Chapitre 22

Agression sexuelle et symptômes de dissociation chez des filles d'âge scolaire

Delphine Collin-Vézina[1], Martine Hébert[2], Marie-Ève Brabant[3]

Introduction

L'agression sexuelle (AS) durant l'enfance a été associée à de nombreuses conséquences psychologiques (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Tyler, 2002). Des problèmes de comportements internalisés, notamment la dépression, l'anxiété et l'isolement, de même que des difficultés externalisées, telles que des comportements agressifs et sexualisés, ont été répertoriés chez des enfants ayant subi une AS (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996). Plusieurs symptômes témoignant d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ont été observés chez des enfants ayant vécu une AS, que ce soit des cauchemars, des pensées intrusives, ou des jeux faisant état du trauma vécu (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; McLeer et al., 1998; Tremblay, Hébert, & Piché, 2000; Wolfe, Sas, & Wekerle, 1994).

Bien que la dissociation ait été identifiée comme étant l'une des conséquences les plus complexes chez les survivants adultes (McElroy, 1992), ce n'est que récemment que les recherches ont commencé à investiguer ce phénomène chez des populations infantiles et adolescentes, ce qui explique le peu de connaissances à ce niveau chez ces deux groupes (Silberg, 2000). La dissociation consiste en une séparation structurelle des processus psychologiques qui sont habituellement intégrés tels que les pensées, les émotions, la mémoire et l'identité (Putnam, 1997; Spiegel & Cardena, 1991). La dissociation comprend les états de fugue, l'amnésie et les sentiments de dépersonnalisation. Ces symptômes serviraient de moyens pour faire

face à un trauma sévère (Putnam, 1991) et pour gérer les émotions liées à des souvenirs douloureux (Foa & Hearst-Ikeda, 1996). Conséquemment, la dissociation serait un mécanisme de fuite psychologique lorsque la fuite physique est impossible (Gershuny & Thayer, 1999). La dissociation, bien que constituant une stratégie parfois nécessaire pour faire face à un trauma, devient un moyen mésadapté lorsqu'elle est utilisée fréquemment (Banyard, Williams, & Siegel, 2001; Cole, Alexander, & Anderson, 1996; Herman, 1997; Terr, 1995) et qu'elle devient la stratégie principale de l'enfant pour gérer des situations non traumatiques (Hauggard, 2004). Chez les survivants adultes d'AS, la dissociation constitue une psychopathologie majeure (Chu & Dill, 1990; Gershuny & Thayer, 1999; Hall & Powell, 2000; Hartt & Waller, 2002; Rodriguez-Srednicki, 2001; Ross-Gower, Waller, Tyson, & Elliott, 1998). Une méta-analyse a indiqué que les symptômes de dissociation sont liés à l'AS (d = .42) (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996), démontrant ainsi le lien significatif entre les traumas durant l'enfance et la tendance à manifester des symptômes dissociatifs à l'âge adulte.

Chez l'enfant, la dissociation entraînerait des difficultés au niveau de la mémoire (ex. aucun souvenir d'événements passés), de la perception (ex. confusion entre l'imaginaire et la réalité) et de l'identité (ex. disparités et variations des habiletés et des caractéristiques) (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001a). L'élaboration d'une mesure fiable et valide de la dissociation chez l'enfant (Putnam, Helmers, & Trickett, 1993) a permis à des chercheurs de démontrer que, tout comme chez les survivants adultes d'une AS, les enfants ayant subi une AS présentaient un plus grand nombre de symptômes dissociatifs que les enfants n'ayant pas vécu d'agression (Macfie et al., 2001a; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001b; Malinosky-Rummell & Hoier, 1991; Plattner et al., 2003; Trickett, Noll, Reiffman, & Putnam, 2001). Les victimes d'AS sont donc plus à risque de manifester de la dissociation lors du dévoilement de l'AS (Macfie et al., 2001a) et au cours de leur développement (Macfie et al., 2001b; Trickett et al., 2001).

Malgré l'avancement des connaissances sur la dissociation chez l'enfant, l'évolution des processus dissociatifs dans les cas de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de troubles affectifs reste encore à débattre (Silberg, 2000). Chez les survivants adultes d'AS, il semble que les symptômes dissociatifs se développent simultanément avec le TSPT (Bob, 2003; Farley & Keaney, 1997; Foa & Hearst-Ikeda, 1996; Foa, Riggs, & Gershuny, 1995), mais certaines études n'obtiennent pas une telle conclusion et la même ambiguïté demeure chez les enfants (Collin-Vézina & Hébert, 2005; Laor, Wolmer, Kora, Yucel, Spirman, & Yazgan, 2002; Marshall, Spitzer, & Liebowitz, 1999). Il a aussi été démontré que la dissociation était fortement corrélée avec des symptômes internalisés et externalisés (Kiesel & Lyons, 2001; Wherry, Jolly, Feldman, & Adam, 1994), suggérant un lien étroit entre ces différentes pathologies. Toutefois, d'autres auteurs prétendent qu'il s'agit de regroupements distincts de symptômes (Macfie et al., 2001b; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997). La complexité du lien entre ces pathologies et la dissociation reste par conséquent à clarifier. Il est envisageable que la dissociation, puisqu'elle constitue un moyen initial d'adaptation, serve de médiateur entre les AS durant l'enfance et diverses conséquences chez l'individu à l'âge adulte (Banyard et al., 2001). Une variable médiatrice est ici définie comme le mécanisme par lequel un élément influence un autre, soit la courroie de transmission qui tisse le lien entre deux facteurs (Baron & Kenny, 1986). À cet effet, la dissociation a été identifiée comme étant une variable médiatrice entre le trauma vécu durant l'enfance et les troubles de la santé mentale à l'âge adulte, tels que la dépression, les comportements phobiques et compulsifs et les troubles de la personnalité borderline (Ross-Gower et al., 1998), et aussi le fonctionnement parental déficitaire (Collin-Vézina, Cyr, Pauzé, & McDuff, 2005; Narang & Contreras, 2000), la perpétuation d'agressions au sein des générations subséquentes, que ce soit en agressant son propre enfant ou en s'associant à un partenaire agresseur (Collin-Vézina & Cyr, 2003; Egeland & Susman-Stillman, 1996) et certaines expériences de vie négatives, notamment la revictimisation (Becker-Lausen, Sanders, & Chinsky, 1995). Il est donc probable que les enfants qui

ont appris à se détacher de leur douloureuse réalité ne perçoivent pas les signes qui les préviennent des potentielles agressions lorsqu'ils sont adultes (Becker-Lausen et al., 1995). Toutefois, plutôt que de confirmer la contribution de la dissociation en tant que médiateur, certaines études (Banyard et al., 2001; Sandberg, Matorin, & Lynn, 1999; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane, & Herman, 1996) décrivent la dissociation comme étant un ensemble de symptômes coexistant avec des conséquences en santé mentale, mais n'ayant pas un rôle de médiation. Ces résultats mitigés justifient la poursuite d'études dans ce domaine.

Banyard et ses collègues (2001) prétendent que l'évaluation de la dissociation en tant que médiateur entre les AS durant l'enfance et divers symptômes psychologiques présents à différentes étapes du développement, pourrait révéler des disparités. Kiesel & Lyons (2001) ont démontré le lien de médiation, via la dissociation, entre les AS durant l'enfance et des troubles psychiatriques chez une population adolescente, particulièrement des comportements destructeurs. Toutefois, le devis corrélationnel de leur étude sans groupe de comparaison empêche la confirmation de l'implication de la dissociation au niveau des conséquences sur la santé mentale. À notre connaissance, aucune étude portant sur la dissociation en tant que médiateur des symptômes chez les jeunes enfants victimes d'AS n'a été publiée. Les enfants d'âge scolaire constituent une population à investiguer, puisque la première AS se produit fréquemment avant l'âge de 12 ans (Putnam, 2003) et que des interventions auprès de cette clientèle pourraient être mises en place afin de contrer les conséquences négatives de l'AS à l'enfance (Cohen, Mannarino, Berliner, & Deblinger, 2000).

Les objectifs de cette étude visent à 1) évaluer les symptômes dissociatifs des filles d'âge scolaire ayant vécu une AS et de les contraster à ceux d'un groupe de comparaison, 2) évaluer le rôle médiateur de la dissociation entre les AS et les conséquences chez les enfants, particulièrement la dépression, le TSPT et les

difficultés comportementales internalisées et externalisées. Nos hypothèses stipulent que les filles ayant subi une AS durant l'enfance auront plus de symptômes dissociatifs comparativement aux non-victimes et que le niveau de dissociation sera un médiateur des conséquences psychologiques.

Méthode

Les participants

Le groupe de victimes comprenait 67 jeunes filles francophones référées suite à une allégation d'AS pour une évaluation à la Clinique de pédiatrie socio-juridique de l'Hôpital Ste-Justine. Les jeunes filles ont rapporté qu'un épisode d'AS s'était produit dans les six derniers mois et toutes étaient âgées de 7 à 12 ans (M = 9.0, ET = 1.4). Dans 65,6% des cas, les AS étaient qualifiées de « très sévère » selon la classification de Russell (Russell, 1983), i.e. impliquant une tentative de pénétration ou une pénétration orale, vaginale ou anale. Un membre de la famille immédiate ou élargie était l'agresseur dans plus du deux tiers des cas (68,7%) et près de la moitié de participantes avaient été agressées de façon chronique depuis plusieurs mois ou années (46,9%). Malgré les variations dans la sévérité de l'abus vécu par ces 67 filles, nous n'avons pas effectué de distinctions entre elles puisqu'une recherche précédente a démontré que les caractéristiques de l'AS n'apparaissent pas influencer le degré de dissociation auprès de cette clientèle (Collin-Vézina & Hébert, 2005).

Le groupe de comparaison était constitué de 67 jeunes filles recrutées au sein de trois écoles publiques de la région de Montréal situées dans un environnement socio-économique similaire. Les mères ont complété un questionnaire d'événements stressants vécus (incluant l'AS) afin d'exclure les enfants ayant vécu une AS. Les deux groupes ont été pairés selon l'âge (M = 9.2, ET = 1.7).

Les deux groupes étaient comparables pour toutes les variables socio-démographiques, à l'exception de la structure familiale et du niveau maternel et paternel d'éducation. Les analyse de Chi2 ont révélé que la distribution de la structure

familiale différait entre les deux groupes χ^2 (2, N = 134) = 8.54, p = 0.01). Une proportion significativement plus élevée de victimes habitaient au sein d'une famille monoparentale (53,7%) comparativement aux non-victimes (31,3%). Toutefois, après avoir contrôlé la variable d'appartenance à un groupe, la variable de structure familiale n'était plus uniquement reliée à la dissociation (ß = 0.06; p = 0.45). Conséquemment, la structure familiale n'a pas été incluse en tant que covariable dans les analyses subséquentes.

Les résultats des analyses de variance ont démontré que les deux groupes différaient significativement quant au niveau maternel et paternel d'éducation (niveau maternel F (1,132) = 3.83, p < 0.00; niveau paternel F (1,132) = 2.74, p < 0.01). En ce qui concerne les mères des victimes, elles avaient en moyenne 10.9 années de scolarité comparativement à 13.0 ans pour les mères du groupe de comparaison. Les pères des victimes avaient, quant à eux, 11.3 années d'éducation et les pères des non-victimes, 13.1 années. En contrôlant la variable d'appartenance à un groupe, le niveau maternel et paternel d'éducation prédisait encore la dissociation (niveau maternel ß = 0.18; p = 0.04; niveau paternel ß = 0.21; p = 0.02). Puisque le niveau maternel d'éducation et le niveau paternel d'éducation étaient corrélés (r = 0.41, p < 0.00), seul le niveau maternel d'éducation a été inclus comme covariable dans les analyses subséquentes de façon à éviter l'apparition de problèmes de multicollinéarité (Tabachnick & Fidell, 1996).

Toutes les mesures employées ont été administrées en version française.

Child Dissociative Checklist (CDC version 3.0, 2/90; Putnam et al., 1993). Le CDC est un outil dont la validité et la fiabilité ont été démontrées. Il comprend 20 items de dissociation dont la présence ou l'absence chez l'enfant doit être observée par un adulte (Malinosky-Rummell & Hoier, 1991; Putnam & Peterson, 1994). Le seuil clinique indiquant une tendance à dissocier se situe lorsqu'un score de 12 et plus est atteint (Putnam et al., 1993). La consistance interne de la version française est satisfaisante (coefficient α de Cronbach = 0.86).

Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES, Wolfe, 1996). Les symptômes de TSPT ont été mesurés à l'aide d'une échelle dérivée du CITES, un questionnaire employé auprès d'enfants (Ohan, Myers, & Collett, 2002). Ce questionnaire comprend 21 items et évalue la présence de symptômes de reviviscence du trauma (ex. cauchemars), de comportements d'évitement (ex. retrait social) et de problèmes d'hyperactivation (ex. difficulté de sommeil). À l'aide des critères du DSM-IV, un score dichotomique a été élaboré, selon la présence ou l'absence d'un diagnostic de TSPT. La fiabilité et la validité de ce questionnaire ont été établies (Chaffin & Schultz, 2001; Wolfe, 1996) et la fiabilité de la version française est élevée (coefficient á de Cronbach = 0.81).

Child Behavior Checklist—Parent-Report Form (CBCL, Achenbach, 1991). Le CBCL est un questionnaire standardisé de 113 items mesurant les comportements internalisés (dépression, isolement, anxiété) et externalisés (troubles de la conduite, comportements agressifs et sexualisés) des enfants de 2 à 17 ans. Cet instrument a été utilisé fréquemment avec des enfants ayant vécu une AS (Bonner, Walker, & Berliner, 1999) et il est hautement valide et fiable à travers divers pays (Achenbach & Rescorla, 2000; Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1997; DeGroot, Koot, & Verhulst, 1995). Des scores bruts ont été utilisés dans cette étude puisque l'échantillonnage était homogène en fait de sexe et d'âge (Achenbach & Rescorla, 2000). La consistance interne de la version française est très satisfaisante pour les deux échelles principales (comportements internalisés : coefficient á de Cronbach = 0.88; comportements externalisés coefficient á de Cronbach = 0.92).

Children Depressive Inventory (CDI; Kovacs, 1981). Cette mesure auto-rapportée par l'enfant évalue les symptômes de dépression, tels que les perturbations de l'humeur, la capacité hédoniste, les fonctions végétatives, l'évaluation de soi et les comportements interpersonnels. Sa validité est bien établie (Carey, Faulstich, Gresham, & Ruggiero, 1987; Hodges, 1990; Lazzoni, Debry, & Peree, 1997;

Ruggiero, Morris, Beidel, Scotti, & McLeer, 1999). Une version abrégée comprenant 10 des 27 items de la version originale et ayant une fiabilité tout aussi satisfaisante (Saint-Laurent, 1990) a été utilisée. La validité de la version abrégée a été confirmée à l'aide d'une analyse factorielle qui a démontré une structure adéquate et la fiabilité de la version française est reconnue (coefficient de Cronbach $\alpha = 0.74$).

Résultats

Les résultats seront discutés sous deux rubriques. La première partie a pour objectif de comparer les symptômes dissociatifs au sein des deux groupes, alors que le deuxième est d'évaluer le rôle médiateur de la dissociation entre les AS durant l'enfance et les conséquences psychologiques, notamment les symptômes internalisés et externalisés, le TSPT et la dépression.

Le score moyen de dissociation au sein du groupe d'AS est de 8.08 (ET= 5.95) et de 3.43 au sein du groupe n'ayant pas subi une AS (ET= 3.96). À l'aide d'un test-t sur les échantillons indépendants, cette différence s'est révélée significative ($F(1,133) = 16.34$, $p = 0.00$). Une analyse de régression logistique a été réalisée afin de déterminer la probabilité que les jeunes filles ayant subi une AS aient des symptômes dissociatifs à un niveau clinique comparativement au groupe de non-victimes. Les résultats obtenus démontrent que 20 des 67 filles ayant vécu une AS présentaient un niveau clinique de dissociation (29,9%), contre uniquement 3 au sein du groupe contrôle (4,5%). Après avoir contrôlé le niveau maternel d'éducation, et selon les critères de Wald, la victimisation sexuelle prédisait significativement les tendances à la dissociation pathologique ($z = 9.85$, $p < 0.01$) et augmentait de huit fois la probabilité de souffrir de dissociation pathologique ($Exp(B) = 7.93$).

Afin de vérifier notre hypothèse stipulant que la dissociation servirait de médiateur dans la relation entre les AS durant l'enfance et les conséquences psychologiques, les critères de Baron et Kenny (1986) concernant la médiation ont été appliqués. Tel que présenté dans le tableau 1, le premier critère a été confirmé

puisque la corrélation entre l'AS et la dissociation était significative (r = 0.34, $p < 0.00$), de même que celle entre l'AS, la dissociation et les conséquences psychologiques (de r = 0.17 à 0.54, $p < 0.05$). Seul le TSPT était associé à l'AS (r = 0.37, $p < 0.00$), mais pas à la dissociation (r = 0.09, $p > 0.05$). Conséquemment, l'hypothèse concernant la médiation n'a pas été poursuivie sur cette variable.

Table 1. Corrélations bivariées de l'AS, de la dissociation et des conséquences psychologiques (N=134)

	Comportements			
	Internalisés	Externalisés	TSPT	Dépression
Anxiété	0.32***	0.30***	0.37***	0.17*
Dépression	0.46***	0.54***	0.09	0.17*

La multicollinéarité a été examinée car plusieurs variables étaient corrélées entre elles. Puisqu'aucun index ne dépassait le point de coupure de 30 et que la proportion de deux variances n'excédait pas .50 (Kleinbaum, Kupper, & Muller, 1988; Tabachnick & Fidell, 1996), des régressions hiérarchiques ont pu être réalisées. Le deuxième critère de Baron et Kenny (1986) nécessite que l'association entre l'AS et les conséquences psychologiques diminue ou disparaisse lorsque l'on contrôle le médiateur (la dissociation). À l'aide d'une régression hiérarchique sur chaque conséquence psychologique et en utilisant le niveau maternel d'éducation comme covariable, les résultats obtenus démontrent que l'AS prédit significativement les comportements internalisés lorsque considérée uniquement avec le niveau maternel d'éducation (ß = 0.26; $p < 0.01$). Lorsque la dissociation est incluse dans la deuxième étape, l'AS prédit seulement 2% de la variance, ce qui n'est plus significatif. Aussi, la dissociation prédit significativement les comportements internalisés (ß = 0.39; $p < 0.001$). Le modèle final est significatif, F (4, 130) = 15.64, $p < 0.001$ et explique

25% de la variance des comportements internalisés. Conséquemment, ces résultats confirment que la dissociation sert de médiateur dans la relation entre l'AS durant l'enfance et les comportements internalisés.

En outre, l'AS durant l'enfance est significativement liée aux comportements externalisés, lorsque seul le niveau maternel d'éducation est utilisé comme covariable (ß = 0.25; $p < 0.01$). Dans la deuxième étape, l'AS ne prédit plus les comportements externalisés lorsque la dissociation est incluse dans l'équation (ß = 0.10; $p > 0.05$). Ainsi, seule la dissociation prédit le résultat (ß = 0.49; $p < 0.001$). Le modèle final est significatif $F (4,130) = 19.42$, $p < 0.001$) et explique 30% de la variance des comportements externalisés. Les résultats indiquent qu'ici encore, la dissociation joue un rôle médiateur entre l'AS durant l'enfance et les comportements externalisés.

Un résultat différent a été obtenu lorsque la dépression a été évaluée en tant que conséquence. L'AS durant l'enfance est significative lorsqu'elle était considérée seule avec la covariable du niveau maternel d'éducation (ß = 0.22; $p < 0.05$). En ajoutant la dissociation, la relation demeure significative (ß = 0.22; $p < 0.05$), mais la dissociation n'a pas de lien significatif avec la dépression (ß = 0.01; $p > 0.05$). Par conséquent, la dissociation n'agit pas en tant que médiateur dans la relation entre l'AS durant l'enfance et la dépression et le modèle final n'est pas significatif $F (4, 130) = 2.01$, $p > 0.05$).

Discussion

Cette étude a tenté de comparer les composantes de la dissociation chez des filles d'âge scolaire ayant vécu une AS à celles de non-victimes et aussi d'explorer la possibilité que la dissociation serve de médiateur pour engendrer des conséquences psychologiques chez cette population. Bien que les recherches aient documenté la présence et l'impact de la dissociation sur l'ajustement psychologique des survivants adultes à l'AS, peu d'informations étaient connues chez les victimes d'âge scolaire.

L'un des résultats importants de cette étude est que les filles ayant vécu une AS démontrent plus de symptômes dissociatifs que celles n'ayant pas vécu ce trauma. De façon générale, les enfants agressés sexuellement sont huit fois plus à risque de démontrer des symptômes cliniques de dissociation que ceux n'ayant pas subi une AS. L'hypothèse stipulant que la dissociation agit en tant que médiateur a été confirmée pour les symptômes internalisés et externalisés, suggérant donc que la dissociation constitue un mécanisme important dans la compréhension de certaines conséquences psychologiques chez les enfants ayant vécu une AS durant leur enfance. Ces résultats confirment ceux obtenus par Kisiel & Lyons (2001) auprès d'une population d'adolescents agressés sexuellement. Toutefois, la dissociation n'agit pas en tant que médiateur dans la relation entre l'AS durant l'enfance, la dépression et le TSPT.

Nos résultats suggèrent donc que la dissociation serait un facteur jouant un rôle médiateur pour certaines conséquences psychologiques identifiables chez des victimes d'AS. Toutefois, d'autres variables, non considérées dans la présente étude, pourraient aussi être liées à l'apparition de conséquences psychologiques chez les enfants agressés sexuellement, parmi celles-ci, on retrouve les stratégies d'approche et d'évitement (Bal, van Oost, de Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003; Spaccarelli, 1994; Tremblay et al., 2000), l'attachement aux figures parentales (Alexander, 1992; Ogawa et al., 1997) et la sévérité des AS vécues (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Kendall-Tackett et al., 1993; Trickett et al., 2001).

Le TSPT était corrélé à l'AS mais pas à la dissociation, ce qui va dans le même sens que certaines études antérieures (Collin-Vézina & Hébert, 2005; Laor et al., 2002; Marshall et al., 1999) et à l'inverse d'autres études (Bob, 2003; Farley & Keaney, 1997; Foa & Hearst-Ikeda, 1996; Foa et al., 1995). McElroy (1992) a suggéré que les symptômes liés au TSPT constituaient une réponse plus adaptée lors d'une expérience traumatique que les subtilités bizarres des symptômes de dissociation. Aussi, l'utilisation de définitions variables de la dissociation, soit comme une stratégie

d'adaptation soit comme une pathologie qui repose sur les critères du DSM-IV, pourrait expliquer en partie les résultats mitigés obtenus jusqu'à ce jour dans les recherches (Gershuny & Thayer, 1999; Kihlstrom, Glisky, & Angiulo, 1994; Holmes et al., 2005). Il faut prendre en considération que la dissociation dans cette étude faisait référence à un processus d'adaptation et le TSPT à une pathologie, ce qui peut avoir diminué le présupposé lien entre les deux. Malgré l'utilisation dans cette étude du point de coupure suggéré par Putnam et ses collègues (1993) pour évaluer la dissociation pathologique, ces auteurs ont mentionné qu'il ne pouvait servir d'outil diagnostique. En outre, des recherches antérieures ont démontré que la dissociation péritraumatique – dissociation qui se produit durant l'agression – était un prédicteur important du TSPT (Birmes et al., 2003; Steiner, Carrion, Plattner, & Koopman, 2003), mais ce type de dissociation n'a pas été exploré dans cette étude. L'utilisation de la nouvelle version du Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-II; Wolfe, 2004), qui inclut des items mesurant la dissociation péritraumatique, permettra éventuellement la vérification d'une telle hypothèse auprès d'enfants. Une avenue intéressante pour des recherches futures serait de considérer divers aspects de la dissociation (péritraumatique, les processus dissociatifs et la dissociation pathologique) et de mesurer leur relation distincte avec le TSPT.

Cette recherche présente plusieurs forces, notamment l'évaluation d'enfants d'âge scolaire, l'utilisation d'un groupe de comparaison et l'utilisation d'instruments standardisés. Toutefois, elle comporte certaines limites. Premièrement, aucun lien de cause à effet et aucune direction relationnelle ne peuvent être imputés, puisque les données n'ont pas fait l'objet d'un suivi longitudinal. Même si les liens de médiation sont souvent évalués à l'aide d'études transversales, aucune direction dans les liens entre les variables ne peut être identifiée (Kreamer, Stice, Kazdin, Offord, & Kupfer, 2001). Ainsi, nous devons être prudents dans nos conclusions concernant la causalité. Deuxièmement, un second problème réside dans la technique utilisée pour mesurer la dissociation, puisque ce sont les mères qui évaluaient les expériences dissociatives

de leur enfant. Des études antérieures ont confirmé que les mères d'enfants victimes d'AS peuvent démontrer une détresse psychologique importante (Davies, 1995; Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999; Hiebert-Murphy, 1998; Kelley, 1990; Newberger, Gremy, Waternaux, & Newberger, 1993), il est donc possible que les mères présentant une telle détresse aient tendance à évaluer leurs enfants comme étant perturbés. Par conséquent, la validité de l'évaluation des symptômes dissociatifs par les mères pourrait représenter une limite. Les futures études devraient considérer l'élaboration de mesures basées sur l'évaluation de l'enfant lui même (Silberg, 2000), par exemple, à l'aide des représentations du monde interne de l'enfant (Macfie et al., 2001a). Troisièmement, à l'instar des autres recherches rapportées, cette étude n'a été menée qu'auprès de victimes féminines, ce qui nous limite dans la compréhension de ce phénomène auprès des victimes masculines. Considérant qu'un garçon sur douze est agressé sexuellement au cours de son enfance (Putnam, 2003), il serait essentiel dans les études futures de comprendre comment la dissociation influence le lien entre le trauma et les séquelles psychologiques selon le genre. Finalement, il aurait été intéressant de départager l'impact de l'AS de celui d'autres formes de mauvais traitements, puisque les différents types de violence ont tendance à coexister (Ney, Fung, & Wickett, 1994) et que la violence physique est aussi associée aux symptômes de dissociation (Swett & Halpert, 1993).

Conclusions

Le rôle médiateur de la dissociation suggère que le traitement des victimes d'AS devrait être orienté sur la dissociation (Silberg, 2000). Nos résultats démontrent que la présence de comportements internalisés et externalisés, de même que de symptômes dépressifs, n'exclut pas la présence de symptômes dissociatifs (Macfie et al., 2001b). De ce fait, l'évaluation de la dissociation chez les enfants ayant subi une AS devrait se faire durant l'évaluation initiale afin d'élaborer un traitement efficace.

Le traitement de la dissociation chez les populations jeunes est complexe, puisque certaines manifestations de processus dissociatifs font partie du développement

normal durant l'enfance, notamment la présence de compagnons imaginaires ou de périodes de fixation (Cardena & Gleaves, 2003; Egeland & Susman-Stillman, 1996; Putnam, Helmers, Horowitz, & Trickett, 1995). Plusieurs enfants ayant des troubles dissociatifs ne souffrent pas de leurs expériences de fragmentation et ces symptômes ne semblent pas être aussi inadaptés que ceux des adultes (Hauggard, 2004). Pour toutes ces raisons, les stratégies de traitement des symptômes dissociatifs des enfants sont au stade initial de développement (Putnam, 1997; Silberg, 2000). L'accumulation de données empiriques pourrait faciliter notre compréhension quant à la dissociation chez les enfants ayant vécu une AS et aussi quant aux liens existant entre ces symptômes et les psychopathologies suivant une expérience traumatique.

1 *Delphine Collin-Vézina*
Professeur adjoint, École de travail social, Université McGill
delphipsy@yahoo.ca

2 *Martine Hébert, Ph.D. Psychologie*
Professeure au département de sexologie, Université du Québec à Montréal

3 *Marie-Ève Brabant*
Candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal

Cette étude a été menée grâce aux subventions de recherche du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) octroyées à Martine Hébert, Ph.D. et à une bourse postdoctorale du FQRSC offerte à Delphine Collin-Vézina, Ph.D.

Les auteurs désirent remercier les enfants et les parents qui ont accepté de participer à cette recherche, ainsi que les membres de l'équipe de la Clinique de pédiatrie socio-juridique de l'Hôpital Sainte-Justine: Dr. Claire Allard-Dansereau, Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin, Dr. Gilles Chabot et Dr. Bernard Méthot.

Références

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA School-Aged Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 185-195.

Bal, S., van Oost, P., de Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 883-897.

Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). Understanding links among childhood trauma, dissociation, and women's mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 311-321.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology,* 51, 1173-1182.

Becker-Lausen, E., Sanders, B., & Chinsky, J. M. (1995). Mediation of abusive childhood experiences: Depression, dissociation, and negative life outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 560-573.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.

Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J.-L., Charlet, J.-P., Lauque, D., et al. (2003). The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: A three-month prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1337-1339.

Bob, P. (2003). Dissociation and neuroscience: History and new perspectives. *International Journal of Neuroscience*, 113, 903-914.

Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406-1416.

Bonner, B. L., Walker, C. U., & Berliner, L. (1999). Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. U.S. Department of Health and Human Services: National Center on Child Abuse and Neglect.

Carey, M. P., Faulstich, M. E., Gresham, F. M., & Ruggiero, L. (1987). Children's Depression Inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 755-761.

Chaffin, M., & Schultz, S. K. (2001). Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *Child Abuse & Neglect*, 25, 401-411.

Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relations to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.

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, 1202-1223.

Cole, P. M., Alexander, P. C., & Anderson, C. L. (1996). Dissociation in typical and atypical development: Examples from father-daughter incest survivors. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 69-89). New York: Plenum Press.

Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle: Description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 27, 489-507.

Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). Beyond childhood trauma : Parental practices of female survivors of child sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 71-97.

Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.

Crijnen, A. A., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.

Davies, M. G. (1995). Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19, 399-408.

Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1371-1378.

DeGroot, A., Koot, H. M., & Verhulst, F. C. (1995). The cross-cultural generalizability of the CBCL cross-informant syndromes. *Psychological Assessment*, 6, 225-230.

Egeland, B., & Susman-Stillman, A. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1123-1132.

Farley, M., & Keaney, J. C. (1997). Physical symptoms, somatization, and dissociation in women survivors of childhood sexual assault. *Women & Health*, 25, 33-45.

Fergusson, D., Horwood, L., & Lynskey, M. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1355-1364.

Foa, E. B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma: An information processing approach. In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation* (pp. 207-224). New York: Plenum Press.

Foa, E. B., Riggs, D. S., & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-120.

Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-657.

Hall, J. M., & Powell, J. (2000). Dissociative experiences described by women survivors of childhood abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 184-204.

Hartt, J., & Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect*, 26, 923-938.

Hauggard, J. J. (2004). Recognizing and treating the uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Dissociative disorders. *Child Maltreatment*, 9, 146-153.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hiebert-Murphy, D. (1998). Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: The role of a history of child sexual abuse, social support and coping. *Child Abuse & Neglect*, 22, 423-435.

Hodges, K. (1990). Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychological Assessment*, 2, 376-381.

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., et al. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.

Kelley, D. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse in day-care centers. *Nursing Research*, 39, 25-29.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.

Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L., & Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 117-124.

Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.

Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., & Muller, K. E. (1988). *Applied regression analysis and other multivariable methods*. Boston: PWS-KENT.

Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.

Kreamer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.

Laor, N., Wolmer, L., Kora, M., Yucel, D., Spirman, S., & Yazgan, Y. (2002). Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190, 824-832.

Lazzoni, A., Debry, M., & Peree, F. (1997). Assessment of child depression: A study of the unidimensionality of the Kovacs Children's Depression Inventory (CDI)/L'évaluation de la dépression infantile: Étude et l'unidimensionnalité de l'inventaire de dépression de Kovac (CDI). *European Review of Applied Psychology*, 47, 53-64.

Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001a). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development & Psychopathology*, 13, 233-254.

Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001b). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1253-1267.

Malinosky-Rummell, R. R., & Hoier, T. S. (1991). Validating measures of dissociation in sexually abused and nonabused children. *Behavioral Assessment*, 13, 341-357.

Marshall, R. D., Spitzer, R., & Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.

McElroy, L. P. (1992). Early indicators of pathological dissociation in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 16, 833-846.

McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., et al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1326-1333.

Narang, D. S., & Contreras, J. M. (2000). Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 24, 653-665.

Ney, P., Fung, T., & Wickett, A. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 18, 705-714.

Newberger, C. M., Gremy, I. M., Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 92-102.

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development of the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development & Psychopathology*, 9, 855-879.

Ohan, J. L., Myers, K., & Collett, B. R. (2002). Ten-year review of rating scales. IV: Scales assessing trauma and its effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1401-1422.

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17-36.

Plattner, B., Silvermann, M. A., Redlich, A. D., Carrion, V. G., Feucht, M., Friedrich, M. H., et al. (2003). Pathways to dissociation: Intrafamilial versus extrafamilial trauma in juvenile delinquents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 781-788.

Putnam, F. W. (1991). Dissociative phenomena. In A. Tasman (Ed.), *Annual Review of Psychiatry* (pp. 159-174). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.

Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.

Putnam, F. W., Helmers, K., Horowitz, L. A., & Trickett, P. K. (1995). Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 645-655.

Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-741.

Putnam, F. W., & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7, 204-211.

Rodriguez-Srednicki, O. (2001). Childhood sexual abuse, dissociation, and adult self-destructive behavior. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10, 75-90.

Ross-Gower, J., Waller, G., Tyson, M., & Elliott, P. (1998). Reported sexual abuse and subsequent psychopathology among women attending psychology clinics: The mediating role of dissociation. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 313-326.

Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Beidel, D. C., Scotti, J. R., & McLeer, S. V. (1999). Discriminant validity of self-reported anxiety and depression in children: Generalizability to clinic-referred and ethnically diverse populations. *Source Assessment*, 6, 259-267.

Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7, 133-146.

Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 22, 377-384.

Sandberg, D. A., Matorin, A. I., & Lynn, S. J. (1999). Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 127-138.

Silberg, J. L. (2000). Fifteen years of dissociation in maltreated children: Where do we go from here. *Child Maltreatment*, 5, 119-136.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 8, 709-723.

Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340-362.

Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.

Steiner, H., Carrion, V., Plattner, B., & Koopman, C. (2003). Dissociative symptoms in posttraumatic stress disorder: Diagnosis and treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 231-249.

Swett, C. & Halpert, M. (1993). Reported history of physical and sexual abuse in relation to dissociation and other symptomatology in women psychiatric inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 545-555.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics (3rd ed)*. New York: Harper Collins College Publishers.

Terr, L. C. (1995). Childhood traumas: An outline and review. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology* (pp. 301-320). New York: Plenum Press.

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (2000). Type I and type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9, 65-90.

Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A., & Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development & Psychopathology*, 13, 1001-1019.

Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.

van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.

van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in a normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the dissociative experiences scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.

Wherry, J. N., Jolly, J. B., Feldman, J., & Adam, B. (1994). The Child Dissociative Checklist: Preliminary findings of a screening measure. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3, 51-66.

Wolfe, D., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of post-traumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect,* 18, 37-50.

Wolfe, V. V. (1996). Measuring posttraumatic stress disorder: The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *The APSAC Advisor,* 9, 25-26.

Wolfe, V. V. (2004). The Children's Impact of Traumatic Events Scale - II: New format, new dimensions, and psychometric information. Paper presented at the 20th Conference of the International Society of Traumatic Stress Studies, New Orleans, LO.