

Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques

The role of maltreatment in predicting symptom change among children participating in an intervention program for their sexual behavior problems

Anne-Marie Tougas, Marc Tourigny, Isabelle Boisvert, Annie Lemieux, Claudia Tremblay et Mélanie M. Gagnon

Volume 45, numéro 1, 2016

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1039162ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1039162ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Tougas, A.-M., Tourigny, M., Boisvert, I., Lemieux, A., Tremblay, C. & Gagnon, M. (2016). Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 149–172. <https://doi.org/10.7202/1039162ar>

Résumé de l'article

Les mauvais traitements envers les enfants, dont les agressions sexuelles, figurent parmi les facteurs associés au développement des comportements sexuels problématiques (CSP). De plus en plus, les connaissances théoriques et empiriques invitent à considérer ces facteurs pour mieux comprendre l'évolution des séquelles liées aux CSP en cours de traitement. La présente étude a pour but de vérifier si la présence de mauvais traitements, vécus par l'enfant ou ses parents, permet de prédire l'évolution des enfants participant au Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des CSP (PI-ECSP) visant à réduire les CSP en favorisant l'acquisition d'habiletés personnelles, sociales et familiales. De façon générale, les résultats suggèrent que la présence de mauvais traitements n'est pas liée à l'évolution des problèmes de comportement des enfants en cours d'intervention. En revanche, l'étude révèle la présence de facteurs prédictifs sur certaines cibles d'intervention spécifiques qui pointent vers une évolution plus positive lorsque des mauvais traitements ont été subis par les enfants et une évolution plus mitigée lorsqu'ils ont été vécus par un parent. Si le PI-ECSP paraît tout à fait approprié pour la clientèle à laquelle il est destiné, les résultats de la présente étude indiquent que certains changements seraient à envisager afin de tenir davantage compte des besoins des parents participants. Tout comme c'est le cas pour bon nombre de travaux dans ce domaine de recherche, l'étude présente certaines limites, dont une taille d'échantillon restreinte et des données manquantes, qu'il importe de tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques

The role of maltreatment in predicting symptom change among children participating in an intervention program for their sexual behavior problems

A.-M. Tougas^{1,2}
M. Tourigny^{1,2}
I. Boisvert^{1,2}
A. Lemieux^{1,2}
C. Tremblay³
M. M. Gagnon⁴

- ¹ Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke
- ² Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE), Université de Sherbrooke
- ³ Centres jeunesse de Lanaudière, Joliette
- ⁴ Centre d'expertise Marie-Vincent, Montréal

Résumé

Les mauvais traitements envers les enfants, dont les agressions sexuelles, figurent parmi les facteurs associés au développement des comportements sexuels problématiques (CSP). De plus en plus, les connaissances théoriques et empiriques invitent à considérer ces facteurs pour mieux comprendre l'évolution des séquelles liées aux CSP en cours de traitement. La présente étude a pour but de vérifier si la présence de mauvais traitements, vécus par l'enfant ou ses parents, permet de prédire l'évolution des enfants participant au Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des CSP (PI-ECSP) visant à réduire les CSP en favorisant l'acquisition d'habiletés personnelles, sociales et familiales. De façon générale, les résultats suggèrent que la présence de mauvais traitements n'est pas liée à l'évolution des problèmes de comportement des enfants en cours d'intervention. En revanche, l'étude révèle la présence de facteurs prédictifs sur certaines cibles d'intervention spécifiques qui pointent vers une évolution plus positive lorsque des mauvais traitements ont été subis par les enfants et une évolution plus mitigée lorsqu'ils ont été vécus par un parent. Si le PI-ECSP paraît tout à fait approprié pour la clientèle à laquelle il est destiné, les résultats de la présente étude indiquent que certains changements seraient à envisager afin de tenir davantage compte des besoins des parents participants. Tout comme c'est le cas pour bon nombre de travaux dans ce domaine de recherche, l'étude présente certaines limites, dont une taille d'échantillon restreinte et des données manquantes, qu'il importe de tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Correspondance :

Anne-Marie Tougas,
Département de
psychoéducation,
Université de Sherbrooke,
2500, boul. de l'Université,
Pavillon A7, 3^e étage, bur. 362,
Sherbrooke, QC, J1K 2R1.

Tél.: 819 821-8000 ext. 63466

Anne-Marie.Tougas@
USherbrooke.ca

Mots-clés : comportements sexuels problématiques, programme d'intervention, facteurs prédictifs de l'évolution, mauvais traitements envers les enfants, violence conjugale.

Abstract

Child maltreatment, including sexual abuse, is among the factors associated with the development of sexual behavior problems (SBPs). Theoretical and empirical knowledge is putting greater emphasis on these factors in order to achieve a better understanding of the symptom change during treatment. The purpose of this study is to verify if the presence of maltreatment, whether experienced by the child or by his or her parent, can help predict the symptom change of children participating in the Intervention program for children displaying sexual behavior problems, which aims to reduce SBPs through the acquisition of personal, social, and family skills. In general, the results of this study indicate that the presence of maltreatment is not linked to the evolution of behavioral problems in children during treatment. However, the study also reveals the presence of predictive factors within specific intervention targets that point towards more positive results where maltreatment has been experienced by the children and mixed results where maltreatment has been experienced by a parent. If the Intervention Program appears to be entirely appropriate for its intended clientele, the results of this study indicate that certain changes should be considered to further take into account the needs of participating parents. As is the case for many studies in this field of research, this study has certain limitations, among them the small size of the sample and missing data. These limitations are to be taken into account when interpreting this study's results.

Keywords: sexual behavior problems; intervention program; predictive factors of progress; child maltreatment; domestic violence.

Introduction

Depuis une trentaine d'années, le phénomène des comportements sexuels problématiques (CSP) chez les enfants semble prendre de l'ampleur, perturbant tant les enfants qui les manifestent que leur environnement familial et social. Chez les parents et les professionnels, ces CSP suscitent souvent incompréhension, malaise et questionnement. Bien qu'il demeure encore difficile de les distinguer des comportements sexuels sains et normaux, un certain consensus se dégage des écrits scientifiques et cliniques à l'effet que les CSP sont : « des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptés par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres » (Chaffin et al., 2006; p. 3, traduction libre).

Si les données populationnelles manquent toujours pour évaluer la prévalence des CSP, quelques études nous renseignent toutefois sur leur importance au sein des services de protection de l'enfance. Au Québec, l'Étude d'incidence sur les situations évaluées par les services de protection de la jeunesse en 2008 rapporte que 10 % des enfants ayant au moins un incident de maltraitance ou de troubles de comportement jugé fondé présentent des CSP (Hélie, Turcotte, Trocmé et Tourigny, 2012). Dans une étude précédente, réalisée sur un échantillon représentatif d'enfants pris en charge par les services de protection, il a été évalué que près d'un enfant sur six, âgé de 6 à 11 ans, présente des CSP dirigés vers soi ou vers les autres (Lepage, 2008).

Bien qu'un enfant de 12 ans et moins ne puisse être déclaré criminellement responsable de ses gestes (Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46, art. 13), un enfant

qui présente des CSP, principalement dirigés vers les autres, peut causer un préjudice important à d'autres enfants. Selon Sperry et Gilbert (2005), l'expérience d'un enfant victime des CSP de la part d'un autre enfant est perçue aussi négativement et dommageable que celle des enfants victimes d'agression sexuelle de la part d'un adolescent ou d'un adulte. À l'instar d'une majorité de problèmes de comportements intériorisés et extériorisés, dont l'anxiété, la dépression, le trouble des conduites ou le trouble oppositionnel avec provocation, les CSP peuvent s'aggraver et entraîner des effets indésirables sur la société s'ils ne font pas l'objet d'une intervention adéquate (Chaffin, 2008).

Les mauvais traitements et le développement des CSP chez les enfants

Les mauvais traitements envers les enfants, dont les agressions sexuelles vécues, figurent parmi les facteurs fréquemment associés à l'apparition et au maintien des CSP. La présente étude s'intéresse à mieux comprendre ce qui influence l'évolution des CSP des enfants en portant une attention particulière aux mauvais traitements vécus.

D'abord alimentées par des modèles théoriques qui conçoivent les CSP comme une réaction aux événements traumatiques survenus dans le passé (voir Araji, 1997 pour une présentation des principaux modèles), plusieurs études ont exploré l'existence de liens entre la présence de mauvais traitements – principalement à caractère sexuel – et les CSP. En majorité, les résultats indiquent que l'agression sexuelle est un phénomène prépondérant chez les enfants manifestant des CSP et que sa présence permet de distinguer significativement ces derniers des enfants qui n'en présentent pas (Bonner, Walker et Berliner, 1999; Hershkowitz, 2011; Lepage, Tourigny, Pauzé, McDuff et Cyr, 2010; Szanto, Lyons et Kisiel, 2012; Tarren-Sweeney, 2008). En parallèle, d'autres études témoignent d'un portrait plus hétérogène des mauvais traitements susceptibles de jouer un rôle dans l'étiologie des CSP chez les enfants : abus physique (Bonner et al., 1999; Merrick, Litrownik, Everson et Cox, 2008; Silovsky et Niec, 2002, Szanto et al., 2012), abus émotionnel (Bonner et al., 1999; Gray, Busconi, Houchens et Pithers, 1997; Merrick et al., 2008), violence verbale (Lévesque, Bigras et Pauzé, 2010) et négligence (Bonner et al., 1999; Gray et al., 1997). Dans une récente recension systématique, Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux (2016) rapportent qu'entre 45 % et 89 % des enfants manifestant des CSP ont subi de l'abus physique, qu'entre 31 % et 80 % ont subi de l'abus psychologique, qu'entre 75 % et 77 % ont été victimes de négligence et qu'entre 12 % et 84 % ont été victimes d'agression sexuelle. En cela, les conclusions des études antérieures tendent à confirmer les principes sous-jacents aux modèles théoriques axés sur le trauma, en invitant toutefois à porter attention aux différentes formes de mauvais traitements subis, en plus de ceux à caractère sexuel. Cette perspective cadre davantage avec le modèle proposé par Friedrich (2007) qui, prenant racine dans les théories développementales, de l'apprentissage social et des systèmes familiaux, explique l'émergence et le maintien des CSP à partir d'interactions complexes entre quatre domaines de risque : 1) le cumul de stress causé par les situations adverses vécues par l'enfant, 2) la faible qualité des modèles parentaux dont ce dernier dispose, 3) les prédispositions de l'enfant à développer des troubles de comportement extériorisés et 4) la présence d'événements et de circonstances susceptibles de perturber le développement

psychosexuel de l'enfant et son mode d'entrée en relation avec les autres (davantage intrusif lorsque perturbé).

Si le modèle intégrateur de Friedrich (2007) a le mérite d'élargir l'éventail des prédispositions et des événements pouvant s'avérer déterminants dans le développement des CSP chez les enfants, il n'écarte pas pour autant l'apport de l'environnement immédiat et propose de prendre en compte les modèles parentaux dans cette dynamique complexe. Quelques études seulement se sont penchées sur les caractéristiques des parents d'enfants qui présentent des CSP et en brossent généralement un portrait carencé sur le plan de la santé psychologique (Bonner et al., 1999; Lepage et al., 2010; Pithers, Gray, Busconi et Houchens, 1998). S'il demeure actuellement impossible d'identifier les causes de ces carences, quelques études invitent à considérer le lourd passé de certains de ces parents pour expliquer la présence de séquelles susceptibles de menacer le plein exercice de leur rôle parental. En effet, il n'est pas rare que les parents d'enfants manifestant des CSP aient été victimes de violence conjugale, comme de mauvais traitements sexuels, physiques ou émotionnels dans leur enfance (Bonner et al., 1999, Gray et al., 1997, Lepage, 2008; Staiger, Kambouropoulos, Evertsz, Mitchell et Tucci, 2005). En termes de prévalence, Hall, Mathews et Pearce (1998) rapportent que 68 % des mères d'enfants manifestant des CSP ont été victimes de négligence durant l'enfance. De plus, Lepage et al. (2010) indiquent que les parents d'enfants manifestant des CSP rapportent davantage d'abus psychologique, physique ou sexuel vécu dans l'enfance, comparativement à des parents d'enfants qui ne manifestent pas de CSP. Ainsi, il y aurait un éventuel effet indirect de ces formes de maltraitance ou de violence sur le développement sexuel des enfants par la voie des séquelles encourues. Les enfants qui manifestent des CSP sont donc susceptibles d'avoir grandi dans un milieu familial comportant nombre de facteurs de risque : monoparentalité, conflits, violence, désorganisation, détresse psychologique, etc. (Friedrich, Davies, Feher et Wright, 2003; Gray, Pithers, Busconi et Houchens, 1999; Herskowitz, 2011; Lepage, 2008; Lepage et al., 2010; Silovsky et Niec, 2002; Szanto et al., 2012). Quoi qu'il en soit, les résultats pointent vers le rôle primordial des parents, en raison des modèles et de l'environnement qu'ils fournissent à leur enfant. De plus, ils mettent en évidence l'importance de s'intéresser, entre autres phénomènes, à celui de la transmission intergénérationnelle des mauvais traitements pour mieux comprendre le développement et le traitement des CSP.

Les mauvais traitements et l'évolution des comportements sexuels problématiques

Jusqu'à présent, les écrits scientifiques ont surtout apporté un éclairage quant au rôle des mauvais traitements à titre de facteurs de risque fixes (ou statiques) dans le développement des CSP. Si les constats tendent à se multiplier à cet égard, il en est tout autrement pour ce qui est des liens entre la présence de mauvais traitements, subis par les enfants ou leurs parents, et l'évolution des séquelles liées aux CSP en cours de traitement. À notre connaissance, cette question a été abordée dans deux études précédentes. La première étude, réalisée par Pithers et al. (1998), s'est intéressée aux différents profils d'enfants ayant des CSP. Les résultats montrent qu'une thérapie inspirée des approches cognitive-comportementale et de la prévention de la récurrence serait plus efficace qu'une thérapie expressive,

impliquant la réalisation d'activités créatives à l'intérieur d'un cadre d'intervention souple, pour traiter les enfants manifestant des CSP ayant connu une histoire de mauvais traitements répétés. La deuxième étude, réalisée par Silovsky, Niec, Bard et Hecht (2007), rapporte que l'agression sexuelle vécue par l'enfant n'influence pas les effets d'un programme d'intervention destiné à des enfants d'âge préscolaire ayant des CSP. Par ailleurs, St-Amand, Bard et Silovsky (2008) ont réalisé une méta-analyse afin d'évaluer l'efficacité de 18 traitements (répertoriés dans 11 études) visant notamment la réduction des CSP en s'intéressant aux programmes d'intervention individuelle ou de groupe destinés soit 1) aux enfants qui manifestent des CSP et leur parent ou 2) aux enfants victimes d'agression sexuelle et leur parent. Entre autres choses, leurs résultats mettent en évidence le potentiel prometteur des approches d'orientation cognitive-comportementale et de la participation des parents dans l'intervention. Si un examen des éléments de pratique documentés dans cette méta-analyse permet de constater la prépondérance de techniques de narration et d'exposition graduée se rapportant au trauma vécu dans les programmes propres à l'agression sexuelle, ces techniques demeurent quasi-absentes dans les programmes conçus expressément pour traiter les CSP. Dans l'un comme dans l'autre, l'expérience de victimisation des parents ne semble pas être abordée. Or, tel que décrit ci-haut, les enfants qui présentent des CSP, tout comme leurs parents, constituent une clientèle susceptible d'avoir vécu des mauvais traitements dans l'enfance. Ainsi, les connaissances empiriques antérieures invitent à considérer les mauvais traitements dans l'enfance, subis par l'enfant ou par ses parents, comme des facteurs de risque dynamiques susceptibles de jouer un rôle dans la persistance des CSP chez les enfants.

Les programmes d'intervention en matière de traitement d'enfants présentant des CSP

À la lecture de la méta-analyse réalisée par St-Amand et al. (2008) et de la recension intégrative des écrits réalisée par Gagnon et Tourigny (2011), il est possible d'établir la présence de cinq programmes d'intervention spécialisés auprès d'enfants présentant des CSP et ayant fait l'objet d'une évaluation sous l'angle de leur efficacité. Parmi ceux-ci, quatre sont de langue anglaise (*The Cognitive Behavioral and Dynamic Play Treatment Group*, Bonner et al., 1999; *The Expressive Therapy and Relapse Prevention Program*, Pithers et al., 1998; *The Group Treatment for Preschool Children with Sexual Behavior Problems*, Silovsky et al., 2007; *The Transformer Program*, Staiger et al., 2005), tandis qu'un est en français : le *Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des CSP* (PI-ECSP; Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005). Les résultats de ces programmes, reposant principalement sur une approche thérapeutique d'orientation cognitive-comportementale, montrent qu'il est possible de diminuer la fréquence des CSP émis par les enfants (Bonner et al., 1999; Gagnon, et al., 2005; Pithers et al., 1998, Silovsky et al., 2007; Staiger et al., 2005), de même que de prévenir leur récurrence sous la forme de délinquance sexuelle, jusqu'à 10 ans après le traitement (Carpentier, Silovsky et Chaffin, 2006).

Au Québec, le *Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des CSP* (PI-ECSP) est implanté depuis plus d'une décennie (Tremblay et Gagnon, 2000). Destiné aux garçons et aux filles âgés entre 6 et 12 ans manifestant des CSP,

ainsi qu'à leur parent ou à l'adulte significatif dans leur vie, le PI-ECSP constitue un programme à vocations multiples : thérapeutique, de soutien et éducative. Il est administré au moyen de rencontres de groupe fermé, co-animées par une dyade - lorsque possible, homme-femme - formée de professionnels en psychologie ou sexologie, ou d'éducateurs ayant reçu une formation de trois jours sur les thèmes du développement sexuel de l'enfant, des CSP et de l'animation du programme. Le PI-ECSP comporte un volet enfants et un volet parents, se déroulant en parallèle et s'échelonnant sur 23 semaines, à raison d'une rencontre hebdomadaire d'une durée de 90 minutes. Les enfants sont répartis dans les groupes selon le sexe et l'âge (6 à 9 ans et 10 à 12 ans) alors que les parents (ou adultes significatifs) sont regroupés à l'intérieur d'un même groupe. La taille des groupes d'enfants varie entre quatre et sept jeunes, tandis que de 4 à 14 adultes composent les groupes de parents.

D'après une approche éclectique fortement inspirée de l'orientation cognitive-comportementale, les activités proposées par le PI-ECSP ont pour objectifs d'aider l'enfant à a) reconnaître ses CSP, b) en identifier les mécanismes déclencheurs et les conséquences, c) développer des connaissances en matière de sexualité saine, d) prendre conscience de ses limites personnelles et de celles d'autrui, e) parfaire ses compétences sociales, f) améliorer le contrôle de soi et g) renforcer l'estime de soi. Les activités du volet parents visent à outiller ces derniers dans l'exercice d'une meilleure gestion des comportements de leur enfant, en favorisant notamment a) la reconnaissance des CSP de l'enfant, b) la compréhension des mécanismes déclencheurs, c) l'établissement d'une supervision adéquate limitant les situations propices aux CSP, d) l'apprentissage en matière de sexualité saine et e) le développement d'habiletés parentales positives (communication, attention, renforcement de l'estime de soi).

Pour chacun des deux volets du programme (enfants et parents), trois thèmes sont abordés de façon distincte : CSP, éducation sexuelle et limites personnelles. Suivant une logique séquentielle, le contenu d'un thème doit être consolidé avant d'aborder le suivant. Les autres thèmes font plutôt l'objet d'une attention continue pendant toute la durée du programme. Pour le volet enfants, ces autres thèmes traitent d'habiletés sociales, de contrôle de soi et d'estime de soi, tandis que pour les parents, les autres thèmes abordent les habiletés parentales. Chaque rencontre (enfants ou parents) se déroule selon la même grille horaire :

1) Atmosphère du groupe. Les animateurs invitent les participants à échanger sur des événements importants s'étant déroulés dans leur vie depuis la dernière rencontre. Les enfants sont invités à exprimer comment ils se sentent à l'aide de cartes illustrant des sentiments.

2) Retour. Les animateurs invitent les participants à nommer les notions abordées la semaine précédente.

3) Activité thématique. Une ou deux activités sont présentées en fonction des objectifs prévus dans le thème abordé : discussion, jeu de rôle, jeu-questionnaire, dessin, etc.

4) Collation (volet enfants seulement). Les animateurs profitent de ce moment pour souligner les efforts, valoriser et féliciter les enfants. Au besoin, un moment de détente est inséré.

5) Activité développementale (volet enfants seulement). Les animateurs choisissent une activité, selon les besoins spécifiques et l'évolution du groupe, pour travailler un thème particulier.

6) Visualisation du cheminement. Les animateurs amènent les participants à observer et à réfléchir sur les acquis, les difficultés et les points à travailler au sein du groupe.

7) Conclusion. Les animateurs font la synthèse des notions présentées, s'assurent qu'elles ont été bien comprises et terminent la rencontre sur un retour personnel. Les enfants sont invités à s'exprimer sur leur participation et leur appréciation de la rencontre. Quant aux parents, ils prennent quelques minutes pour inscrire dans leur cahier ce qu'ils en retiennent.

Réalisée par Gagnon et al. (2005), au moyen d'un devis pré-expérimental incluant un groupe de 28 enfants participants, l'évaluation du PI-ECSP a révélé bon nombre de résultats encourageants. Plus précisément, une diminution significative des difficultés de nature sexuelle et intériorisée (p. ex. : anxiété, dépression, symptômes de stress post-traumatique), de même qu'une amélioration significative des compétences sociales et affectives ont été observées. L'étude révèle également des résultats moins positifs qui invitent à poser un jugement nuancé sur l'adéquation du programme au regard des besoins des enfants participants. En effet, près du tiers n'aurait pas progressé de manière cliniquement significative sur le plan des symptômes relatifs aux troubles de comportement intériorisés (dépression, anxiété, retrait). Certains enfants (15 %) auraient même vu leurs symptômes augmenter sur ce plan. Enfin, aucune amélioration n'a été notée chez les participants sur le plan des comportements extériorisés (agressivité et comportements délinquants). En bref, si le PI-ECSP présente le potentiel de faire progresser les enfants ayant des CSP sur le plan comportemental, affectif et social, l'étude de Gagnon et al. (2005) montre que les participants n'en tirent pas tous autant de bénéfices. Aussi convient-il de chercher à expliquer ce constat. À cet effet, les connaissances empiriques et théoriques actuelles pointent vers l'influence de nombreux facteurs sur l'évolution des CSP, dont font partie les mauvais traitements. Il s'avère donc pertinent d'explorer cette avenue pour mieux comprendre l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention visant à traiter leurs CSP.

Les enjeux cliniques et empiriques derrière le traitement des CSP

L'intervention en matière de CSP est un nouveau champ de recherche. En raison du fait que la majorité des programmes existants découlent de l'intervention auprès d'agresseurs adultes (Chaffin et al., 2006), peu de données sont actuellement disponibles pour statuer sur l'adéquation de ces programmes aux spécificités des enfants (Rasmussen, 2004). En effet, rares sont à ce jour les initiatives à avoir documenté de façon approfondie les orientations, les outils, et les critères privilégiés par les cliniciens dans ce domaine d'intervention (Chaffin et al., 2006). Le manque

d'appuis théoriques et empiriques qui en résulte limite grandement la réflexion sur le choix des modalités d'intervention à privilégier. De plus, en raison du contexte de protection où sont rapportés la majorité des CSP, les enfants - et par extension leurs parents - sont susceptibles d'avoir connu des épisodes de maltraitance grave qui menacent leur développement.

Si à ce jour rares sont les études à avoir évalué l'influence de certaines caractéristiques individuelles ou environnementales sur l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention destiné à traiter les CSP, ce constat reflète pour le moins une tendance populaire, mais restreinte, à concevoir et étudier les programmes d'intervention à la manière d'une *boîte noire*. Cette tendance implique de miser strictement sur l'examen de relations qui témoignent d'un changement chez les participants entre le début et la fin de l'intervention, ayant ainsi pour limite d'ignorer les variables qui présentent le potentiel d'expliquer ces relations. Dans cette perspective, il s'avère nécessaire de dépasser l'examen traditionnel de la *boîte noire* par une prise en compte plus complète des caractéristiques d'un programme et de sa clientèle, donnant ainsi lieu à des informations riches permettant d'expliquer auprès de qui, pourquoi et comment ce dernier réussit ou échoue (Kazdin, 2007; Kazdin et Nock, 2003). Sur le plan clinique, un tel examen peut contribuer à mieux cerner les composantes essentielles à l'efficacité des programmes d'intervention. Aussi l'identification des facteurs prédictifs de l'évolution en cours de traitement offre-t-elle la possibilité de soutenir une utilisation judicieuse des connaissances scientifiques en contexte de pratique en guidant les cliniciens dans leur travail visant à adapter les interventions en fonction des besoins de leur clientèle. De tels repères peuvent ainsi s'avérer fort utiles pour discerner les composantes ou procédures manquantes lorsqu'une intervention échoue ou stagne avec certains enfants.

La présente étude propose donc d'examiner si les mauvais traitements vécus par l'enfant ou ses parents permettent de prédire l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention visant à traiter leurs CSP. Contrairement à une majorité de problèmes qui touchent les enfants, il n'existe encore aucun critère diagnostique permettant d'évaluer avec précision la nature et la gravité des CSP. La mesure des effets d'un programme d'intervention destiné à ces enfants doit plutôt reposer sur l'évaluation de différentes caractéristiques de leur profil psychosocial. Ainsi, la présente étude pose la question suivante : Quelles formes de mauvais traitements sont associées à l'évolution du profil psychosocial des enfants participant à un programme d'intervention visant à traiter les CSP?

Méthode

Devis de l'étude

L'étude utilise un devis à deux temps de mesure. Des données ont été recueillies au début et à la fin du *Programme d'intervention auprès d'enfants présentant des CSP* (PI-ECSP), tel que décrit ci-haut, auprès d'enfants et de leur parent ou adulte significatif y ayant participé.

Échantillon

Le Tableau 1 montre que l'échantillon est constitué de 75 enfants, pour la majorité d'origine caucasienne (96 %), dont 57 garçons et 18 filles présentant des CSP, âgés en moyenne de 9 ans et 6 mois ($\bar{ET} = 2,0$). Au moment de leur référence, les enfants demeuraient au sein de différents milieux de vie : famille d'accueil ou ressource d'accueil (48 %), famille monoparentale (20 %) et famille biparentale (d'origine : 14 %; recomposée : 6 %). Concernant les parents, plusieurs possédaient un faible niveau de scolarité, avec 45 % des mères et 37 % des pères n'ayant pas complété le secondaire, ainsi que 19 % des mères et 17 % des pères détenant seulement un diplôme d'études secondaires. Le revenu annuel moyen (brut) des familles de l'échantillon est faible. Au moment de l'étude, 41 % des enfants vivaient dans une famille dont le revenu était inférieur à 15 000 \$ alors que 23 % des enfants vivaient dans une famille dont le revenu se situait entre 15 001 \$ et 35 000 \$.

Des informations recueillies auprès des parents ou des adultes significatifs sur l'historique de tous les CSP émis par l'enfant au cours de sa vie, au moyen d'une entrevue semi-structurée d'évaluation clinique (voir la description ci-après), révèlent que près des deux tiers des enfants de l'échantillon ont manifesté des CSP impliquant plus d'un enfant (68 %). Toujours d'après les parents ou les adultes significatifs, plus d'un incident impliquant des CSP a été rapporté pour 61 % des enfants. La nature des CSP rapportés est variée : attouchements ou caresses des organes génitaux (68 % des enfants), exhibitionnisme ou voyeurisme (29 %), contacts oraux-génitaux (28 %), pénétration ou tentative de pénétration vaginale ou anale (25 %), masturbation (12 %), baisers (8 %).

Procédure

Les enfants de l'échantillon, accompagnés de leur parent ou d'un adulte significatif, ont participé au PI-ECSP, qui leur a été dispensé soit par les Centres jeunesse de Lanaudière ou de la Montérégie. Pour être éligibles au PI-ECSP, les enfants devaient, au moment de la référence, être : (a) âgés entre 6 et 12 ans, (b) référés pour des CSP définis par la nature répétitive, l'incapacité d'arrêt à la suite des interventions et de la supervision d'adultes, la persistance des comportements à travers le temps et les situations ou l'étendue des gestes sexuels correspondant aux comportements d'adultes, et (c) accompagnés d'un parent ou d'un adulte significatif. Étaient exclues les familles dont l'enfant présentait une déficience intellectuelle moyenne ou sévère (Gagnon et al., 2005). Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire (CJQ-IU).

Recrutement et évaluation. Le recrutement de l'échantillon s'est déroulé entre 1999 et 2007 et a été effectué par le biais des intervenants des deux milieux participants et d'un organisme communautaire de la région de Lanaudière. À la suite de l'obtention du consentement écrit des parents ou du détenteur de l'autorité parentale, les enfants et leur parent ou adulte significatif ont été rencontrés à deux reprises par un assistant de recherche dûment formé et supervisé par une coordonnatrice qui procédait également au suivi et à la vérification de la collecte des données. Pour plus de la moitié des cas, les enfants étaient accompagnés

à ces rencontres par leur parent d'origine (mère : 54 %, père : 7 %). Les autres enfants étaient plutôt accompagnés d'un parent de famille ou maison d'accueil (33 %), d'un délégué, intervenant ou éducateur (15 %) ou d'un membre de leur famille élargie (1 %). La première rencontre avec l'assistant se déroulait environ 3 semaines ($M = 21,9$ jours) avant le début de l'intervention, pour une période d'environ trois heures. Lors de cette rencontre, les enfants et leur parent ou adulte significatif ont participé individuellement à une entrevue clinique d'évaluation et ont rempli une série d'instruments de mesure standardisés. La deuxième rencontre avec l'assistant se tenait environ une semaine ($M = 7,9$ jours) après la dernière séance d'intervention et consistait à administrer de nouveau la série d'instruments de mesure standardisés aux mêmes personnes.

Tableau 1. Caractéristiques descriptives des enfants et de leur milieu familial ($n = 75$)

Caractéristiques sociodémographiques	<i>n</i>	%
Sexe de l'enfant		
Garçon	57	76,0
Fille	18	24,0
Âge de l'enfant (< 13 ans)	$M = 9,5$	$ÉT = 2,0$
Structure du ménage		
Milieu d'accueil	36	48,0
Famille monoparentale	15	20,0
Famille d'origine ou recomposée	15	20,0
Ne sait pas	9	12,0
Niveau de scolarité de la mère		
Primaire ou secondaire non complété	34	45,3
Secondaire complété (général ou professionnel)	14	18,7
Collégial ou universitaire	9	12,0
Ne sait pas	18	24,0
Niveau de scolarité du père		
Primaire ou secondaire non complété	28	37,3
Secondaire complété (général ou professionnel)	13	17,3
Collégial ou universitaire	3	4,0
Ne sait pas	31	41,3
Revenu annuel brut de la famille où vit l'enfant au moment de l'étude		
Moins de 15 000 \$	31	41,3
de 15 001 \$ à 35 000 \$	17	22,7
35 001 \$ et plus	10	13,3
Ne sait pas	17	22,7

Caractéristiques des CSP émis par l'enfant au cours de sa vie	n	%
Nombre d'enfants impliqués dans les CSP (selon le parent ou l'adulte significatif)		
1 autre enfant	24	32,0
2 ou 3 autres enfants	27	36,0
4 enfants ou plus	18	24,0
Ne sait pas	6	8,0
Nombre d'incidents de CSP (selon le parent ou l'adulte significatif)		
1	14	18,7
2 ou 3	13	17,3
4 ou plus	33	44,0
Ne sait pas	15	20,0
Nature des CSP ² (selon le parent ou l'adulte significatif)		
Atteintements/caresses des organes génitaux	51	68,0
Exhibitionnisme/voyeurisme	22	29,3
Fellation/contacts oraux-génitaux	21	28,0
Pénétration ou tentative de pénétration (vaginale ou anale)	19	25,3
Masturbation	9	12,0
Baisers	6	8,0

² Plus d'un CSP pouvait être documenté par enfant, ce qui explique que le total dépasse 100 %.

Mesures des variables dépendantes : évolution du profil psychosocial des enfants ayant des CSP. L'évolution du profil psychosocial des enfants participant au PI-ECSP a été documentée au moyen d'instruments de mesure standardisés choisis sur la base des cibles d'intervention du programme. Un score d'évolution était calculé pour chaque enfant en soustrayant son score au premier temps de mesure de son score au deuxième temps de mesure (différence entre T1 et T2) pour chacune des variables suivantes :

Difficultés comportementales et émotionnelles. *L'Inventaire des comportements de l'enfant (6-18 ans)*, version française du *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach et Rescorla, 2001), permet de recueillir des données sur les difficultés comportementales et émotionnelles de l'enfant à partir des perceptions du parent ou de l'adulte significatif au cours des six derniers mois. L'instrument contient 113 items cotés sur une échelle de fréquence en trois points. Pour la présente étude, les trois échelles synthèses ont été retenues de manière à évaluer les difficultés relatives 1) aux troubles de comportement, 2) aux comportements intériorisés et 3) aux comportements extériorisés. La sous-échelle évaluant les difficultés s'apparentant au trouble de stress post-traumatique a également été retenue, de même que les cinq items reprenant la sous-échelle originale de problèmes sexuels dans la version 1991 de l'instrument (CBCL; Achenbach, 1991). La consistance interne se situe à $\geq 0,90$ pour les trois échelles synthèses et à 0,75 pour la sous-échelle de stress post-traumatique (Achenbach

et Rescorla, 2001). Le coefficient de corrélation test-retest à une semaine d'intervalle se situe à $\geq 0,90$ pour l'ensemble des échelles utilisées (Achenbach et Rescorla, 2001). Dans cette étude, les échelles et sous-échelles utilisées sur cet instrument présentent un indice d'alpha de Cronbach élevé : troubles de comportement ($\alpha = 0,96$), comportements intériorisés ($\alpha = 0,86$), comportements extériorisés ($\alpha = 0,93$), trouble de stress post-traumatique ($\alpha = 0,82$), problèmes sexuels ($\alpha = 0,82$). Le score T a été utilisé pour les trois échelles synthèses de cet instrument, tandis que le score brut a été utilisé pour les sous-échelles de stress post-traumatique et de problèmes sexuels.

Comportements sexuels. *L'Inventaire des comportements sexuels de l'enfant*, version française du *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI; Friedrich et al., 1992), traduite par Wright, Sabourin et Lussier (1994), a été rempli par le parent ou l'adulte significatif. Cet inventaire comprend 38 items cotés à l'aide d'une échelle en quatre points et mesure la fréquence des comportements sexuels de l'enfant au cours des six derniers mois. Pour la présente étude, les trois échelles synthèses (score total, DRSB et SASI) ont été retenues. L'échelle synthèse de comportements sexualisés fournit un score total à partir des résultats aux 38 items de l'inventaire. L'échelle synthèse de comportements sexuels liés au développement (échelle DRSB) renvoie à des comportements fréquemment rencontrés auprès d'enfants d'un échantillon normatif, tandis que l'échelle synthèse d'items spécifiques à l'agression sexuelle (échelle SASI) contient des comportements liés empiriquement à une histoire d'agression sexuelle. En ce qui concerne la fidélité de l'instrument, une étude comparant 1114 enfants dits normaux, 620 victimes d'agression sexuelle et 277 patients psychiatriques a révélé des coefficients de cohérence interne de 0,72, 0,92 et 0,83, respectivement (Friedrich et al., 2001). À deux semaines d'intervalle, le coefficient de corrélation test-retest se situe à 0,91 (Friedrich et al., 2001). Dans la présente étude, un indice d'alpha de Cronbach élevé est rapporté aux échelles synthèses de comportements sexualisés ($\alpha = 0,91$) et d'items spécifiques à l'agression sexuelle ($\alpha = 0,84$), tandis qu'un indice satisfaisant est rapporté à l'échelle synthèse de comportements sexuels liés au développement ($\alpha = 0,76$). Le score T a été utilisé pour les trois échelles de cet instrument.

Habiletés sociales. *Le Système d'évaluation des habiletés sociales*, version française du *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham et Elliott, 1990), évalue les habiletés sociales selon la perception de l'enfant (Boisvert, 2016). L'instrument comprend 34 items cotés sur une échelle en trois points. Pour la présente étude, seule l'échelle globale d'habiletés sociales a été retenue. Dans sa version originale, l'instrument a démontré de bonnes qualités psychométriques. Un coefficient alpha de 0,83 pour l'échelle globale et un coefficient de corrélation test-retest (1 mois) se situant à 0,68 ont été rapportés (Gresham et Elliott, 1990). Dans cette étude, un indice d'alpha de Cronbach de 0,92 a été obtenu pour l'échelle utilisée. Le score brut a été utilisé, car aucun score T n'est disponible pour cet instrument.

Mesure des variables indépendantes : mauvais traitements et violence conjugale. Un même protocole d'évaluation clinique a été utilisé pour guider la réalisation d'entrevues semi-structurées auprès des enfants et de leur adulte répondant au sein des deux milieux d'intervention où s'est déroulée la collecte

des données de la présente étude. Ce protocole, élaboré dans le cadre des travaux de thèse de Gagnon (1999; 2003) se divise en 7 sections qui documentent entre autres caractéristiques, celles de l'enfant et de son milieu de vie, les antécédents de sa famille, l'histoire de mauvais traitement et des CSP. Les résultats de chaque entrevue ont été rapportés sous la forme d'un rapport synthèse dans lequel l'assistant de recherche a colligé les réponses des participants à chaque section au moyen de choix de réponses comportant des définitions précises.

Pour la présente étude, seules les données recueillies liées aux mauvais traitements des enfants ou de leurs parents biologiques, de même que la violence conjugale vécue par ces derniers, ont été utilisées. Le Tableau 2 montre que, du point de vue des adultes répondants, 71 % des enfants de l'échantillon ont été négligés, alors qu'environ deux enfants sur trois ont été abusés psychologiquement (64 %) ou physiquement (61 %) et qu'un peu plus de la moitié a été victime d'agression sexuelle (53 %). Quant aux parents, plus de la moitié (52 %) auraient déjà été victimes, dans l'enfance, d'une des quatre formes de mauvais traitements documentés. Par ordre d'importance se trouvent l'agression sexuelle (36 %), l'abus physique (29 %), l'abus émotionnel (23 %) et la négligence (13 %). Enfin, un vécu de violence conjugale est rapporté pour plus du tiers des parents des enfants de l'échantillon (36 %).

Analyses statistiques. Les analyses ont été réalisées sur un nombre de participants inférieur à celui de l'échantillon de départ en raison de questionnaires non complétés à la fin de l'intervention¹. Des données étaient manquantes pour les trois raisons suivantes : 1) abandon de l'enfant ou du parent en cours de traitement, 2) perte de participants en cours de recherche, 3) connaissance insuffisante de l'enfant en raison d'un changement de milieu récent.

Dans un premier temps, des analyses univariées ont été réalisées afin d'examiner la présence de liens entre les variables indépendantes (mauvais traitements dans l'enfance) et la différence observée entre le T1 et le T2 sur chacune des variables dépendantes. Suivant les recommandations qui s'appliquent dans les domaines de recherche encore peu explorés, ainsi que dans les contextes où une augmentation de l'erreur de type I ne comporte pas de conséquences jugées graves (Desjardins, 2005; Haccoun, 2007), les variables indépendantes pour lesquelles une association avec une variable dépendante s'est révélée à hauteur de $p \leq 0,1$ lors des analyses univariées ont été retenues pour la réalisation d'analyses multivariées. Dans un deuxième temps, des corrélations ont été réalisées entre les variables indépendantes à l'étude afin de vérifier la présence de multicollinéarité. La lecture du tableau 3 montre que trois corrélations se sont révélées supérieures à $r = 0,5$.

1 Des analyses univariées ont été réalisées afin de comparer les participants inclus et exclus pour chacune des analyses réalisées. En ce qui concerne la mesure des variables dépendantes au début de l'intervention, aucune différence significative n'a été décelée. En ce qui concerne la mesure des variables indépendantes, une différence significative a été observée lorsque la variable indépendante « négligence vécue par l'enfant » était mise en relation avec la variable dépendante « habiletés sociales » du SSRS. Pour cette analyse seulement, les participants exclus étaient plus nombreux que les participants inclus à avoir vécu de la négligence.

Tableau 2. Caractéristiques des mauvais traitements vécus par l'enfant et par le parent durant son enfance (n = 75)

Mauvais traitements vécus par l'enfant	<i>n</i>	%
Abus physique		
Oui	46	61,3
Non	29	37,7
Agression sexuelle		
Oui	40	53,3
Non	35	46,7
Abus psychologique		
Oui	48	64,0
Non	27	36,0
Négligence		
Oui	53	70,7
Non	22	29,3
Mauvais traitements vécus par le parent durant l'enfance		
Abus physique durant l'enfance		
Oui	22	29,3
Non	53	70,7
Agression sexuelle durant l'enfance		
Oui	27	36,0
Non	48	64,0
Abus émotionnel durant l'enfance		
Oui	17	22,7
Non	58	77,3
Négligence durant l'enfance		
Oui	10	13,3
Non	65	86,7
Violence conjugale		
Oui	27	36,0
Non	48	64,0

Tableau 3. Corrélations entre les variables indépendantes à l'étude

	Mauvais traitements vécus par l'enfant				Mauvais traitements vécus par le parent durant l'enfance				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Mauvais traitements vécus par l'enfant									
1. Abus physique	1	-0,08	0,32	0,21	0,33	0,31	0,23	0,15	0,25
2. Agression sexuelle		1	0,08	0,22	-0,04	0,26	-0,13	0,05	0,03
3. Abus psychologique			1	0,25	-0,01	-0,07	0,01	0,21	0,51
4. Négligence				1	0,09	0,06	0,00	0,08	0,12
Mauvais traitements vécus par le parent durant l'enfance									
5. Abus physique					1	0,43	0,63	0,44	0,19
6. Agression sexuelle						1	0,32	0,28	0,13
7. Abus émotionnel							1	0,54	0,26
8. Négligence								1	0,28
9. Violence conjugale									1

Par la suite, des analyses de régression linéaire ont été réalisées afin de statuer sur la présence de facteurs prédictifs pour chacune des variables dépendantes. Le seuil de signification pour ces analyses a été fixé à $p \leq 0,05$ (Tabachnick et Fidell, 2007). Les postulats de base de la régression linéaire ont tous été respectés. Plus précisément, l'ensemble des variables dépendantes étaient normalement distribuées (asymétrie < 1 et aplatissement < 2). De plus, aucune valeur résiduelle n'excédait $\pm 3,3$ et ces valeurs étaient toutes indépendantes selon les résultats du test de Durbin Watson, c'est-à-dire entre 1 et 3 (Tabaschnick et Fidell, 2007). Finalement, la normalité des résidus a également été respectée (asymétrie < 1 et aplatissement < 2).

Afin de contrôler pour l'âge et le sexe de l'enfant, le score T des différentes échelles et sous-échelles a été utilisé dans les analyses lorsque disponible (voir description des variables dépendantes). Pour les échelles et sous-échelles où le score T n'était pas disponible, le sexe et l'âge de l'enfant ont été introduits comme variables contrôles dans les analyses de régression.

Résultats

Le Tableau 4 présente les résultats des cinq analyses multivariées réalisées dans le cadre de la présente étude. S'y trouvent uniquement les variables indépendantes et dépendantes retenues sur la base de leur association à hauteur de $p \leq 0,1$ lors des analyses univariées. Aucune des trois paires de variables indépendantes fortement corrélées n'ayant montré une association avec une variable dépendante lors des analyses univariées, il n'a pas été nécessaire de contrôler pour leur interinfluence lors des analyses multivariées. Au Tableau 5 figure le descriptif (*M* et *ÉT*) des variables indépendantes identifiées à titre de facteurs prédictifs, car significatives à hauteur de $p \leq 0,05$ lors des analyses multivariées.

Dans un premier temps, il importe de noter qu'aucune association n'a été constatée entre les variables indépendantes et l'évolution des enfants participant lors des analyses univariées en ce qui concerne les quatre échelles ou sous-échelles suivantes de l'ASEBA : troubles de comportement, comportements extériorisés, comportements intériorisés et stress post-traumatique. Ainsi, le fait que les enfants aient vécu ou non des mauvais traitements, et que leurs parents aient vécu ou non des mauvais traitements durant l'enfance ou de la violence conjugale, ne permet pas de prédire l'évolution des problèmes de comportement des enfants participant au PI-ECSP. En revanche, les résultats des cinq analyses multivariées réalisées indiquent la présence de facteurs prédictifs de l'évolution des enfants participants entre le début et la fin du programme d'intervention.

En ce qui concerne les mauvais traitements vécus par les enfants, quatre facteurs prédictifs ont été identifiés et ils pointent tous dans la même direction : les enfants maltraités bénéficient davantage du PI-ECSP que les enfants non maltraités sur le plan des problèmes sexuels (ASEBA) et des comportements sexuels (CSBI). En ce qui concerne l'ASEBA, une plus grande diminution des problèmes sexuels est notée lorsque les enfants ont été victimes d'agression sexuelle, comparativement aux enfants n'ayant pas été agressés sexuellement. À cette même échelle, l'âge permet aussi de prédire l'évolution des enfants, associant une diminution plus

Tableau 4. Résultats des analyses de régressions linéaires multivariées visant à identifier les mauvais traitements, vécus par l'enfant ou ses parents, associés à l'évolution des enfants participant au PI-ECSP

Variables	<i>B</i> (β)	<i>ES</i>	<i>p</i>
ASEBA – Échelle de problèmes sexuels (<i>n</i> = 44)			
Âge de l'enfant	-0,37 (-0,32)	0,17	0,04
Sexe de l'enfant	-0,44 (-0,08)	0,80	0,59
Agression sexuelle de l'enfant	1,33 (0,29)	0,66	0,05
Négligence du parent durant l'enfance	2,31 (0,30)	1,12	< 0,05
CSBI – Échelle de comportements sexuels – score total (<i>n</i> = 53)			
Abus physique de l'enfant	20,99 (0,40)	6,82	< 0,01
CSBI – Échelle de comportements sexuels – SASI (<i>n</i> = 53)			
Abus physique de l'enfant	21,34 (0,39)	7,38	< 0,01
Violence conjugale vécue par le parent	8,28 (0,15)	7,21	0,26
CSBI – Échelle de comportements sexuels – DRSB (<i>n</i> = 53)			
Abus physique de l'enfant	12,32 (0,36)	4,35	0,01
Abus émotionnel du parent durant l'enfance	-12,28 (-0,33)	4,76	0,01
SSRS – Habiletés sociales (<i>n</i> = 62)			
Violence conjugale vécue par le parent	10,58 (0,25)	5,36	0,05

importante des problèmes sexuels aux plus jeunes. En ce qui concerne le CSBI, une plus grande diminution des comportements sexuels est notée sur deux échelles de mesure (score total et SASI) pour les enfants ayant été abusés physiquement, comparativement aux enfants n'ayant pas vécu ce type d'abus. Sur l'échelle DRSB du CSBI, une diminution des comportements sexuels est notée chez les enfants abusés physiquement, tandis qu'aucun changement n'est noté sur ce plan chez les enfants n'ayant pas vécu d'abus physique. Enfin, aucune forme de mauvais traitements vécus par les enfants n'est associée à l'évolution des habiletés sociales en cours d'intervention.

En ce qui concerne les mauvais traitements subis par les parents durant l'enfance ou la violence conjugale vécue par ces derniers, trois facteurs prédictifs ont été identifiés et ils pointent vers des directions opposées. En ce qui concerne l'ASEBA, une plus grande diminution de problèmes sexuels est notée chez les enfants dont le parent a vécu de la négligence durant l'enfance, comparativement aux enfants dont le parent n'a pas été négligé. En ce qui concerne l'échelle DRSB du CSBI, une augmentation des comportements sexuels est notée chez les enfants dont le parent a vécu de l'abus émotionnel durant l'enfance, tandis qu'une diminution est notée sur ce plan chez les enfants dont le parent n'a pas vécu d'abus émotionnel. En ce qui concerne l'échelle synthèse du SSRS, les résultats indiquent une amélioration des habiletés sociales chez les enfants dont le parent a vécu de la violence conjugale, tandis qu'une détérioration est notée sur ce plan chez les enfants dont le parent n'a pas vécu ce type de violence.

Tableau 5. Description des facteurs prédictifs de l'évolution des enfants participant au PI-ECSP

Sources		<i>n</i>	<i>M t1</i>	<i>M t2</i>	<i>M t2-t1</i>
ASEBA – Échelle de problèmes sexuels					
Âge de l'enfant	Corrélation	40			0,28
Agression sexuelle de l'enfant	Présence	22	3,4	2,0	-1,7
	Absence	18	1,6	1,1	-0,4
Négligence du parent durant l'enfance	Présence	3	3,1	0,0	-3,1
	Absence	37	2,6	1,7	-0,9
CSBI – Échelle de comportements sexuels - score total					
Abus physique de l'enfant	Présence	35	18,6	13,3	-5,3
	Absence	20	13,6	13,5	-0,1
CSBI – Échelle de comportements sexuels - SASI					
Abus physique de l'enfant	Présence	33	11,3	7,6	-3,7
	Absence	19	8,6	8,1	-0,5
CSBI – Échelle de comportements sexuels - DRSB					
Abus physique de l'enfant	Présence	35	1,9	1,1	-0,8
	Absence	21	1,3	1,3	0,0
Abus émotionnel durant l'enfance du parent	Présence	15	1,1	1,3	0,2
	Absence	41	1,9	1,2	-0,7
SSRS – Échelle d'habiletés sociales					
Violence conjugale vécue par le parent	Présence	25	49,2	57,2	8,0
	Absence	37	54,8	54,5	-0,3

Discussion

Cette étude figure parmi les premières à avoir exploré l'influence de la maltraitance vécue, tant par l'enfant que par les parents, sur l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ayant pour but de traiter leurs CSP. Les résultats qui en découlent suggèrent que les enfants ayant vécu des mauvais traitements bénéficient davantage du PI-ECSP que ceux n'en ayant pas vécu, et ce, en rapport à certaines cibles d'intervention spécifiques. De même, quelques résultats significatifs montrent que la présence de mauvais traitements subis durant l'enfance par les parents et de violence conjugale vécue par ces derniers est associée à l'évolution des enfants sur certaines cibles du programme d'intervention. Toutefois, tant en ce qui concerne les enfants que les parents, les résultats ne pointent pas dans une direction claire et univoque en rapport à une forme de mauvais traitements ou une mesure d'évolution en particulier. Par conséquent, les résultats trouvent écho dans le modèle de Friedrich (2007) qui met en évidence la complexité des interactions possibles entre les situations adverses vécues et confirment la pertinence clinique de tenir compte des mauvais traitements dans l'intervention en matière de CSP.

Dans un premier temps, les résultats pointant vers l'amélioration plus marquée des enfants maltraités rappellent les travaux de Pithers et al. (1998) qui ont démontré qu'un programme de traitement des CSP inspiré des approches cognitives et comportementales donnait de meilleurs résultats auprès d'enfants présentant un profil de maltraitance plus lourd.

Une première piste d'interprétation de ces résultats rejoint celle proposée par Pithers et al. (1998) et stipule que l'approche cognitive-comportementale, telle que mise à profit dans le PI-ECSP, pourrait s'avérer davantage profitable pour les individus plus carencés. En effet, la méthode d'intervention structurée que préconise cette approche aurait pour avantage de sécuriser l'enfant et de lui permettre, ainsi qu'à son parent, d'apprendre et de mettre rapidement en application des stratégies efficaces pour réguler les émotions et le comportement. Pithers et al. (1998) notent également que cette approche met l'accent sur la création d'un réseau de soutien et que ce dernier peut s'avérer fort déterminant dans le rétablissement des enfants aux prises avec d'importantes souffrances.

Au-delà des prémisses de l'approche cognitive-comportementale mises de l'avant par le PI-ECSP, il importe de se pencher sur les éléments de pratique de ce dernier afin de mieux comprendre ce qui, sur le plan clinique, peut contribuer à rendre ce programme d'intervention particulièrement adéquat pour répondre aux besoins des enfants qui présentent à la fois des CSP et une histoire de mauvais traitements. Si l'expérience de traumatismes antérieurs n'est pas abordée d'emblée dans le PI-ECSP, les activités destinées aux enfants invitent néanmoins ces derniers à identifier les mécanismes déclencheurs de leurs CSP, lesquels sont susceptibles de faire écho aux mauvais traitements vécus. Sans se réclamer d'un récit narratif, car trop exigeant pour la modalité de groupe, le PI-ECSP permet d'aborder les mauvais traitements vécus en recourant notamment à l'expression des émotions.

Une seconde interprétation qu'il est possible de dégager de ces résultats significatifs pointe vers un effet d'ordre statistique. De fait, le phénomène de régression statistique vers la moyenne devrait prédire une évolution plus importante chez les individus qui présentent un profil davantage détérioré au début de l'intervention. Un examen des profils rapportés à l'entrée du programme révèle justement des scores significativement plus élevés pour les enfants négligés ou agressés sexuellement sur certaines échelles. Somme toute, que les différences significatives observées dans l'évolution des enfants en cours d'intervention s'expliquent par l'apport d'un élément de pratique en particulier ou par un effet statistique, les résultats de la présente étude indiquent que le PI-ECSP est approprié pour répondre aux besoins des enfants auxquels il est destiné, que ces derniers présentent ou non une histoire de mauvais traitements.

Dans un deuxième temps, les résultats laissent voir que le PI-ECSP mériterait certains changements afin de tenir davantage compte des besoins propres aux parents desservis. Parmi les facteurs prédictifs identifiés dans la présente étude, la présence d'abus émotionnel durant l'enfance du parent est associée à une augmentation des comportements sexuels de l'enfant. Ce résultat rappelle qu'un passé de maltraitance peut influencer les pratiques parentales (DiLillo et Damashek, 2003; Jaffe, Cranston et Shadlow, 2012; Moehler, Biringen et Poustka,

2007) et que ces dernières, lorsque négatives, sont grandement susceptibles de nuire à la résorption des CSP (Friedrich, 2007). Dans une recension des écrits relevant entre autres les caractéristiques familiales des enfants ayant des CSP, Gagnon (2003) indique que l'apparition de CSP se manifeste souvent au sein d'un contexte relationnel perturbé. La relation parent-enfant est alors caractérisée par : a) un attachement insécure, b) une absence de support ou la présence de blâme; c) une histoire de bouc émissaire; d) un manque de supervision ou une discipline parentale à la fois punitive et inconsistante et e) une histoire de négligence et de rejet, incluant parfois l'abandon (Friedrich et Luecke, 1988; Gil, 1993; Johnson, 1993, 1999; Pithers et al., 1998). Considérant cela, les résultats de la présente étude incitent à poser un regard nuancé sur la littérature clinique qui milite en faveur de la participation des parents dans le processus de traitement des enfants ayant des CSP (Friedrich, 2007; Johnson, 1989, 2004; Silovsky et al., 2007; St-Amand et al., 2008). Plus précisément, les résultats appellent à une remise en question de l'implication impérative du parent, sans égard à sa disponibilité sur le plan psychologique. Si un consensus tend à s'établir dans les écrits scientifiques à l'effet que les modèles et l'environnement fournis par les parents influencent le développement et la persistance des CSP, il est fort probable que la présence de séquelles associées à un traumatisme antérieur non résolu chez ces derniers puisse poser obstacle au plein exercice de leur rôle auprès de l'enfant. En toute cohérence avec un récent courant de recherche qui valorise la personnalisation des interventions (Chorpita et Daleiden, 2009; Kazdin, 2008; LaGreca, Silverman et Lochman, 2009), la prise en compte des caractéristiques du parent au moment de la référence au PI-ECSP permettrait d'évaluer la pertinence de référer ce dernier vers une thérapie individuelle, préalable ou en parallèle au traitement des CSP de l'enfant.

Forces et limites de l'étude

Si la présente étude figure parmi les rares travaux à s'être penchés sur les caractéristiques permettant de prédire l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention visant à traiter leurs CSP, elle a également le mérite d'avoir exploré la présence de maltraitance vécue à la fois par l'enfant et par ses parents. La prise en compte de l'expérience de chacun constitue certes une force de la présente étude, permettant de fournir un éclairage plus complet de l'influence directe des différentes formes de maltraitance susceptibles d'influencer l'évolution des enfants en cours d'intervention.

L'étude comporte toutefois certaines limites. Une première limite concerne la taille de l'échantillon qui, dans la présente étude, s'est avérée restreinte en raison des données manquantes. Cette situation s'explique principalement par le contexte de protection dans lequel une majorité de participants a été recrutée. Malgré les efforts réalisés, il a parfois été impossible de recourir au parent biologique à titre de répondant principal. Par ailleurs, la perte de participants représente une situation à laquelle la plupart des chercheurs dans ce domaine d'étude ont été confrontés et qui témoigne de l'instabilité des familles concernées par les CSP d'un enfant. À titre d'exemple, l'évaluation de programme réalisée par Pithers et al. (1998) comptait 127 participants au premier temps de mesure contre 93 au deuxième temps de mesure. Quant à l'évaluation réalisée par Silovsky et al. (2007), des 85 participants

ayant complété le premier temps de mesure, seulement 28 ont été inclus dans les analyses finales. Dans les recherches futures, un plus grand nombre de répondants aurait pour effet d'accroître la puissance statistique des analyses et permettrait d'explorer certaines interactions entre les mauvais traitements vécus à la fois par l'enfant et les parents. Il serait ainsi possible de vérifier si la transmission intergénérationnelle des mauvais traitements joue un rôle qui dépasse le simple effet cumulatif de la maltraitance dans la prédiction de l'évolution des enfants bénéficiant d'un programme d'intervention en matière de CSP.

Si la présence d'un seul groupe de participants *en traitement* constitue une autre limite, l'ajout d'un groupe de comparaison dans les études futures aurait pour avantage non seulement de renseigner sur l'efficacité du PI-ECSP, mais aussi de permettre l'identification de variables modératrices de l'évolution observée, c'est-à-dire d'identifier quels facteurs prédictifs sont *exclusifs* au PI-ECSP. De plus, l'ajout d'un groupe de comparaison faciliterait l'interprétation des résultats en permettant de contrôler pour les effets possibles de régression vers la moyenne, de passage du temps et de maturation de l'échantillon. Si, dans la présente étude, les enfants ayant subi des mauvais traitements bénéficient tout autant ou davantage du PI-ECSP que les enfants non maltraités, il demeure possible que les bénéfices observés se résorbent après la fin de l'intervention. Ainsi, les études futures gagneraient à vérifier si les changements observés chez les participants se maintiennent dans le temps. Pour accroître la validité interne des recherches futures, notons également que la mesure des variables indépendantes aurait avantage à être opérationnalisée à partir d'un ensemble de comportements documentés à l'aide d'instruments de mesure standardisés (p. ex. : le *Revised Conflict Tactic Scale* de Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1996; le *Child Trauma Questionnaire* de Bernstein et Fink, 1998).

En définitive, il convient de rappeler que les résultats de la présente étude reposent sur des données collectées en majeure partie auprès d'une clientèle référée en protection de la jeunesse. De ce fait, il demeure possible que les CSP présentées par les enfants de l'échantillon soient de nature plus grave que ceux émis dans la population générale. Néanmoins, les enfants qui présentent des CSP sont généralement identifiés, voire référés, à l'intérieur même des services de protection et c'est sous cet angle que les résultats de la présente étude trouvent leur pertinence.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Araji, S. K. (1997). Identifying, labeling, and explaining children's sexually aggressive behaviors. Dans S. K. Araji et S. K. Araji (dir.), *Sexually aggressive children; Coming to understand them* (p. 1-46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bernstein, D. et Fink, L. (1998). *Manual for the Childhood Trauma Questionnaire*. New York, NY: The Psychological Corporation.

- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N et Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : Une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 173-207.
- Boisvert, I. (2016). *Approfondissement du lien entre l'agression sexuelle et les comportements sexuels problématiques chez les enfants de 12 ans et moins*. Thèse de doctorat. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Bonner, B. L., Walker, C. E. et Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. (Grant No. 90-CA-1469). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.dshs.wa.gov/>>.
- Carpentier, M., Silovsky, J. F. et Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488.
- Chaffin, M. (2008). Our minds are made up - Don't confuse us with the facts. *Child Maltreatment*, 13(2), 110-121.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., ... Madden, C. (2006). *Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems*. Association for the Treatment of Sexual Abusers. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.atsa.com/sites/default/files/Report-TFCSBP.pdf>>.
- Chorpita, B. G. et Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 566-579.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power and analysis for the behavioral sciences* (2e éd.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique. *Tutorial in Quantitative Methods for Psychology*, 1(1), p. 35-41.
- DiLillo, D. et Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment*, 8, 319-333.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems. Family-based attachment-focused therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Friedrich, W. N., Davies, W. H., Feher, W. et Wright, J. (2003). Sexual behavior problems in preteen children. Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of New York Academy of Sciences*, 989, 95-104.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S. K ... Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Friedrich, W. N., & Luecke, W. J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(2), 155-162.
- Gagnon, M. M. (1999). *Rapport synthèse : Informations relatives à l'enfant et à son milieu de vie. Protocole d'entrevue semi-structurée*. Document inédit. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Gagnon, M. M. (2003). *Intervention de groupe auprès d'enfants manifestant des comportements sexuels problématiques : Étude exploratoire*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal.
- Gagnon, M. M. et Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome I* (p. 333-362). Montréal, Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Gagnon, M. M., Tremblay, C. et Bégin, H. (2005). Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Évolution comportementale, affective et sociale. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 257-279.
- Gil, E. (1993). Family therapy. Dans E. Gil et T. C. Johnson (dir.), *Sexualised children: Assessment and treatment of sexualized children who molest* (p. 275-302). Rockville, MD: Launch Press.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. et Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behaviour problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse*, 9(4), 267-290.
- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A. et Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 601-621.
- Gresham, F. M. et Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System Manual*. American Guidance Service, Minnesota.
- Haccoun, R. R. (2007). *Statistiques : Concepts et applications*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 1045-1063.
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N. et Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008. Rapport final*. Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Hershkowitz, I. (2011). The effects of abuse history on sexually intrusive behavior by children: An analysis of child justice records. *Child Abuse & Neglect*, 35(1), 40-49.
- Jaffe, A. E., Cranston, C. C. et Shadlow, J. O. (2012). Parenting in females exposed to intimate partner violence and childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(6), 684-700.
- Johnson, T. C. (1989). Female child perpetrators. Children who molest other children: Preliminary finding. *Child Abuse & Neglect*, 13, 371-385.
- Johnson, T. C. (1993). Preliminary finding. Dans E. Gil et T. C. Johnson (dir.), *Sexualized children: Assessment and Treatment of sexualized children who molest* (p. 67-89). Rockville, MD: Launch Press.
- Johnson, T. C. (1999). *Understanding your child's sexual behavior: What's natural and healthy?* Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Johnson, T. C. (2004). *Helping children with sexually behavior problems: A guidebook for parents and substitute caregivers* (2e éd.). South Pasadena, CA: Author.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Kazdin, A. E. et Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 44(8), 1116-1129.
- LaGreca, A. M., Silverman, W. K. et Lochman, J. E. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 373-382.
- Lepage, J. (2008). *Caractéristiques des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ayant des comportements sexuels inappropriés*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Canada.

- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. et Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : Facteurs associés. *Sexologies*, 19(2), 119-126.
- Lévesque, M., Bigras, M. et Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: Same etiology? *Aggressive Behavior*, 36(6), 358-370.
- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D. et Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment*, 13(2), 122-132.
- Moehler, E., Biringen, Z. et Poustka, L. (2007). Emotional availability in a sample of mothers with a history of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 624-628.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.
- Rasmussen, L. A. (2004). Differentiating youth who sexually abuse: Applying a multidimensional framework when assessing and treating subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3), 57-82.
- Silovsky, J. F. et Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. et Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 378-391.
- Sperry, D. M. et Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosures experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29, 889-904.
- Staiger, P., Kambouropoulos, N., Evertsz, J., Mitchell, J. et Tucci, J. (2005). *A preliminary evaluation of the Transformers Program for children who engage in problem sexual behaviour*. Ringwood, Australie: Australian Childhood Foundation, Telstra Foundation.
- St-Amand, A., Bard, D. E. et Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Szanto, L., Lyons, J. S. et Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231-249.
- Tabachnick, B.G. et Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5e éd.). New York, NY: Allyn and Bacon.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
- Tremblay, C. et Gagnon, M. M. (2000). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Guide d'intervention destiné aux animateurs - volets enfants et parents*. Document inédit. Joliette, Québec : Centres jeunesse de Lanaudière.
- Wright, J., Sabourin, S. et Lussier, Y. (1994). *Traduction en français et validation du Children's Sexual Behavior Inventory*. Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal.