaissances scientifiques en incluant un vaste échantillon d'enfants victimes d'AS, dont un nombre important de garçons. De plus, l'échantillon comprend de jeunes victimes âgées de 6 à 12 ans, ce qui permet de mieux comprendre les enjeux associés à l'AS durant ce stade développemental. Somme toute, cette recherche sur le sentiment de culpabilité permet de contribuer à la compréhension de la complexité des symptômes liés à l'AS vécue durant l'enfance et offre certaines pistes à considérer pour quiconque souhaite améliorer les interventions visant cette clientèle.

Acknowledgments

Remerciements: Cette recherche a été réalisée grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (#77614) octroyée à Martine Hébert. La première auteure tient à remercier les organismes lui ayant octroyé des bourses d'études supérieures, soit le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, les Fonds de recherche du Québec - Société et culture ainsi que la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants. Nous tenons également à remercier les familles ayant participé à ce projet et les professionnels des centres d'intervention impliqués.

Références

- Cantón-Cortés D, Cantón J, Justicia F, Cortés MR. A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: The mediating role of attributions of blame and avoidance coping. *Psicothema*. 2011; 23(1):66–73. [PubMed: 21266144]
- Causey DL, Dubow EF. Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1992; 21(1):47–59.
- Cohen, JA., Mannarino, AP., Deblinger, E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York, NY: Guilford Press; 2006.
- Daigneault I, Tourigny M, Hébert M. Self-attributions of blame in sexually abused adolescents: A mediational model. *Journal of Traumatic Stress*. 2006; 19(1):153–157. [PubMed: 16568456]
- Feiring C, Cleland C. Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31(11–12):1169–1186. [PubMed: 18023871]
- Feiring C, Taska LS. The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*. 2005; 10(4):337–349. [PubMed: 16204736]
- Feiring C, Taska LS, Chen K. Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*. 2002; 7(1):25–39.
- Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1985; 55(4):530–541. [PubMed: 4073225]
- Gagnon, MM., Tourigny, M. Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins: Évaluation et traitement. In: Hébert, M.Cyr, M., Tourigny, M., editors. *L'agression sexuelle envers les enfants*. Vol. 1. Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec; 2011. p. 333-362.
- Harter, S. Manuel. University of Denver; 1985. *The Self-Perception Profile for Children: Revision of the Perceived Competence Scale for Children*.

- Hébert, L. Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Montréal. Récupéré d'Archipel, l'archive de publications électroniques de l'UQAM; 2014. Modelage parental des stratégies d'adaptation chez les enfants victimes d'agression sexuelle. <http://www.archipel.uqam.ca/6147/>
- Hébert, M. Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. In: Hébert, M.Cyr, M., Tourigny, M., editors. L'agression sexuelle envers les enfants. Vol. 1. Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec; 2011. p. 149-204.
- Hébert, M., Parent, N. Document inédit. Sainte-Foy, Québec: Université Laval; 1995. Traduction française du Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1985).
- Hébert M, Parent N, Daignault IV. The French-Canadian version of the Self-Report Coping Scale: Estimates of the reliability, validity, and development of a short form. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2007; 40:2–15.
- Hébert M, Tremblay C, Parent N, Daignault, Piché C. Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*. 2006; 21(5):287–299.
- Hébert M, Langevin R, Daignault I. The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 193:227–232. [PubMed: 26773922]
- Heflin, AH., Deblinger, E. Child sexual abuse. In: Dattilio, FM., Freeman, A., editors. *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*. 3. New York: Guilford Press; 2007. p. 247-276.
- Hu L-T, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*. 1999; 6(1):1–55.
- Jöreskog, KG., Sörbom, D. LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1993.
- Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*. 1993; 55:234–247.
- Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*. 1971; 58(3):419–438. [PubMed: 5150685]
- MacKinnon DP, Fairchild AJ. Current directions in mediation analysis. *Current Directions in Psychological Science*. 2009; 18(1):16–20. [PubMed: 20157637]
- Maikovich-Fong AK, Jaffee SR. Sex differences in childhood sexual abuse characteristics and victims' emotional and behavioral problems: findings from a national sample of youth. *Child Abuse & Neglect*. 2010; 34(6):429–437. [PubMed: 20400178]
- Major B, Kaiser CR, McCoy SK. It's not my fault: When and why attributions to prejudice protect self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2003; 29(6):772–781. [PubMed: 15189632]
- Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29(7):647–657. [PubMed: 19733950]
- Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*. 39(7):1249–1260.
- Muthén, LK., Muthén, BO. Mplus user's guide. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 1998–2015.
- Parent, N., Hébert, M. Questionnaire sur la victimisation de l'enfant. Adaptation française du « History of Victimization Form » par Wolfe, Gentile et Boudreau (1987). Montréal, Québec: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal; 2006.
- Quas JA, Goodman GS, Jones DPH. Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44(5): 723–736. [PubMed: 12831116]
- Reynolds CR, Richmond BO. What I Think and Feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1978; 6(2):271–280. [PubMed: 670592]
- Simoneau, AC., Daignault, IV., Hébert, M. La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma. In: Hébert, M.Cyr, M., Tourigny, M., editors. L'agression sexuelle envers les enfants. Vol. 1. Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec; 2011. p. 363-398.
- Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*. 2011; 16(2):79–101. [PubMed: 21511741]

- Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ. Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*. 2007; 58:345–372.
- Tourigny, M., Baril, K. Les agressions sexuelles durant l'enfance: ampleur et facteurs de risque. In: Hébert, M., Cyr, M., Tourigny, M., editors. *L'agression sexuelle envers les enfants*. Vol. 1. Québec, Québec: Les Presses de l'Université du Québec; 2011. p. 7-50.
- Turgeon L, Chartrand É. Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*. 2003; 15(3):378–383. [PubMed: 14593838]
- Ullman SE, Filipas HH. Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*. 2005; 29(7):767–782. [PubMed: 16051351]
- Ullman SE, Peter-Hagene LC, Relyea M. Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*. 2014; 23(1):74–93. [PubMed: 24393091]
- Ullman SE, Townsend SM, Filipas HH, Starzynski LL. Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly*. 2007; 31:23–37.
- Villeneuve Cyr M, Hébert M. Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service social*. 2011; 57(1):15–30.
- Wolfe, VV. Instrument d'évaluation non publié. London, Ontario: 2002. *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*.
- Wolfe, VV. Child Sexual Abuse. In: Mash, EJ., Barkley, RA., editors. *Assessment of Childhood Disorders*. New York, NY: The Guilford Press; 2007. p. 685-748.
- Yuan KH, Bentler PM. Three likelihood-based methods for mean and covariance structure analysis with nonnormal missing data. *Sociological methodology*. 2000; 30(1):165–200.

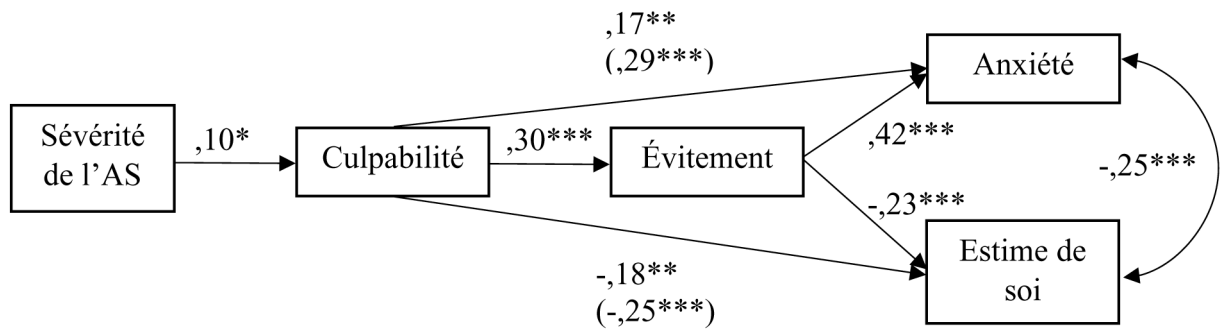


Figure 1.

Modèle prédictif de l'anxiété et de l'estime de soi chez les enfants victimes d'AS

Notes. Les coefficients du modèle sont standardisés. Les coefficients de régression inscrits entre parenthèse sont ceux obtenus avant d'intégrer la variable évitement comme médiateur au modèle. Le modèle explique 24,4 % de la variance des symptômes d'anxiété et 11,2 % de la variance de l'estime de soi.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques	Participants (n = 447)
Genre de l'enfant	
Fille	71,4 %
Garçon	28,6 %
Structure familiale	
Famille d'origine	17,8 %
Famille monoparentale	42,5 %
Famille reconstituée	27,3 %
Famille d'accueil ou en Centre jeunesse	12,4 %
Revenu familial	
Moins de 20 000 \$	32,8 %
20 000 à 39 999 \$	27,7 %
40 000 à 59 999 \$	16,8 %
60 000 \$ et plus	22,6 %
Niveau de scolarité de la mère	
Études primaires	4,8 %
Études secondaires	45,1 %
Études collégiales	38,0 %
Études universitaires	12,1 %
Niveau de scolarité du père	
Études primaires	9,9 %
Études secondaires	49,4 %
Études collégiales	26,9 %
Études universitaires	13,8 %
Appartenance ethnoculturelle	
Canadienne ou québécoise	86,3 %
Autre	13,7 %

Tableau 2

Caractéristiques des situations d'AS chez les enfants victimes

Caractéristiques	Participants (<i>n</i> = 447)
Sévérité de l'AS	
AS moins sévère	10,7 %
AS sévère	27,7 %
AS très sévère	61,6 %
Fréquence de l'AS	
Épisode unique	23,5 %
Quelques événements	40,6 %
Répétitif ou chronique	35,9 %
Identité de l'agresseur	
Famille immédiate	52,6 %
Famille élargie	20,0 %
Connaissances	25,4 %
Inconnu	2,0 %

Tableau 3

Corrélations, moyennes et écart-types des variables à l'étude

Variables	1	2	3	4	5	6	Moyenne	Écart-type
1. Culpabilité							1,50	1,77
2. Évitement	,302***						10,20	3,03
3. Anxiété	,295***	,470***					5,47	3,21
4. Estime de soi	-,256***	-,288***	-,367***				18,62	3,97
5. Sévérité de l'AS	,103*	,092	,017	-,068			2,51	0,68
6. Fréquence de l'AS	,005	,029	-,031	-,072	,220***		2,12	0,76
7. Identité de l'agresseur	-,067	,001	,005	,004	-,077	-,191***	1,77	0,90