

# Conséquences

entourant la  
prise en charge par les services sociaux  
et judiciaires des enfants victimes  
d'agression sexuelle

Les agressions sexuelles:  
**STOP**

HV  
6570.4  
.Q44  
T687  
1999

Québec 





Institut national de santé publique du Québec  
4885, avenue Christophe-Colomb bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

# Conséquences

**entourant la prise en charge  
par les services sociaux et judiciaires  
des enfants (0-17 ans) victimes  
d'agression sexuelle**

Marc Tourigny  
et  
Marie-Laure Guillot

Mai 1999



Gouvernement du Québec  
Ministère de la Santé  
et des Services sociaux

Marc Tourigny est professeur au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Hull et membre du *Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants (PRIMASE)*.

Marie-Laure Guillot est étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal.

Les auteurs désirent remercier Mme Nathalie Freitag pour son travail de correction linguistique du texte, Mme Mireille Cyr, Mme Estel Gravel et Mme Danièle Guay pour leurs commentaires concernant différentes parties du rapport. Enfin, un merci particulier à Mme Jocelyne Charest pour sa patience et son soutien tout au long de ce projet.

#### **Édition produite par**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document :

- **commande par télécopieur au : (418) 644-4574**
- **pour information additionnelle : (418) 643-5573**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

#### **Dépôt légal**

Bibliothèque nationale du Québec, 1999

Bibliothèque nationale du Canada, 1999

ISBN 2-550-34483-9

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

## Table des matières

	Page
Table des matières .....	3
Résumé .....	5
Introduction .....	13
Chapitre 1 Le phénomène des agressions sexuelles envers les enfants .....	15
1.1 Prévalence des agressions sexuelles dans la communauté .....	15
1.2 Direction de la protection de la jeunesse et agressions sexuelles envers les enfants .....	17
1.2.1 Cheminement des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) .....	17
1.2.2 Évolution des taux d'agressions sexuelles rapportées depuis la création de la Loi de la protection de la jeunesse .....	18
1.2.3 Collaboration entre les services sociaux et les services judiciaires et protocole socio-judiciaire .....	20
1.3 Système judiciaire et agressions sexuelles envers les enfants .....	21
1.3.1 Cheminement d'une plainte adressée aux services policiers .....	22
1.3.2 Caractéristiques des situations influençant la poursuite des démarches judiciaires .....	23
1.4 Séquelles psychologiques et comportementales à court terme des agressions sexuelles envers les enfants .....	25
1.4.1 Principaux symptômes psychologiques et comportementaux manifestés par les enfants victimes d'agressions sexuelles .....	26
Chapitre 2 Principaux événements pouvant survenir à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle envers un enfant et leurs conséquences sur ce dernier .....	29
2.1 Dévoilement de l'agression sexuelle .....	29
2.1.1 Réactions immédiates de l'entourage au dévoilement .....	31

	Page
2.2 Soutien maternel .....	32
2.2.1 Nature du soutien maternel .....	32
2.2.2 Effets du soutien maternel sur l'évolution psychologique de l'enfant ..	34
2.2.3 Facteurs associés au soutien maternel .....	37
2.3 Placement de l'enfant .....	38
2.3.1 Nombre et nature des placements .....	39
2.3.2 Facteurs associés à la décision de placer un enfant .....	42
2.3.3 Conséquences du placement sur les enfants .....	45
2.4 Autres événements familiaux et leurs conséquences sur l'enfant .....	52
2.5 Traitement thérapeutique des victimes et de leur famille .....	53
2.5.1 Effets des thérapies individuelles .....	53
2.5.2 Effets des thérapies de groupe .....	54
2.5.3 Effets des programmes de traitement et des thérapies combinées .....	55
2.5.4 Taux de revictimisation à la suite de la prise en charge .....	58
2.6 Examen médical .....	59
2.7 Tribunal de la jeunesse ou cour juvénile .....	60
2.8 Plaintes policières et poursuites en cour criminelle .....	60
2.8.1 Processus judiciaire et témoignage de l'enfant à la cour criminelle ..	61
2.8.2 Programme de préparation à la cour criminelle et autres améliorations du système judiciaire .....	65
2.9 Limites méthodologiques générales des études recensées .....	66
<b>Chapitre 3 Recommandations pour l'amélioration des services auprès des enfants victimes d'agression sexuelle .....</b>	<b>71</b>
3.1 L'intervention sociale auprès des enfants agressés sexuellement .....	71
3.2 Le soutien maternel .....	73
3.3 Le placement .....	75
3.4 L'intervention judiciaire .....	77
3.5 L'examen médical .....	80
<b>Conclusion .....</b>	<b>81</b>
<b>Références .....</b>	<b>83</b>

## Résumé

Dans les lois québécoise et canadienne, l'agression sexuelle<sup>1</sup> envers un enfant est considérée comme une forme de mauvais traitement et constitue un crime. Tout citoyen québécois est tenu de signaler à la Protection de la jeunesse une situation d'agression sexuelle envers un enfant. Le dévoilement d'une agression sexuelle peut alors entraîner une série d'événements pouvant affecter directement l'enfant victime et sa famille. D'un côté ont lieu une série d'interventions sociales et judiciaires. Par exemple, l'enfant peut être rencontré pour diverses évaluations de la situation (une évaluation par la Direction de la protection de la jeunesse, une évaluation psychologique, une évaluation médicale ou une évaluation policière). Par la suite, il peut être impliqué dans une série d'interventions comme un placement en famille d'accueil, une participation à diverses formes de thérapie, un témoignage en cour, l'emprisonnement de l'agresseur, etc. Par ailleurs, le dévoilement a également des effets dans l'environnement familial de l'enfant, il peut entraîner la séparation des parents, une baisse importante du revenu familial et des tensions importantes entre les membres de la famille. Les interventions sociales et judiciaires ont généralement pour but de protéger la victime et la communauté, et d'aider la victime à retrouver une santé physique et mentale.

Les effets potentiels, sur la victime, des diverses interventions sociales ou judiciaires préoccupent toutefois de nombreux professionnels. Plusieurs auteurs ont souligné les risques potentiels, pour les victimes, de certaines interventions (Berliner & Conte, 1995) ou l'inefficacité de certaines autres (Tourigny, 1997). Ces interventions sont parfois désignées par différents auteurs comme étant des traumatismes secondaires (*secondary trauma*) pour l'enfant. Afin de mieux comprendre l'impact des interventions sociales et judiciaires sur les enfants victimes d'agression sexuelle et sur leur famille, ce rapport présente les connaissances scientifiques provenant des études ayant examiné les effets sur l'enfant des principaux événements survenant à la suite du dévoilement d'une situation d'agression sexuelle.

### Le phénomène des agressions sexuelles envers les enfants

Les agressions sexuelles envers les enfants représentent un problème social important. Les études de prévalence effectuées auprès de populations adultes et présentant une méthodologie rigoureuse suggèrent qu'une femme sur trois et un homme sur six sont agressés sexuellement avant d'atteindre l'âge de la majorité. Les études auprès des adolescentes suggèrent également qu'une adolescente sur dix a été victime d'un viol et que près de la moitié sont victimes de coercition sexuelle dans différents contextes, dont celui des fréquentations amoureuses. Toutefois, seul un faible pourcentage des agressions sexuelles sont connues des

---

<sup>1</sup> Dans ce document, nous parlerons d'agression sexuelle plutôt que d'abus sexuel pour plusieurs raisons, dont le fait que le terme abus sexuel soit considéré comme un anglicisme par l'Office de la langue française, et le fait que ce document fait suite aux travaux du Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel qui a également fait le choix d'utiliser le terme d'agression plutôt que d'abus.

autorités (les intervenants des services de protection de l'enfance, les policiers ou les professionnels de la santé et des services sociaux). Les recherches (principalement celles sur la prévalence des agressions sexuelles) rapportent qu'entre 75% et 90% des agressions sexuelles commises à l'égard des enfants ne sont jamais dévoilées aux autorités. Les victimes d'agressions sexuelles auraient plutôt tendance à chercher de l'aide dans leur réseau naturel de soutien.

Depuis la création de la Loi de la protection de la jeunesse, le nombre d'agressions sexuelles envers des enfants rapportées aux Directions de la protection de la jeunesse (DPJ) a augmenté de façon importante au Québec, de même qu'au Canada et aux États-Unis. Les agressions sexuelles envers les enfants représentent environ 10 à 15% de l'ensemble des signalements retenus par les DPJ. Depuis le début des années 1990, le taux d'incidence annuel d'enfants agressés sexuellement et identifiés par la DPJ est d'environ 1,2 enfants sur 1 000. Les pourcentages varient passablement d'une région à l'autre. Environ la moitié des signalements d'enfants agressés sexuellement reçus par les DPJ seront retenus pour une évaluation et moins de la moitié de ces derniers donneront lieu à une prise en charge. Parmi les divers motifs de signalement à la DPJ, celui d'agression sexuelle serait celui donnant le moins souvent lieu à une prise en charge et celui entraînant le plus souvent une judiciarisation au Tribunal de la jeunesse. Au Québec comme ailleurs, divers mécanismes de concertation entre les services sociaux et judiciaires ont été mis en place dans les dernières années. Quelques études québécoises, canadiennes et américaines suggèrent toutefois que cette collaboration est inexistante dans la majorité des cas. On note cependant une grande variation à cet égard d'une juridiction à l'autre.

Il est impossible actuellement d'avoir des données québécoises précises sur le nombre d'enfants agressés sexuellement qui sont impliqués dans un processus judiciaire à la cour criminelle. Les recherches nord-américaines montrent toutefois qu'environ la moitié des plaintes policières seront acheminées au substitut du procureur de la couronne afin que des chefs d'accusation soient portés contre le présumé agresseur. La grande majorité des dossiers acceptés par le substitut du procureur de la couronne sont retenus à l'enquête préliminaire et référés pour un procès. Pour l'ensemble des plaintes policières référées au substitut du procureur de la couronne, une faible minorité de dossiers se rendra jusqu'au procès, soit moins de 15%. La grande majorité des dossiers acceptés à l'enquête préliminaire et donc référés pour un procès se concluront par un plaidoyer de culpabilité de la part de l'agresseur, et ce, souvent à la suite de négociations concernant une réduction des charges criminelles. Enfin, sur l'ensemble des plaintes policières reçues, on constate que moins de 10% des enfants auront à témoigner lors du procès. Nous n'avons toutefois pas une idée exacte du nombre d'enfants qui sont interrogés par les policiers, par le substitut du procureur de la couronne et par le juge lors de l'enquête préliminaire.

Les recherches sont nombreuses à démontrer que les enfants victimes d'agressions sexuelles et connus des services sociaux et judiciaires présentent des problèmes psychologiques et comportementaux importants. Ces enfants présentent plus de symptômes psychologiques que les enfants n'ayant pas été agressés sexuellement et qui ne sont pas suivis pour un problème psychologique ou comportemental. Par contre, si l'on excepte les comportements sexuels inappropriés et le stress post traumatique, les enfants agressés sexuellement ont moins de symptômes psychologiques que les enfants provenant d'un

échantillon clinique (c'est-à-dire qui sont suivis pour un problème psychologique ou comportemental) et n'ayant pas été agressés sexuellement. Les principales séquelles actuellement identifiées dans les recherches sont les comportements sexuels inappropriés, la dépression, l'anxiété, les problèmes de comportements en général (dont l'agressivité et les comportements autodestructeurs), les problèmes scolaires, la faible estime de soi et le stress post traumatique. Toutefois, il n'existe pas de séquelles spécifiques aux agressions sexuelles (à l'exception du stress post traumatique et des comportements sexuels inappropriés) et un certain pourcentage des enfants, près du tiers, ne manifestent pas de symptômes au début de la prise en charge ou du traitement.

L'examen de l'évolution psychologique des enfants nous montre une grande variété de trajectoires : chez certains enfants, on note une amélioration progressive de l'état psychologique, chez d'autres il demeure stable, alors qu'une certaine proportion d'enfants voient leur état psychologique se détériorer avec le temps. En somme, les recherches sur les conséquences des agressions sexuelles envers les enfants montrent qu'aucun profil type n'émerge, que les séquelles psychologiques et leur évolution peuvent varier grandement d'un enfant à l'autre, entre autres en raison des différents événements pouvant survenir lors du dévoilement de l'agression sexuelle.

#### Principaux événements pouvant survenir à la suite d'un dévoilement

##### Dévoilement de l'agression sexuelle

Les études démontrent que les enfants victimes d'agressions sexuelles qui ont dévoilé intentionnellement l'agression présentaient davantage de symptômes psychologiques que les enfants qui n'ont pas dévoilé l'agression ou qui l'ont dévoilée accidentellement. Cependant, à long terme, le contexte du dévoilement n'aurait plus d'effet sur l'état psychologique des victimes; en effet, l'ensemble des études réalisées auprès des femmes ayant subi une agression sexuelle dans l'enfance n'a montré aucun lien entre le type de dévoilement et l'état psychologique.

##### Soutien maternel

Dans la majorité des cas d'enfants agressés sexuellement connus, les mères réagissent adéquatement en croyant l'enfant, en posant des gestes concrets pour le protéger, et dans une moindre mesure en entreprenant des démarches auprès d'une ressource d'aide. Les recherches montrent qu'une minorité d'enfants, environ le quart, ne reçoivent toutefois aucun soutien ou subissent des réactions inadéquates ou négatives, comme le fait de ne pas être cru ou d'être blâmé pour l'agression sexuelle.

Dans l'ensemble, la majorité des recherches ayant examiné le lien entre le soutien maternel et l'adaptation psychosociale des enfants victimes d'une agression sexuelle ont démontré qu'un soutien maternel adéquat (spécifique ou général) diminuait, à court terme (moins de 2 à 3 ans après le dévoilement), les problèmes d'adaptation. Ce constat est partagé tant par les études qui ont mesuré l'adaptation des enfants à partir de mesures auto-administrées aux enfants que par celles qui ont procédé par des mesures auto-administrées aux parents non-agresseurs.

Toutes les recherches examinées, à l'exception d'une seule, montrent qu'un soutien social adéquat (principalement le soutien maternel) est associé à une meilleure adaptation

psychologique à long terme (plus de 5 ans après le dévoilement) pour les enfants et les survivantes d'agressions sexuelles durant l'enfance. Une relation négative entre la victime et sa mère, de même qu'un certain niveau de détresse psychologique chez la mère, seraient pour leur part associés à des difficultés d'adaptation à court et à long terme.

Plusieurs variables semblent associées au soutien maternel offert à l'enfant dans le contexte du dévoilement d'une agression sexuelle. Les mères ont tendance à offrir moins de soutien à leur enfant lorsque : 1) elles sont dépendantes psychologiquement de l'agresseur (par exemple, elles vivent avec lui, elles subissent de la violence conjugale, l'agresseur nie les agressions sexuelles); 2) elles présentent des difficultés d'adaptation psychosociale (par exemple, de la détresse psychologique, des problèmes de toxicomanie, etc.); 3) les agressions sexuelles ont été particulièrement graves, ont été fréquentes et ont duré longtemps; et 4) l'enfant est plus âgé. Par contre, le fait que la mère ait vécu des agressions sexuelles dans son enfance ne semble pas avoir d'effet sur sa capacité de soutien.

#### Placement de l'enfant

Les recherches montrent que le retrait de l'enfant de sa famille est un événement relativement commun. Selon les études consultées, près de la moitié des enfants agressés sexuellement vivraient au moins un placement durant la prise en charge par les services de protection. Il est actuellement difficile de savoir si les enfants agressés sexuellement sont plus ou moins à risque d'être placés que les enfants ayant vécu d'autres formes de mauvais traitements, les études présentant à ce sujet des résultats contradictoires. L'étude québécoise de Roberge (1998) suggère toutefois que les enfants agressés sexuellement sont moins à risque d'être placés que ceux qui relèvent des autres problématiques principales pour lesquelles intervient la DPJ. Une fois retirés de leur milieu familial, les enfants agressés sexuellement semblent demeurer placés pour de longues périodes et une proportion importante d'entre eux vivent plusieurs placements.

L'ensemble des études démontrent nettement que les enfants qui bénéficient d'un soutien maternel adéquat à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle risquent moins d'être retirés du foyer familial, évitant ainsi de vivre toutes les difficultés fréquemment associées à ce retrait. Outre le soutien maternel, d'autres caractéristiques de la mère semblent influencer la décision de placer ou non l'enfant (sans toutefois qu'il y ait eu une démonstration scientifique claire) : une histoire de victimisation dans l'enfance de la mère, un réseau de soutien social inadéquat, un désaccord de la mère vis-à-vis du plan d'intervention défini par les services de protection, le fait que la mère soit sans emploi et des problèmes de toxicomanie. Bien que le niveau socio-économique soit un facteur important de prédiction du placement en général, il semble être un peu moins important que ceux mentionnés ci-dessus en ce qui concerne les enfants agressés sexuellement. Enfin, les résultats des études concernant le rôle d'autres caractéristiques comme celles qui sont liées à l'enfant ou aux agressions sexuelles sont ambigus.

Dans le cas des agressions sexuelles survenues dans la famille de l'enfant, le placement apparaît comme un moyen efficace de protéger l'enfant contre de nouvelles agressions sexuelles. Cependant, bien que les enfants soient moins à risque d'être maltraités en famille d'accueil que dans leur famille naturelle, le placement en famille d'accueil présente lui aussi des risques de mauvais traitements envers les enfants placés. Les études montrent que les

familles d'accueil sont autant sinon plus à risque de faire l'objet d'un signalement pour mauvais traitements envers un enfant que les familles naturelles de la communauté. Selon ces mêmes études, les signalements pour agression sexuelle dans la famille d'accueil sont ceux qui sont le plus souvent jugés fondés et l'agression sexuelle y est une des formes de mauvais traitements les plus fréquentes. Enfin, les problèmes de comportement (dont les comportements sexuels inappropriés) des enfants agressés sexuellement constitueraient pour eux un facteur de risque d'être agressés physiquement ou sexuellement dans la famille d'accueil.

À une exception près, les études n'ont trouvé aucun lien entre les problèmes psychologiques et comportementaux des enfants agressés sexuellement, d'une part, et la décision d'un placement initial ou d'un placement en cours de prise en charge, d'autre part. Ces résultats vont dans le même sens que ceux qui concernent le placement des enfants en général et confirment le fait que le placement ne semble pas affecter négativement les enfants.

#### Autres événements familiaux

Quelques recherches ont démontré que la présence de nombreux événements familiaux stressants, de problèmes familiaux importants et d'un fonctionnement familial inadéquat sont associés à des problèmes d'adaptation psychosociale chez les enfants agressés sexuellement.

#### Traitements thérapeutiques

Malgré des limites méthodologiques importantes (liées au devis, à la taille des échantillons, à l'utilisation d'instruments non standardisés), les évaluations des thérapies individuelles, des thérapies de groupe ou des programmes de traitement suggèrent que ces interventions auraient des effets positifs pour une portion importante des enfants traités.

Les résultats des recherches évaluatives portant sur la thérapie individuelle démontrent que celle-ci (souvent associée à d'autres formes de traitement auprès des victimes ou de leurs parents) atténue une variété de symptômes et de problèmes de comportement chez des enfants ayant été agressés sexuellement (agression intra et extrafamiliales). Les principales améliorations observées chez les enfants concernent les comportements, l'anxiété, la dépression, l'estime de soi et le stress post traumatique. Quelques études montrent que l'amélioration identifiée à la fin du traitement se maintient toujours quelques mois après le traitement. Enfin, à l'aide de devis expérimentaux, deux études ont montré que la thérapie individuelle et la thérapie de groupe sont aussi efficaces l'une que l'autre.

Les recherches évaluatives qui ont évalué les effets de la thérapie de groupe suggèrent que la thérapie de groupe est efficace pour réduire de nombreux symptômes associés aux agressions sexuelles. Les principaux effets de la thérapie de groupe touchent (en ordre des effets les plus souvent démontrés dans les recherches) les problèmes de comportement, l'estime de soi, la dépression, l'anxiété, le stress post traumatique et les symptômes liés à la sexualité. Enfin, trois études n'ont toutefois pu établir que la thérapie de groupe avait un effet sur l'isolement social ou la solitude des victimes. Certaines études suggèrent un certain maintien des effets de la thérapie de groupe dans les quelques mois qui suivent la fin de la thérapie. Une proportion non négligeable d'enfants voient leur état se détériorer en cours de thérapie.

Dans l'ensemble, les résultats des évaluations des programmes de traitement ou des thérapies combinées sont moins satisfaisants que ceux concernant l'efficacité de la thérapie individuelle ou de groupe. En fait, ces évaluations montrent surtout que ces programmes ont très peu d'effets positifs sur les enfants. Plusieurs études n'ont constaté aucun lien entre la participation au traitement et l'état psychologique des enfants. De plus, quelques études mettent en évidence qu'une proportion non négligeable d'enfants voient leur état psychologique se détériorer.

Les taux de revictimisation à la suite d'une prise en charge par les services de protection oscillent entre 0% et 20% sur des périodes variant de 6 à 60 mois.

#### Examen médical

Nous n'avons pas de données permettant de préciser la proportion d'enfants agressés sexuellement qui reçoivent un examen médical à la suite d'un dévoilement. Il existe également très peu d'études sur les conséquences émotionnelles d'un examen génital pour les enfants victimes d'une agression sexuelle (Britton, 1998). Ces quelques recherches exploratoires reconnaissent toutefois que l'examen médical peut être une source de stress et d'anxiété pour l'enfant et qu'il est nécessaire de bien préparer ce dernier à cet examen. De plus, certaines études ont montré que la mère vivait elle-même un stress important avant et après l'examen médical et qu'elle percevait celui-ci comme un événement particulièrement stressant pour son enfant.

#### Processus judiciaire à la cour criminelle

Les études canadiennes et américaines portant sur les témoignages d'enfants agressés sexuellement indiquent que ceux-ci témoignent rarement au procès, bien qu'une certaine proportion des enfants aient à témoigner à d'autres étapes du processus judiciaire. Dans les études recensées, moins de 5% des enfants signalés aux policiers ont eu à témoigner au cours du processus judiciaire. Ce taux varie de 10% à 28% lorsqu'on considère l'ensemble des enfants référés au procureur de la couronne pour une enquête préliminaire.

De façon globale, les études démontrent que le fait de témoigner en cour représente un événement particulièrement anxiogène et stressant pour la victime et sa famille. La plupart des résultats qualitatifs confirment que les enfants vivent beaucoup de stress avant et pendant le témoignage à la cour sans toutefois que ce stress soit perçu négativement par les enfants une fois cet événement passé. Par ailleurs, le fait de témoigner à la cour criminelle n'est pas lié à des difficultés d'adaptation psychologique à court ou à long terme. Aucune des études recensées n'a relevé de différences significatives entre l'état psychologique des enfants qui ont témoigné et celui des enfants qui n'ont pas témoigné. Cependant, quelques études ont montré que les enfants qui témoignaient plus d'une fois et ceux qui vivaient des contre-interrogatoires difficiles avaient davantage de difficultés d'adaptation psychologique à court terme.

D'autres conditions liées au processus judiciaire ont également un effet négatif sur le fonctionnement psychologique des enfants, soit : 1) le fait que le dossier ne soit pas retenu pour des poursuites judiciaires; 2) un plus grand nombre d'entrevues et de contacts avec les divers intervenants du système judiciaire; 3) le fait que les parents perçoivent le système judiciaire plus négativement à la suite de l'implication de leur enfant dans le processus judiciaire.

Quelques recherches évaluatives soulignent que des services de soutien et de préparation à la cour peuvent réduire les effets du processus judiciaire sur l'adaptation psychologique de l'enfant. Ces services peuvent également avoir un effet positif sur l'évolution des dossiers dans le processus judiciaire; lorsqu'ils sont présents, on constate en effet une augmentation du nombre de présumés agresseurs identifiés lors de la plainte policière, une augmentation du nombre de présumés agresseurs arrêtés, une augmentation du nombre de présumés agresseurs reconnus coupables à la fin du procès et enfin une augmentation de la durée des sentences.

#### Principales limites méthodologiques

Les principales limites méthodologiques liées aux divers champs de recherche abordés dans ce rapport sont : 1) la nature rétrospective ou corrélacionnelle des devis de recherche; 2) la diversité et une certaine imprécision des définitions des diverses variables pouvant influencer l'état psychologique des enfants agressés sexuellement; 3) la diversité et la qualité variable des mesures mêmes de l'état psychologique des enfants, attribuables par exemple à des différences au niveau de la source des données (parent non agresseur ou enfant); 4) le degré variable de représentativité des échantillons étudiés, en raison, entre autres, des taux de refus de participation à la recherche et des taux d'attrition des sujets en cours de recherche; 5) l'hétérogénéité des différents contextes dans lesquels ont été mesurés les liens entre l'état psychologique des enfants et les événements survenant à la suite du dévoilement, ces contextes (souvent dans le cadre de projets pilotes) se caractérisant parfois par la présence d'intervenants sociaux et judiciaires particulièrement sensibilisés et formés à intervenir auprès des enfants agressés sexuellement et dans le contexte précis de certains événements comme l'examen médical, le placement ou le traitement thérapeutique; et enfin 6) la difficulté que représente la généralisation de résultats d'études réalisées dans des contextes canadiens ou américains à un contexte québécois.

## Introduction

### Mandat

Depuis une trentaine d'années, nous avons pris conscience, en tant que société, de l'ampleur du problème des agressions sexuelles commises envers les enfants. Au Québec, comme dans d'autres pays, nous nous sommes dotés de lois et d'un système de protection de l'enfance afin de protéger les enfants victimes de mauvais traitements. Les pratiques en matière d'intervention sociale auprès des enfants agressés sexuellement ont sensiblement évolué, parfois en fonction des nouvelles connaissances scientifiques sur les agressions sexuelles, parfois en fonction de changements législatifs ou administratifs. Toutefois, il est clair que nous n'avons pas encore trouvé de réponses entièrement satisfaisantes et appropriées au problème des agressions sexuelles envers les enfants, et ce, principalement en raison de la complexité du phénomène.

Le dévoilement d'une agression sexuelle envers un enfant, qu'elle soit intrafamiliale ou extrafamiliale<sup>2</sup>, a généralement des répercussions importantes dans les différents milieux de vie de l'enfant (par exemple, la famille immédiate, la parenté, le voisinage, etc.). Dans le cas d'agressions sexuelles intrafamiliales, la famille est particulièrement affectée. Les réactions des membres de la famille peuvent varier considérablement. Ceux qui ne sont pas impliqués dans l'agression sexuelle peuvent accepter les faits et protéger la victime. Mais ils peuvent également nier le problème et accuser l'enfant d'être responsable de l'agression et des conséquences du dévoilement. Dans certaines situations, les membres de la famille peuvent être divisés, certains prenant parti pour la victime et d'autres pour l'agresseur. Souvent, la préoccupation première des membres de la famille (y compris parfois de la victime elle-même) est de garder la famille intacte plutôt que d'assurer la protection de l'enfant victime.

Les réponses de la société vis-à-vis de cette situation vont également varier d'un système à l'autre (par exemple, les services sociaux versus le système judiciaire), d'un organisme à l'autre (par exemple, d'un centre jeunesse à l'autre ou d'un service policier à l'autre) et même d'un intervenant à l'autre. En somme, des débats importants existent depuis la reconnaissance sociale de ce problème (Messier & De Champlain, 1982). Quelle est la réponse la plus appropriée aux agressions sexuelles envers les enfants ? Doit-on criminaliser ou non ? Doit-on retirer l'agresseur de la famille ou placer l'enfant ? Est-ce que la judiciarisation combinée à l'intervention sociale est réalisable et efficace ? Est-ce que la judiciarisation est compatible avec le traitement thérapeutique ? Dans les débats entourant ces questions, le même argument est souvent invoqué de part et d'autre pour justifier telle ou telle intervention, soit le désir d'assurer la protection de l'enfant et son bon développement.

---

<sup>2</sup> L'agression sexuelle intrafamiliale réfère à une agression sexuelle commise par un membre de la famille nucléaire (milieu familial où vit l'enfant) ou élargie (parenté) de l'enfant, alors que l'agression sexuelle extrafamiliale réfère à une agression commise par une personne qui ne fait pas partie de la famille de l'enfant.

Dans ce contexte, le présent rapport vise à fournir quelques éléments pouvant permettre de faire avancer le débat sur les meilleures réponses ou interventions à offrir aux enfants agressés sexuellement et à leur famille. Plus précisément, l'objectif est d'examiner les connaissances scientifiques actuellement disponibles concernant les effets sur l'enfant des principaux événements survenant à la suite du dévoilement d'une situation d'agression sexuelle. Ces événements ont principalement trait aux différentes pratiques sociales et judiciaires, bien que certains événements concernent plutôt l'environnement de l'enfant (par exemple, les réactions de la mère ou la séparation des parents).

#### Mise en garde

Il est important que le lecteur prenne note que le présent rapport ne présente pas les résultats d'une recension exhaustive des écrits pour chacun des thèmes abordés. En effet, chacun des thèmes pourrait en soi faire l'objet d'une recension des écrits. Pour certains thèmes, nous avons trouvé des recensions récentes (que nous avons parfois complété) alors que pour d'autres aucune recension n'était disponible. Dans ce dernier cas, nous avons tenté d'identifier le plus de recherches possibles sur le sujet mais nous ne pouvons prétendre avoir réussi à tout répertorier.

De plus, compte tenu de l'ampleur de la tâche, nous n'avons pas, à quelques exceptions près, examiné les effets des différents événements sur les autres membres de la famille, de sorte que nous n'avons pas une vue d'ensemble du problème et que certaines recommandations qui pourront être tirées des résultats de ce rapport ne représentent que des solutions partielles.

Enfin, le lecteur doit également tenir compte du fait que la majorité des études citées dans le rapport ont été réalisées aux États-Unis ou au Canada et non au Québec. Cet aspect limite les interprétations et les généralisations que nous pouvons faire dans notre contexte québécois, et ce, principalement parce que les systèmes de protection de l'enfance et les systèmes judiciaires peuvent varier d'un pays à l'autre, d'un État à l'autre ou d'une province à l'autre.

#### Contenu du rapport

Le rapport se divise en trois chapitres. Le premier présente un aperçu général du phénomène des agressions sexuelles envers les enfants (0-17 ans) en termes d'ampleur du problème et de conséquences. Le chapitre 2 constitue le corps du rapport et l'on y présente les conséquences sur l'enfant victime d'agression sexuelle des principaux événements survenant après le dévoilement de l'agression sexuelle. Les événements qui sont abordés sont le dévoilement de l'agression sexuelle, le soutien maternel, le placement de l'enfant hors de son milieu familial, les autres événements familiaux, les traitements thérapeutiques, l'examen médical, et enfin, l'implication de l'enfant dans des procédures judiciaires, soit au Tribunal de la jeunesse ou à la cour criminelle. Pour chacun de ces événements, nous présentons une brève description de la nature et de la fréquence de l'événement ou du phénomène, pour aborder ensuite les conséquences de cet événement sur le bien-être de l'enfant. Pour certains événements, nous aborderons également les différents facteurs pouvant être associés à l'événement en question (par exemple, les facteurs associés à la décision de placer). Le dernier chapitre présente brièvement les limites méthodologiques des études recensées et les recommandations cliniques que les résultats scientifiques suggèrent.

## Chapitre 1

### Le phénomène des agressions sexuelles envers les enfants

#### 1.1 Prévalence des agressions sexuelles dans la communauté

Les agressions sexuelles envers les enfants représentent un problème social important. Le nombre d'agressions sexuelles identifiées par les services de protection de l'enfance a augmenté de façon drastique dans les vingt dernières années. Par ailleurs, les recherches nord-américaines portant sur la prévalence des agressions sexuelles montrent que les taux de prévalence varient considérablement d'une recherche à l'autre, soit de 6% à 71% chez les femmes et de 3% à 31% chez les hommes (Coffey, Leitenberg, Henning, Turner, & Bennett, 1996; Everill & Waller, 1995; Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990; Peters, Wyatt, & Finkelhor, 1986; MacMillan et al., 1997; Testa, Miller, Downs, & Panek, 1992; Tourigny, 1991). Plusieurs aspects méthodologiques expliqueraient ces écarts.

Les études les plus rigoureuses sur le plan méthodologique suggèrent qu'une femme sur trois et un homme sur six est agressé sexuellement avant d'atteindre l'âge de la majorité (Badgley et al., 1984; Bagley et Ramsay, 1986; Coffey et al., 1996; Finkelhor et al., 1990; Russell, 1983). Cependant, une étude récente sur la prévalence de l'agression physique et de l'agression sexuelle envers les enfants, réalisée en Ontario auprès d'un échantillon représentatif de la population des personnes de 15 ans et plus (N = 9 953), a obtenu des taux plus faibles (MacMillan et al., 1997). Cette étude montre que l'agression sexuelle est plus souvent rapportée par les femmes (13%) que par les hommes (4%). De même, un plus grand pourcentage de femmes (11%) que d'hommes (4%) rapportent avoir vécu une agression sexuelle grave. Ces taux plus bas s'expliqueraient entre autres par l'utilisation d'une définition plus étroite de l'agression sexuelle. En effet, l'étude ne précisait pas quelle période de temps couvrait l'enfance (on ne précisait pas l'âge limite des enfants), et d'autre part elle ne s'intéressait qu'aux agressions sexuelles commises par des adultes. Enfin, la méthodologie utilisée (c'est-à-dire un questionnaire auto-administré et un nombre peu élevé de questions) ne favoriserait pas la détection de toutes les agressions sexuelles (Peters et al., 1986).

Les études effectuées auprès de la population adolescente montrent également que le nombre de victimes d'agressions sexuelles est très élevé. Une étude provenant d'un échantillon représentatif d'adolescents américains constate que le taux de prévalence d'adolescentes victimes d'un viol depuis leur naissance augmente graduellement entre 14 et 20 ans, passant de 6% à 13% (Moore, Nord, & Peterson, 1989). Hall et Flannery (1984) rapportent que 12% des adolescentes (14 à 19 ans) de Milwaukee auraient été violées depuis leur naissance alors que selon l'étude de Watts et Ellis (1993) 15% des adolescentes avaient vécu une forme ou l'autre d'agression sexuelle depuis leur naissance. Au Québec, Poitras et Lavoie (1995) rapportent que 12% des adolescentes (14 à 19 ans) de leur échantillon de convenance ont été violées (c'est-à-dire forcées à une relation sexuelle vaginale) et que 54%

rappellent avoir été agressées sexuellement dans le cadre de fréquentations amoureuses. Toujours au Québec, dans une étude réalisée auprès de 255 adolescentes de secondaire III, Pelletier, Tourigny, Clément et Lavoie (1998) constatent que près de 15% des adolescentes ont vécu un viol et 52% une agression sexuelle avec contact physique, et ce, uniquement dans le contexte des fréquentations amoureuses.

Du côté des adolescents victimes, les taux de prévalence sont nettement plus bas que chez les adolescentes. Ces taux de prévalence varient entre 1% et 13% selon les études (Davis, Peck, & Stroment, 1993; Gagné, Lavoie, & Hébert, 1994; Hall & Flannery, 1984; Moore et al., 1989; Poitras & Lavoie, 1994). La coercition sexuelle vécue par les adolescents est toutefois d'une gravité moindre que celle vécue par les adolescentes; elle se caractériserait principalement par de la pression psychologique (Struckman-Johnson, 1988).

Quel que soit le nombre exact d'agressions sexuelles à l'égard des enfants et des adolescents, il est clair que ce problème affecte un nombre considérable de ceux-ci. Il faut également savoir que la majorité des agressions sexuelles envers les enfants ne sont jamais signalées aux différentes instances publiques (par exemple, les services de protection, les hôpitaux, les services policiers, etc.). Les recherches (principalement celles sur la prévalence des agressions sexuelles) suggèrent qu'entre 75% et 90% des agressions sexuelles commises à l'égard des enfants ne sont jamais dévoilées aux autorités (Alter-Reid, Gibbs, Lachenmeyer, Sigal, & Massoth, 1986; Badgley et al., 1984; Gupta & Cox, 1989; Kosky, 1987; Russell, 1983; Sarafino, 1979). Une étude québécoise, réalisée auprès de 287 jeunes ayant été victimes d'agressions sexuelles et ayant utilisé les services d'un centre d'intervention téléphonique (Tel Jeunes), montre qu'avant l'appel, 29% des jeunes n'avaient jamais parlé de l'agression sexuelle et que seules 18% de toutes les agressions sexuelles étaient connues de la Direction de la protection de la jeunesse ou d'un professionnel (Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993). De plus, Sorensen et Snow (1991) soulignent que même lorsqu'il y a dévoilement, le dévoilement d'enfants est rarement intentionnel, il serait plutôt accidentel.

Un des facteurs qui semble fortement associé au dévoilement d'une agression sexuelle est le lien entre la victime et l'agresseur : plus le lien est étroit entre les deux et moins il y a de chances que l'agression sexuelle soit dévoilée. Chez les adultes et les adolescents, l'examen des facteurs liés au dévoilement des agressions sexuelles montre clairement que plus les liens sont étroits entre la victime et l'agresseur, moins il y a de probabilité que la victime dévoile l'agression à la police (Tourigny & Lavergne, 1995). Du côté des enfants, l'évaluation d'un programme de prévention auprès d'enfants de sixième année a montré que ces derniers avaient de la facilité à trouver de bonnes solutions lorsqu'on leur demandait ce qu'ils pouvaient faire s'ils étaient confrontés à une situation d'exhibitionnisme, de harcèlement sexuel et de viol par une personne inconnue (Pecko-Drouin & Perrault, 1985). Par contre, les enfants n'arrivaient pas à trouver de solutions pour la situation d'inceste et pour eux, garder le silence apparaissait la meilleure chose à faire afin d'éviter le "pire", c'est-à-dire la séparation des parents ou l'emprisonnement du père.

Les adultes et adolescents agressés sexuellement par une personne connue semblent plus susceptibles de chercher de l'aide auprès de leur réseau social qu'auprès des professionnels des services sociaux, des milieux communautaires et de la justice pénale (Tourigny & Lavergne, 1995). Ce phénomène semble identique chez les enfants : Tourigny et al. (1993) rapportent que dans plus de 90% des cas, c'est à quelqu'un de son réseau social que la victime

dévoile pour la première fois l'agression sexuelle. Ce sont surtout les amis de la victime qui reçoivent les confidences (dans 51% des cas), suivis du parent naturel (30%).

En somme, ces données démontrent que, malgré le grand nombre d'enfants agressés sexuellement, peu d'entre eux parviennent à l'attention des services susceptibles de leur apporter une aide ou une protection. Il apparaît particulièrement difficile pour une victime de dévoiler une agression sexuelle, et ce, même pour une personne adulte. Le dévoilement est encore plus difficile si l'agresseur et la victime ont un lien étroit. Enfin, lorsqu'il y a dévoilement, les victimes se tournent vers leur réseau social (surtout les amis) et les réactions à ce dévoilement ne sont pas toujours adéquates, même de la part des adultes.

Le fait que seulement une minorité des victimes d'agression sexuelle soient connues des services sociaux et judiciaires implique que ces agressions sexuelles ne sont pas représentatives de l'ensemble des agressions sexuelles commises, puisque nous savons que le dévoilement d'une agression sexuelle ne se fait pas de façon aléatoire mais qu'il existe plutôt des caractéristiques ou des facteurs qui le favorisent ou non (Tourigny & Lavergne, 1995). Dans ce contexte, il devient difficile de généraliser les données scientifiques que nous avons actuellement. Par exemple, si les victimes d'agression sexuelle connues sont celles ayant vécu les agressions sexuelles les plus graves (ce qui pourrait être un facteur favorisant le dévoilement), nos connaissances scientifiques sur les conséquences des agressions sexuelles sur les enfants ne peuvent pas être généralisées à toutes les victimes d'agression sexuelle. Les conséquences identifiées dans les études doivent plutôt être associées aux agressions sexuelles graves. Une autre implication importante du fait qu'une minorité seulement des enfants victimes d'agressions sexuelles soient connus des services sociaux et judiciaires, est que seulement une minorité d'enfants se retrouvent dans une situation où ils peuvent recevoir une aide, une réponse à leurs besoins.

Pour la suite de ce texte, le lecteur doit donc garder en tête les deux faits suivants, à savoir que : 1) les enfants victimes d'agressions sexuelles que nous connaissons ne représentent qu'une minorité des enfants victimes, et 2) la majorité des données scientifiques actuelles sur les agressions sexuelles ne sont pas représentatives de l'ensemble des agressions sexuelles vécues par les enfants. Nous allons maintenant voir rapidement quelques données concernant l'ampleur de ce phénomène tel qu'il est connu par les services de protection de la jeunesse:

## 1.2 Direction de la protection de la jeunesse et agressions sexuelles envers les enfants

### 1.2.1 Cheminement des signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Au Québec, la définition de l'agression sexuelle généralement utilisée par les Directions de la protection de la jeunesse (DPJ), est celle qui a été énoncée par la Table des Directeurs de la protection de la jeunesse (1991). Selon cette définition, l'agression sexuelle (c'est-à-dire l'abus sexuel, qui est le terme utilisé généralement dans les services sociaux) est un "geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent(e), portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle". Cette définition de l'agression sexuelle n'inclut donc pas certaines agressions sexuelles

commises par des personnes qui n'ont pas de lien de consanguinité, de responsabilité, d'autorité ou de domination avec la victime. Ainsi, lorsque l'on parlera des enfants pris en charge par les Directeurs de la protection de la jeunesse au Québec, les données ne concerneront pas toutes les formes d'agressions sexuelles vécues par les enfants.

La Loi de la protection de la jeunesse stipule que toute personne, indépendamment de son statut ou de sa condition, ayant un motif raisonnable de croire qu'un enfant est victime d'une agression sexuelle, doit signaler cette situation au Directeur de la protection de la jeunesse. Une fois le signalement reçu à la DPJ, celle-ci doit vérifier les allégations et s'assurer que la sécurité ou le développement de l'enfant signalé ne sont pas compromis. Le signalement peut alors passer par trois étapes distinctes qui visent à établir le bien fondé du signalement et à s'assurer de mettre en place, s'il y a lieu, des mesures pour corriger la situation. La première étape est celle de la réception et du traitement du signalement (l'étape RTS). À cette étape, le signalement pour agression sexuelle est reçu généralement par téléphone et évalué par un intervenant de la DPJ afin de décider si le signalement sera retenu ou non. Cette décision se base sur l'analyse de la nature des faits rapportés, de la crédibilité de la personne qui rapporte les faits, de leur gravité objective et de leurs conséquences sur l'enfant (Lagueux & Wright, 1996).

Si le signalement est retenu, l'étape de l'évaluation/orientation (É/O) est enclenchée et consiste à statuer sur deux éléments. Dans un premier temps, l'intervenant doit évaluer si l'enfant a réellement été victime d'agression sexuelle, c'est-à-dire si les faits signalés sont fondés. Si oui, il doit ensuite évaluer si la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis. Si l'intervenant répond affirmativement à ces deux questions, il proposera des orientations et des mesures pour corriger la situation et la troisième étape, celle de l'application des mesures ou de la prise en charge, sera alors enclenchée. C'est à l'étape de l'application des mesures que l'on essaiera de négocier des ententes avec la famille pour s'assurer du bien-être de l'enfant. Si la famille et l'intervenant s'entendent, il y aura signature d'une entente sur les mesures (volontaires). Si la famille et l'intervenant ne s'entendent pas, l'intervenant portera le dossier devant le Tribunal de la jeunesse afin que le juge statue sur les mesures à appliquer. L'enfant, les parents et l'intervenant peuvent alors être amenés à témoigner devant ce tribunal. Par suite du jugement, les mesures seront alors considérées comme ordonnées ou obligatoires.

Dans le cas où l'intervenant qui procède à l'évaluation/orientation (É/O) constate qu'il n'y a pas eu d'agression sexuelle ou que la sécurité et le développement de l'enfant ne sont pas compromis, le dossier est fermé, avec ou sans référence à d'autres ressources du milieu.

### 1.2.2 Évolution des taux d'agressions sexuelles rapportées depuis la création de la Loi de la protection de la jeunesse

Depuis la fin des années 70, moment de la création de la Loi de la protection de la jeunesse, le nombre d'agressions sexuelles envers des enfants rapportées à la DPJ a augmenté de façon importante au Québec, de même qu'au Canada et aux États-Unis (Tourigny, 1991; Wright, Boucher, Frappier, Lebeau, & Sabourin, 1997). Pour les années 1976/77 et 1977/78, 99 et 159 signalements pour agression sexuelle ont été retenus par le Comité de protection de la jeunesse (Lapierre, 1982), alors qu'en 1995-96, les Directeurs de la protection de la jeunesse avaient retenu 2449 signalements pour le même motif (Wright et al., 1997).

Cependant, au cours de la dernière décennie, il y aurait eu une diminution des signalements pour agression sexuelle. La Figure 1 présente l'évolution des signalements retenus pour agression sexuelle, des signalements jugés fondés à la suite de l'évaluation (estimés) et des cas pris en charge pour agression sexuelle par l'ensemble des Directeurs de la protection de la jeunesse au Québec (Wright et al., 1994; Wright et al., 1997). Cette figure permet de constater que depuis 1990, le nombre de signalements retenus par les DPJ du Québec et le nombre de signalements jugés fondés à la suite de l'évaluation (estimés) ont baissé d'environ 18% et 20%, respectivement. Pour ce qui est des cas pris en charge, la Figure 1 montre une baisse constante depuis 1990. Dans leur analyse détaillée de l'évolution des signalements pour agression sexuelle au Québec, Wright et al. (1997) concluent que cette baisse n'est pas liée à une diminution réelle des agressions sexuelles envers les enfants au Québec mais tiendrait plutôt à un ensemble de facteurs liés aux pratiques des centres jeunesse (par exemple l'utilisation d'une définition plus restrictive des abus sexuels retenus par la DPJ) et à la perception du rôle de la DPJ dans la communauté (par exemple, une baisse de confiance, dans la communauté et chez les professionnels, dans la capacité de la DPJ à répondre adéquatement aux situations signalées).

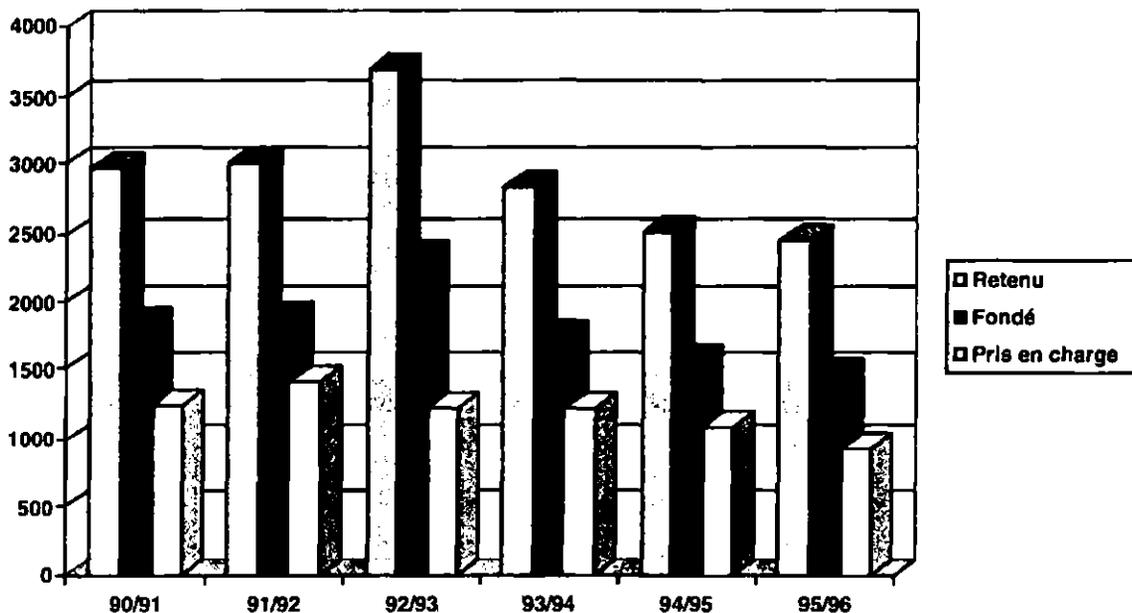


Figure 1 Évolution du nombre de signalements retenus, de signalements jugés fondés à la suite de l'évaluation (estimés) et de cas pris en charge pour agression sexuelle par les Directeurs de la protection de la jeunesse au Québec dans les années 1990

Si l'on traduit ces résultats en taux d'incidence, c'est-à-dire en nombre d'enfants agressés sexuellement pour qui les faits ont été jugés fondés par la DPJ, pour une année donnée et pour 1 000 enfants, on obtient des taux d'incidence qui varient entre 1,4/1 000 et

0,9/1 000 selon les années. Ces taux québécois sont inférieurs à ceux observés en Ontario pour l'année 1993 (1,6/1 000 d'après Trocmé, McPhee, Tam, & Hay, 1994) et aux États-Unis pour l'année 1995 (2,1/1 000 d'après U.S. Department of Health and Human Services, 1997 : voir Wright et al., 1997).

Les données du Ministère de la santé et des services sociaux<sup>3</sup> permettent d'estimer qu'environ 50% des signalements reçus à la DPJ sont retenus pour la seconde étape, soit l'évaluation/orientation. En ce qui concerne spécifiquement les agressions sexuelles, la Figure 1 indique qu'environ 60% des signalements retenus sont jugés fondés et qu'environ 65% de ces derniers, soit environ 40% des signalements retenus à RTS, seront pris en charge par les services sociaux.

Roberge (1998) a suivi le cheminement de 6.304 signalements reçus dans six centres jeunesse (CJ) entre le 1<sup>er</sup> avril 1992 et le 31 mars 1993, et ce, sur une période moyenne de trois à quatre ans. Son étude a montré que : 1) le pourcentage de signalements retenus pour agression sexuelle (38 GS) varie de 11% à 15% selon le CJ; 2) la proportion des signalements retenus pour agression sexuelle qui sont pris en charge varie de 25% à 46% selon le CJ - il s'agit de la forme de compromission la moins souvent pris en charge; et 3) de 39% à 68% des cas pris en charge pour agression sexuelle sont judiciairisés - il s'agit de la forme de compromission où le recours à la judiciarisation est le plus fréquent.

Ces résultats sont comparables à ceux provenant des centres jeunesse de Montréal, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 1997. En effet, les données sur la clientèle du secteur de la Protection de la jeunesse indiquent que la DPJ de Montréal a traité 447 signalements pour agression sexuelle, dont 57% (soit 253 signalements) ont été retenus pour l'étape d'évaluation/orientation (Centres jeunesse de Montréal, 1998). Sur les 253 signalements retenus, l'évaluation concluait que la sécurité et le développement de l'enfant étaient compromis dans 81 cas (soit 32% des 253 signalements retenus). Des 253 signalements retenus, 21%, soit 53 dossiers, seront pris en charge. En ce qui concerne l'application des mesures, 20 des 53 dossiers (38%) seront pris en charge sous le régime des mesures volontaires et 33 (62%) sous le régime des mesures obligatoires.

### 1.2.3 Collaboration entre les services sociaux et les services judiciaires et protocole socio-judiciaire

Par suite des amendements apportés au code criminel canadien par le projet de loi C-15 en 1988, les Directeurs de la protection de la jeunesse, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ainsi que les Centres de services sociaux du Québec ont adopté une position commune qui favorise la concertation socio-judiciaire en matière d'agression sexuelle envers les enfants (Boucher, 1995). Les deux principes directeurs de la position des DPJ sont les suivants :

“Principe 6 - Dans les situations d'abus sexuels, le directeur de la protection de la jeunesse privilégie l'orientation vers un traitement judiciaire soit au Tribunal de la jeunesse, soit aux Sessions de la paix ou les deux à la fois, dans

<sup>3</sup> Les pourcentages rapportés ne sont qu'une moyenne approximative et varient d'un centre jeunesse à l'autre. Les données proviennent des rapports annuels des différentes DPJ du Québec.

une perspective d'imposer un interdit judiciaire à l'abuseur et d'encadrer les mesures de protection à l'égard de l'enfant."

" Principe 8 - De façon générale, le directeur de la protection de la jeunesse préconise une divulgation des situations d'abus sexuels à la police. Il peut toutefois être appelé à considérer des exceptions. Dans l'un et l'autre cas, il prend en considération, notamment, les éléments suivants : l'intérêt de l'enfant, l'accord ou le refus catégorique de l'enfant, la crédibilité de l'enfant, une forte perturbation chez l'enfant, le délai écoulé entre l'acte et le signalement." (Boucher, 1995, p. 3).

Nous n'avons pas de données nous permettant d'avoir une idée précise du niveau de collaboration entre ces deux systèmes à l'échelle du Québec. Quelques études québécoises, canadiennes et américaines suggèrent toutefois que cette collaboration est peu répandue et que le niveau de collaboration varie grandement d'une juridiction à l'autre (Boucher, 1995; SPCUM, 1997; Gomes-Schwartz, Horowitz, & Cardarelli, 1990; Martone, Jaudes, & Cavins, 1996; Oates, Lynch, Stern, O'Toole, & Cooney, 1995; Tjaden & Thoennes, 1992; Trocmé & Tourigny, soumis).

Selon une étude effectuée par l'Association des centres jeunesse du Québec sur la pratique des intervenants concernant l'application du protocole socio-judiciaire au sein de toutes les équipes RTS et É/O du Québec, il existe un écart entre la perception des intervenants qui disent favoriser et entériner, en grande majorité, la concertation socio-judiciaire dans les cas d'agression sexuelle envers les enfants, et la mise en application des critères de divulgation policière qui permet cette concertation (Boucher, 1995). Boucher concluait que la concertation socio-judiciaire est appliquée sporadiquement, et qu'elle semble dépendre des intervenants en place.

Selon un document de la Division des crimes majeurs, portant sur l'analyse des agressions sexuelles survenues sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal en 1996 (SPCUM, 1997), 57% des 1 383 plaintes policières concernaient un enfant de moins de 18 ans. De ces 791 plaintes, 88% n'impliquaient pas l'usage d'un protocole.

Une étude ontarienne d'incidence des mauvais traitements envers les enfants signalés aux services de protection de l'enfance a montré que les policiers avaient été impliqués dans 44% des 577 dossiers d'enfants signalés pour une agression sexuelle (Trocmé & Tourigny, soumis). Aux États-Unis, Gomes-Schwartz et al. (1990) ont constaté que de tous les enfants portés à l'attention d'une agence de protection pour agression sexuelle, 38% avaient eu des contacts avec les policiers.

### 1.3 Système judiciaire et agressions sexuelles envers les enfants

Lorsqu'une plainte pour agression sexuelle envers un enfant est déposée aux services policiers, ce dossier est susceptible de suivre un ensemble d'étapes au cours desquelles l'enfant agressé sexuellement pourra être impliqué directement. La première étape est l'enquête policière qui vise à vérifier les allégations de l'enfant. Si, à la suite de l'enquête policière, les policiers ont suffisamment de preuves, ils référeront le dossier au substitut du

procureur de la couronne qui autorisera les policiers à intenter des poursuites criminelles<sup>4</sup>. À cette étape, le substitut du procureur de la couronne aura à décider si des accusations criminelles peuvent être portées et sous quels articles de loi. Par la suite, le dossier sera alors acheminé à la cour où une série d'étapes judiciaires seront enclenchées jusqu'au procès (par exemple, la sommation de l'accusé à comparaître, la comparution de l'accusé, l'enquête sur remise en liberté, etc.). Deux avenues principales peuvent alors se présenter : 1) le présumé agresseur plaide coupable avant que le procès n'ait lieu, ou 2) le procès aura lieu et l'enfant sera alors susceptible de témoigner au procès. Une fois le procès terminé, le juge aura à statuer sur la culpabilité du présumé agresseur et, dans le cas d'un verdict de culpabilité, la dernière étape sera celle où le juge rendra la sentence.

### 1.3.1 Cheminement d'une plainte adressée aux services policiers

Dans les prochaines lignes, nous examinerons certaines données nord-américaines offrant un aperçu du cheminement, à l'intérieur du système judiciaire, des plaintes pour agression sexuelle envers un enfant. Il s'agit du nombre de plaintes policières, du nombre de dossiers référés au substitut du procureur de la couronne, du nombre de ceux qui sont référés à l'enquête préliminaire par la couronne, du nombre de dossiers qui mènent à un procès et du nombre d'enfants témoignant à l'enquête préliminaire ou au procès. Notons que nous n'avons aucune donnée québécoise sur ces aspects.

#### Cas référés par les policiers au substitut du procureur de la couronne

La proportion des plaintes policières concernant des enfants agressés sexuellement qui sont référées au substitut du procureur de la couronne varie de 25% à 62% selon les études examinées (Hornick & Bolitho, 1992 : voir Schmolka, 1992; Martone et al., 1996; Oates et al., 1995; Sauzier, 1989). Par exemple, au Canada, une étude portant sur les dispositions relatives à l'exploitation sexuelle des enfants dans certaines villes (Edmonton, Calgary, Régina, Saskatoon et Hamilton) rapporte que de 25% à 46% des plaintes policières sont acheminées au procureur de la couronne (Hornick & Bolitho, 1992 : voir Schmolka, 1992). Le taux fourni par les études américaines est supérieur : un peu plus de la moitié des plaintes sont référées au substitut du procureur de la couronne.

#### Cas retenus par le substitut du procureur de la couronne et acheminés vers l'enquête préliminaire

Environ les deux tiers des plaintes policières référées au substitut du procureur de la couronne sont retenues par celui-ci pour une enquête préliminaire (Chapman & Smith, 1987; Cross, Whitcomb, & De Vos, 1995; King, Hunter, & Runyan, 1988; Martone et al., 1996; Oates et al., 1995).

#### Cas dirigés vers un procès et témoignage de l'enfant à l'enquête préliminaire

La grande majorité des dossiers acceptés par le substitut du procureur de la couronne sont acheminés au juge en vue d'un procès - les taux varient de 83% à 90% (Chapman &

<sup>4</sup> Les étapes peuvent varier d'une juridiction à l'autre. Par exemple, alors qu'au Québec le substitut du procureur de la couronne autorise le policier à intenter des poursuites, cette procédure n'existe pas dans les autres provinces canadiennes. De même, l'enquête préliminaire n'a pas la même fonction au Québec et aux États-Unis.

Smith, 1987; Cross et al., 1995; Goodman et al., 1992; Martone et al., 1996; Oates et al., 1995; Sauzier, 1989; Smith et al., 1993 : voir Cross et al., 1995). Parmi les cas acceptés par le substitut du procureur de la couronne, la proportion des enfants qui ont témoigné à l'enquête préliminaire serait d'environ 25% (Cross et al., 1995; Oates et al., 1995).

#### Cas acheminés pour un procès et témoignage de l'enfant durant le procès

Sur l'ensemble des plaintes policières soumises au substitut du procureur de la couronne, une faible minorité de dossiers se rendront jusqu'au procès, soit moins de 15% (Chapman & Smith, 1987; Cross et al., 1995; Goodman et al., 1992; Gray, 1993; Smith et al., 1993 : voir Cross et al., 1995; Tjaden & Thoennes, 1992). La très grande majorité des dossiers référés pour un procès à la suite de l'enquête préliminaire se concluront par un plaidoyer de culpabilité de la part de l'agresseur (souvent à la suite de négociations concernant une réduction des charges criminelles), soit environ 80% des dossiers (Chapman & Smith, 1987; Cross et al., 1995; Goodman et al., 1992; Gray, 1993; Smith et al., 1993 : voir Cross et al., 1995; Sas, Hurley, Hatch, Malla, & Dick, 1993; Tjaden & Thoennes, 1992). Un procès n'aura donc lieu que pour environ 20% des dossiers transmis pour un procès.

Sur l'ensemble des plaintes policières reçues, on constate que moins de 10% des enfants auront à témoigner durant le procès (Berliner & Conte, 1995; Conte, 1987; Cross et al., 1995; DeJong & Rose, 1991; Lipovsky, 1994; Rogers, 1982; Martone et al., 1996; Oates et al., 1995). Ce taux varie de 10% à 28% lorsque l'on considère l'ensemble des enfants dont les dossiers sont transmis au substitut du procureur de la couronne pour une enquête préliminaire (Goodman et al., 1992; Lipovsky et al., 1992).

Par exemple, dans l'échantillon de Sas et al. (1993) comprenant 120 enfants référés à un programme de préparation à la cour, 39% de ceux-ci n'ont jamais témoigné et 9% ont témoigné à l'enquête préliminaire mais n'ont pas témoigné au procès. Ces résultats sont expliqués par le plaidoyer de culpabilité de l'agresseur ou par l'arrêt des procédures par la couronne. Au total, 38% des enfants ont témoigné à l'enquête préliminaire et au procès. Dans une étude semblable auprès d'un échantillon d'enfants (N = 67) dont la cause devait aller en procès, Burgess, Hartman, Kelley, Grant et Gray (1990) ont rapporté que seuls 25% des enfants ont eu à témoigner.

#### 1.3.2 Caractéristiques des situations influençant la poursuite des démarches judiciaires

Plusieurs études se sont penchées sur les caractéristiques des dossiers d'agression sexuelle envers un enfant qui sont engagés dans le processus judiciaire, c'est-à-dire qui sont susceptibles de se rendre jusqu'au procès. Au niveau de la plainte policière, l'incapacité ou la réticence de la victime (ou de ses parents) à témoigner de même que l'insuffisance de preuves sont les principaux facteurs influençant la poursuite des démarches judiciaires (Hornick & Bolitho, 1992 : voir Schmolka, 1992; Sas, Austin, Wolfe, & Hurley, 1991). D'autres caractéristiques des dossiers sont également susceptibles d'influencer les décisions prises à chacune des étapes du processus judiciaire. Les dossiers (toutes formes de mauvais traitement confondus) qui parcourent l'ensemble du processus judiciaire présentent souvent les caractéristiques suivantes :

- 1) les situations d'agression sexuelle sont plus susceptibles d'être impliquées dans le processus judiciaire que les autres formes de mauvais traitements (Tjaden & Thoennes, 1992);
- 2) les enfants sont plus âgés (Cross & De Vos, 1990 : voir Cross, De Vos, & Whitcomb, 1994; Cross et al., 1994; Gray, 1993; Sas et al., 1991; Tjaden & Thoennes, 1992; Trocmé & Tourigny, soumis; Whitcomb et al., 1991);
- 3) ils impliquent des agresseurs sans lien de parenté avec l'enfant (Cross et al., 1994; Gray, 1993; Tjaden & Thoennes, 1992);
- 4) les agressions sexuelles se caractérisent par une grande fréquence, une longue durée et l'utilisation de la force (Cross & De Vos, 1990 : voir Cross et al., 1994; Cross et al., 1994; Gray, 1993; Tjaden & Thoennes, 1992; Trocmé & Tourigny, soumis; Whitcomb, 1991);
- 5) le dévoilement s'est fait auprès d'un ami ou d'une connaissance plutôt qu'auprès d'un membre de la famille ou d'un professionnel (Cross et al., 1994) ou le signalement provient des policiers ou de la victime elle-même (Trocmé & Tourigny, soumis);
- 6) l'enquête a été réalisée d'abord par les policiers plutôt que par les agences sociales (Cross et al., 1994);
- 7) des preuves physiques ou la présence d'un témoin oculaire venaient corroborer le témoignage de l'enfant (Cross et al., 1994; Gray, 1993);
- 8) le cas a été confirmé par l'agence de protection (Trocmé & Tourigny, soumis);
- 9) l'enfant a bénéficié d'un plus grand soutien maternel et il montrait moins de détresse psychologique (Cross et al., 1994).

Une étude type ayant permis d'étudier les liens entre les caractéristiques des cas et leur acceptation par le substitut du procureur de la couronne est celle de Cross, De Vos et Whitcomb (1994). Ces derniers ont recueilli des données dans les dossiers de 431 enfants âgés entre 4 et 18 ans et référés au substitut du procureur de la couronne d'un État américain durant les années 1988 et 1989. Ils ont également interviewé les mères et les enfants dans le cas de 289 dossiers. Les analyses statistiques ont permis d'identifier les variables suivantes comme ayant une valeur prédictive relativement à l'acceptation des cas par le substitut du procureur de la couronne : un âge plus avancé des enfants, le fait d'avoir vécu une agression sexuelle avec un contact oral/génital, l'utilisation de la force durant les agressions, une plus grande durée des agressions sexuelles, l'existence de preuves directes corroborant le fait des agressions, un plus grand soutien maternel spécifique et moins de problèmes de comportement internalisés. Les auteurs concluent en mentionnant que leurs résultats suggèrent que les enfants les plus vulnérables (les plus jeunes, ceux qui vivent davantage de détresse psychologique par suite des agressions, ceux qui ont le moins de soutien maternel et ceux qui ont été agressés au sein de leur famille) sont ceux que le système judiciaire protège le moins.

L'ensemble des données ayant trait au cheminement des plaintes dans le processus judiciaire doivent être examinées à titre indicatif seulement, car elles démontrent entre autres la grande variabilité qui existe entre les différentes juridictions canadiennes, américaines et

européennes. De plus, nous avons très peu de données précises sur ce phénomène. Par exemple, bien qu'il soit clair que très peu d'enfants dont la plainte a été déposée à la police auront à témoigner durant le procès, nous n'avons pas une idée exacte du nombre d'enfants qui sont interrogés par les policiers, par le substitut du procureur de la couronne et par le juge lors de l'enquête préliminaire.

#### 1.4 Séquelles psychologiques et comportementales à court terme des agressions sexuelles envers les enfants

Plusieurs recherches ont examiné les séquelles psychologiques des agressions sexuelles envers les enfants. Bien que les résultats ne soient pas toujours homogènes, les chercheurs ont démontré que les enfants agressés sexuellement présentent plus de symptômes psychologiques que les enfants normaux n'ayant pas été agressés sexuellement (Kendall-Tackett, Meyer-Williams, & Finkelhor, 1993). Toutefois une difficulté majeure dans ce domaine de recherche est d'arriver à déterminer la source exacte des difficultés psychologiques que les enfants agressés sexuellement manifestent (Mannarino, Cohen, & Berman, 1994). La littérature scientifique actuelle propose trois grandes catégories de facteurs pouvant expliquer les séquelles psychologiques rencontrées chez les victimes d'agressions sexuelles. La première catégorie de facteurs concerne les caractéristiques des agressions sexuelles elles-mêmes (par exemple, le type, le degré de gravité, la durée des agressions sexuelles) et les caractéristiques des victimes (par exemple, l'âge, le sexe et l'évaluation subjective que fait l'enfant de l'agression sexuelle, ses stratégies d'adaptation, etc.). Plusieurs recherches ont examiné les liens pouvant exister entre ces caractéristiques et les séquelles psychologiques.

La seconde catégorie de facteurs pouvant influencer l'état psychologique des victimes a trait aux événements qui surviennent après l'agression sexuelle, plus précisément après son dévoilement (par exemple, les réactions lors du dévoilement, la thérapie, le témoignage en cour, l'examen médical, etc.). Ce sont les facteurs de cette seconde catégorie qui font l'objet de la présente recension (voir le chapitre 2).

La dernière catégorie de facteurs est constituée d'événements ou de conditions qui précèdent l'agression sexuelle. En effet, certains chercheurs et cliniciens ont souligné qu'il était possible que les séquelles psychologiques manifestées par les enfants victimes d'agressions sexuelles soient, à tout le moins partiellement, dues à des conditions qui existaient avant les agressions sexuelles. Par exemple, certains facteurs de risque des agressions sexuelles identifiés dans la littérature (Tourigny, 1991), comme la séparation des parents, l'absence prolongée d'un parent dans les premières années de vie de l'enfant, les conflits parentaux importants, peuvent en eux-mêmes avoir des effets négatifs sur le développement des enfants. D'autres facteurs comme certains événements stressants ou des difficultés psychiatriques vécus durant l'enfance peuvent également augmenter la vulnérabilité des enfants (Mannarino et al., 1994). En somme, il est possible que certains facteurs qui précèdent l'agression sexuelle contribuent au développement des séquelles psychologiques chez les victimes d'agressions sexuelles. Très peu de recherches se sont toutefois penchées sur le rôle de ces facteurs. L'étude de Mannarino, Cohen et Berman (1994) est l'une d'elles et elle vient appuyer l'hypothèse selon laquelle ces facteurs jouent un rôle important. Ces auteurs ont effectivement constaté que la détresse psychologique des enfants agressés

sexuellement était liée à des problèmes de développement et des problèmes psychiatriques présents avant les agressions sexuelles.

Il est donc important de garder en tête, lors de l'évaluation de l'état psychologique des enfants victimes d'agressions sexuelles, que l'ensemble de ces facteurs peut contribuer au développement des symptômes psychologiques ou des problèmes de comportement observés. Il semble donc inadéquat d'analyser les symptômes psychologiques uniquement en termes de séquelles résultant de l'agression sexuelle.

#### 1.4.1 Principaux symptômes psychologiques et comportementaux manifestés par les enfants victimes d'agressions sexuelles

Les recherches sur les conséquences des agressions sexuelles envers les enfants montrent qu'aucun profil n'émerge et que les symptômes peuvent varier grandement d'un enfant à l'autre (Haugaard & Reppucci, 1988; Kendall-Tackett et al., 1993). Les enfants agressés sexuellement présentent généralement plus de symptômes psychologiques que les enfants normaux (Kendall-Tackett et al., 1993). Par contre, à l'exception des comportements sexuels inappropriés et du stress post traumatique, les enfants agressés sexuellement manifestent moins de symptômes psychologiques que les enfants n'ayant pas été agressés sexuellement mais suivis dans une clinique pour différents problèmes psychologiques ou comportementaux (Kendall-Tackett et al., 1993).

Les principaux symptômes psychologiques ou comportementaux actuellement identifiés dans les recherches sont les comportements sexuels inappropriés, la dépression, l'anxiété, les problèmes de comportement en général (dont l'agressivité et les comportements autodestructeurs), les problèmes scolaires, la faible estime de soi et le stress post traumatique (Kendall-Tackett et al., 1993). La recension de Kendall-Tackett et al. (1993) démontre toutefois que parmi les 45 recherches qu'ils ont identifiées, la proportion d'enfants victimes d'agressions sexuelles qui présentent un symptôme spécifique se situe entre 20% et 30%, sauf pour ce qui est du stress post traumatique. Autrement dit, aucun des symptômes n'est présent chez la majorité des victimes d'agressions sexuelles. De plus, cette recension a montré qu'un certain pourcentage des enfants agressés sexuellement, près du tiers, sont asymptomatiques lors de l'évaluation (Kendall-Tackett et al., 1993). Ces mêmes auteurs ont avancé quelques hypothèses sur les raisons pouvant expliquer ce dernier résultat : la difficulté de détecter les séquelles avec les instruments de mesure utilisés, le fait que certains enfants soient effectivement sans symptôme parce qu'ils ont vécu des agressions mineures et qu'ils ont reçu un soutien adéquat, le fait que les symptômes se soient déjà manifestés avant l'évaluation de l'enfant ou que certains symptômes ne se manifesteront que plus tard, en fonction du stade de développement de l'enfant (par exemple à l'adolescence, lors des premières relations amoureuses ou des relations sexuelles).

Nous avons relevé une quinzaine d'études longitudinales portant sur l'évolution de l'état psychologique des enfants agressés sexuellement et signalés aux services de protection de l'enfance (Bentovim, van Elburg, & Boston, 1988; Conte, 1987; Dubowitz, Black, Harrington, & Verschoore, 1993; Friedrich & Reams, 1987; Gomes-Schwartz et al., 1990; Goodman et al., 1992; Leifer & Shapiro, 1995; Mannarino, Cohen, Smith, & Moore-Motily, 1991; Runyan, Everson, Edelson, Hunter, & Coulter, 1988; Tebbutt, Swanston, Oates, & O'Toole, 1997; Tourigny, Péladeau, & Doyon, 1993; Waterman & Kelly, 1993; Whitcomb et al., 1991). De

façon générale, ces études suggèrent que la majorité des enfants victimes d'agression sexuelle montrent une amélioration de leur fonctionnement psychologique à la suite du signalement de leur situation (Kendall-Tackett et al., 1993; King, Hunter, & Runyan, 1988; Leifer & Shapiro, 1995). Toutefois, un certain pourcentage des victimes (entre 10% et 41%) voient leur fonctionnement psychologique se détériorer à la suite du signalement (Kendall-Tackett et al., 1993; Tebbutt et al., 1997; Tourigny, 1997). Quelques études n'ont constaté aucun changement significatif de l'état psychologique (principalement en ce qui concerne les problèmes de comportement) d'un certain nombre d'enfants, sur des périodes variant de quelques mois à 60 mois après le dévoilement de l'agression sexuelle (Dubowitz et al., 1993; Leifer & Shapiro, 1995; Tebbutt et al., 1997; Whitcomb et al., 1991). Tebbutt et al. (1997) ont suivi, sur une période de cinq ans, l'évolution psychologique de 68 enfants agressés sexuellement. Ces auteurs concluaient qu'il n'y avait aucun changement patent en ce qui concerne le niveau moyen de dépression, d'estime de soi ou de problèmes comportementaux entre la première mesure et cinq ans plus tard. Cinq ans après le début de la prise en charge, 48% des enfants étaient tristes ou dépressifs, 41% avaient une faible estime de soi et 47% montraient des problèmes de comportement. En termes de changements dans le temps, 44% des enfants qui étaient dépressifs légers au début ont vu leur état s'améliorer cinq ans après, mais une proportion semblable des enfants qui étaient sans symptôme au début de la prise en charge ont vu leur état se détériorer dans les cinq ans qui ont suivi (41%). Le même phénomène s'est produit pour l'estime de soi et les problèmes de comportement de ces enfants.

#### En résumé

Dans un premier temps, l'ensemble des données présentées dans ce chapitre nous permet de conclure que, compte tenu des taux de prévalence des agressions sexuelles envers les enfants et des données provenant des DPJ, seule une minorité d'enfants agressés sexuellement au Québec sont susceptibles de recevoir des services des centres jeunesse. De même, seulement une minorité d'agresseurs risquent d'être condamnés par suite d'une agression sexuelle envers un enfant.

Deuxièmement, les données présentées dans ce chapitre mettent en évidence la diversité des trajectoires pouvant être empruntées par des enfants victimes d'agressions sexuelles dont la situation est portée à l'attention des services sociaux et judiciaires. En effet, la diversité des symptômes psychologiques et comportementaux, l'évolution distincte de ces symptômes chez chaque enfant, viennent corroborer la présence de trajectoires variées influencées par une série d'événements dont ceux que nous verrons dans le prochain chapitre.

## Chapitre 2

### Principaux événements pouvant survenir à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle envers un enfant et leurs conséquences sur ce dernier

Ce chapitre présente une synthèse des résultats de recherches ayant examiné les conséquences, sur les victimes, des principaux événements pouvant survenir à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle envers un enfant. Nous parlerons plus précisément des enfants dont la situation a été portée à l'attention des services sociaux ou judiciaires puisque les recherches ne portent que sur ce groupe d'enfants. Les résultats ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble des enfants agressés sexuellement. Les différents événements ne sont pas présentés dans un ordre chronologique, nous avons plutôt regroupé les événements survenant dans le milieu familial pour ensuite présenter les événements liés aux différents systèmes sociaux et judiciaires.

#### 2.1 Dévoilement de l'agression sexuelle

Les recherches indiquent que, pour l'enfant, le dévoilement d'une agression sexuelle est un processus particulièrement complexe : il consiste parfois en un mélange de dénégations, de révélations complètes ou partielles et de rétractations de la part de la victime (Elliott & Briere, 1994; Gonzalez, Waterman, Kelly, McCord, & Oliveri, 1993; Sorensen & Snow, 1991). De plus, l'expérience clinique et les recherches montrent que le dévoilement doit davantage être examiné comme un processus plutôt qu'un événement : la volonté de dévoiler l'agression et de préciser la nature exacte de cette agression sexuelle augmente généralement avec le temps (Sorensen & Snow, 1991).

Selon les études consultées, bien qu'une majorité des victimes connues des services de protection aient dévoilé l'agression sexuelle dont elles avaient été victimes (Elliott & Briere, 1994; Testa, Miller, Downs, & Panek, 1992), moins de la moitié des enfants dévoileraient intentionnellement cette agression sexuelle (Elliott & Briere, 1994; Nagel, Putman, Noll, & Trickett, 1997). Une certaine proportion d'enfants dévoileraient plutôt à la suite d'un événement déclencheur ou de façon accidentelle (Nagel et al., 1997). Enfin, certains enfants ne dévoileront pas directement l'agression sexuelle mais seront plutôt dépistés par des personnes de leur entourage, en raison de leur comportement ou de l'existence de séquelles physiques.

Certaines recherches ont démontré que les facteurs tels que le QI, la race, le statut socio-économique de la famille, l'occupation et le niveau d'éducation des parents ne sont pas des facteurs associés aux caractéristiques du dévoilement de l'agression sexuelle chez les enfants (Nagel et al., 1997; Sauzier, 1989; Sorensen & Snow, 1991). Par contre, l'âge en est un : les enfants plus jeunes sont plus susceptibles de dévoiler l'agression sexuelle accidentellement (Campis, Hebden-Curtis, & Demaso, 1993; DeYoung, 1987; Nagel et al., 1997).

Les études tendent à démontrer que le type de dévoilement est lié à une évolution distincte de l'état psychologique des enfants victimes d'agression sexuelle. En effet, toutes les études que nous avons identifiées ont montré que les enfants qui ont dévoilé l'agression sexuelle présentaient un niveau plus élevé de symptômes psychologiques que les enfants qui n'ont pas dévoilé l'agression sexuelle (Berliner & Conte, 1995; Dubowitz et al., 1993; Elliott & Briere, 1994; Gomes-Schwartz et al., 1990; Nagel et al., 1997). Par exemple, l'étude de Nagel et al. (1997) a montré qu'un an après le dévoilement, les enfants (N = 68) pour qui le dévoilement a été intentionnel sont plus anxieux et ont de moins bonnes habiletés d'adaptation que les enfants pour qui cela est arrivé à la suite d'un événement déclencheur ou de façon accidentelle. Lors des analyses statistiques, les chercheurs ont contrôlé les variables suivantes : la durée de l'agression sexuelle, la thérapie reçue et l'âge de l'enfant.

De même, Elliott et Briere (1994) ont examiné quels étaient les facteurs (individuels, familiaux, liés aux agressions sexuelles et à la symptomatologie) pouvant prédire la décision rendue par les services de protection de l'enfance (faits fondés, non fondés et soupçonnés) suite à l'évaluation d'un signalement d'enfant agressé sexuellement. Trois cent quatre-vingt-dix neuf (399) enfants ont été examinés par une équipe multidisciplinaire. Les résultats ont montré que : 1) les enfants agressés sexuellement qui ont dévoilé eux-mêmes l'agression (partiellement ou totalement) présentaient le niveau de symptômes le plus élevé; 2) les enfants agressés sexuellement (faits fondés) qui n'avaient pas dévoilé eux-mêmes l'agression présentaient le niveau de symptômes le moins élevé (en fait, il y avait absence de symptômes); et 3) les enfants non agressés (faits non fondés) présentaient un niveau de symptômes intermédiaire. De plus, comparativement aux enfants n'ayant pas dévoilé, les enfants ayant dévoilé intentionnellement l'agression avaient des mères qui leurs donnaient plus de soutien et ils étaient signalés moins souvent par une source mandatée par la loi.

Pour leur part, Dubowitz et al. (1993) ont évalué 93 enfants ayant été agressés sexuellement afin de déterminer le rôle des caractéristiques de l'agression sexuelle (le lien victime/agresseur, l'âge de l'enfant, le type d'agression, le lieu de résidence de l'agresseur, les preuves physiques de l'agression et le fait que l'enfant ait dévoilé lui-même ou non), dans le développement des problèmes de comportement. Les analyses n'ont montré qu'une seule corrélation statistiquement significative : les enfants qui avaient dévoilé intentionnellement l'agression sexuelle présentaient davantage de problèmes de comportement que ceux qui n'avaient pas dévoilé eux-mêmes l'agression. Toutefois leurs analyses de régression visant à prédire les problèmes de comportement n'ont retenu aucune des variables à l'étude.

Les chercheurs ont soulevé plusieurs hypothèses pouvant expliquer ces résultats. Il faut noter que dans toutes les études, la mesure de l'état psychologique de l'enfant vient toujours après le dévoilement, ce qui fait que deux grandes catégories d'hypothèses sont possibles : 1) l'enfant présentait des problèmes psychologiques avant le dévoilement, ce qui peut faire en sorte, par exemple que ces problèmes ont pu attirer l'attention de l'entourage et ainsi faciliter le dévoilement; et 2) il est également possible que le dévoilement ait pour effet d'augmenter la détresse psychologique de l'enfant car ce dernier se sentirait une plus grande responsabilité et se blâmerait davantage relativement aux événements qui surviennent par suite du dévoilement. Ceci pourrait conduire à une augmentation de l'anxiété et à des difficultés d'adaptation au fur et à mesure que les conséquences du dévoilement apparaissent (par exemple, les changements dans la composition familiale, les réactions des membres de la famille, le processus judiciaire,

etc.). (Dubowitz et al., 1993; Nagel, Putman, Noll, & Trickett, 1997). Une autre hypothèse plausible pour expliquer l'effet négatif du dévoilement sur l'adaptation psychologique des enfants serait le fait que pour une partie des enfants, les réactions de l'entourage sont inadéquates, augmentant ainsi la détresse psychologique des enfants (voir la section 2.1.1).

Bien que quelques études auprès d'enfants agressés sexuellement suggèrent un lien entre le fait de dévoiler ou non l'agression sexuelle et l'état psychologique, les études auprès de femmes survivantes d'agressions sexuelles durant l'enfance n'ont constaté aucune relation entre ces deux variables (Bagley & Ramsey, 1986 ; Finkelhor, 1979 ; Testa et al., 1992). Par exemple, Testa et al. (1992) ont examiné le lien entre l'adaptation psychologique des femmes (N = 231), d'une part, et le délai entre le moment de l'agression sexuelle et son dévoilement, d'autre part. Le délai de dévoilement a été catégorisé ainsi : 1) le dévoilement survenant immédiatement après l'agression, 2) celui fait durant l'enfance c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans, 3) le dévoilement survenant à l'âge adulte, et 4) l'agression sexuelle n'ayant jamais été dévoilée. Leurs résultats ont montré que le délai dans le dévoilement de l'agression sexuelle (incluant le fait de ne pas dévoiler) n'est pas lié à la détresse psychologique ni à l'estime de soi des femmes. En somme, à long terme, le dévoilement ou le non-dévoilement de l'agression sexuelle n'aurait plus d'effets sur le fonctionnement psychologique des victimes.

### 2.1.1 Réactions immédiates de l'entourage au dévoilement

L'augmentation des symptômes psychologiques lors du dévoilement pourrait s'expliquer entre autres par le fait que le dévoilement de l'agression fait en sorte que la victime reprend contact avec l'expérience traumatisante et les émotions associées à cette expérience. De plus, il est également possible que le dévoilement de l'agression entraîne des réactions négatives de la part de l'entourage, ces réactions pouvant avoir un effet sur l'adaptation psychologique de la victime. Plusieurs recherches, tant auprès d'enfants agressés sexuellement qu'auprès d'adultes agressés sexuellement durant l'enfance, démontrent que les réactions de l'entourage lors du dévoilement d'une agression sexuelle ne sont pas toujours appropriées et peuvent entraîner divers sentiments négatifs chez la victime (Ageton, 1983; McNulty & Wardle, 1994; Testa et al., 1992; Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993).

Par exemple, Testa et al. (1992) ont réalisé une étude auprès de 133 femmes ayant dévoilé l'agression sexuelle subie : 40% des femmes ont mentionné que les réactions au dévoilement ont constitué une aide, 32% ont souligné que les réactions ont été négatives et 29% ont rapporté des réactions ambiguës. Ageton (1983), dans une étude longitudinale auprès d'adolescentes américaines dont certaines ont vécu des agressions sexuelles commises par des pairs, conclut que les réactions des personnes à qui l'agression sexuelle est dévoilée sont généralement de soutenir et rassurer, et que les relations amoureuses des victimes ne sont pas sérieusement affectées par le dévoilement de l'agression sexuelle. Cependant, l'auteure souligne que 5% des victimes vivent du rejet ou ne sont pas cru lors du dévoilement, 17% sont blâmées par la personne à qui elles dévoilent et 25% vivent de l'agressivité de la part du confident. Enfin, 20% des amoureux des victimes réagissent par de l'agressivité et blâment la victime lors du dévoilement de l'agression sexuelle.

L'étude de Everill et Waller (1995) a été réalisée auprès de 69 femmes étudiantes universitaires dont 71% avaient été agressées sexuellement durant l'enfance. Parmi les victimes, 69% (34/49) ont rapporté avoir tenté de dévoiler l'agression et 21% d'entre elles ont

reçu une réponse inadéquate. Les résultats montrent que les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance qui présentent le plus de problèmes de dissociation et de dénigrement de soi sont celles qui ont vécu des réactions inadéquates lors du dévoilement. Deux autres études appuient l'hypothèse que les réactions négatives ou inadéquates lors du dévoilement d'une agression sexuelle sont liées à un plus grand risque de détresse psychologique ou de problèmes d'adaptation psychologique (Berliner & Conte, 1995; Waller & Ruddock, 1993).

## 2.2 Soutien maternel<sup>5</sup>

Il a été démontré que le soutien maternel (spécifiquement lié à l'agression sexuelle) apporté à l'enfant victime d'agression sexuelle et l'état émotionnel de la mère influenceraient l'adaptation psychosociale des enfants (Adams-Tucker, 1982; Conte & Schuerman, 1987; Friedrich et al., 1988; Oates et al., 1994; Paradise, Rose, Sleeper, & Nathanson, 1994; Wyatt & Mickey, 1987). Une meilleure qualité de la relation mère/enfant serait liée à une amélioration de l'état psychosocial des enfants alors que le lien entre la détresse psychologique de la mère et l'adaptation psychologique de l'enfant est encore à démontrer (Oates et al., 1994; Paradise et al., 1994). Dans cette section, nous présenterons donc les résultats des études portant sur le soutien maternel (et exceptionnellement le soutien paternel). Après avoir décrit brièvement la nature du soutien maternel dans le contexte des situations d'enfants victimes d'agressions sexuelles connues des services de protection de l'enfance, nous présenterons la synthèse des études qui ont exploré le lien entre le soutien maternel (et quelques autres caractéristiques liées à la mère) et le fonctionnement psychosocial des enfants. Enfin, nous ferons la synthèse des recherches sur les principaux facteurs associés au soutien maternel dans le contexte des agressions sexuelles envers les enfants.

### 2.2.1 Nature du soutien maternel

Thériault et al. (1997) distinguent deux grandes formes de soutien maternel apporté à l'enfant victime d'agression sexuelle : le soutien maternel général et le soutien maternel spécifique à la situation d'agression sexuelle. La première forme de soutien concerne la relation de soutien entre la mère et l'enfant et se définit "par le niveau d'affection, d'acceptation exprimée par la mère, la fréquence des échanges positifs et l'aide apportée lorsque l'enfant vit une difficulté (Esparza, 1993; Lovett, 1995; Spaccarelli et Kim, 1995). Ce soutien n'est pas directement lié à la situation d'abus" (p. 148).

La seconde forme de soutien concerne spécifiquement la situation d'agression sexuelle. Thériault et al. (1997) soulignent que pour certains auteurs, ce soutien est conceptualisé d'une façon globale, c'est-à-dire comme étant présent ou absent, positif ou négatif, sans autres précisions sur la façon de le définir (Testa et al., 1992; Wyatt & Mickey, 1987). D'autres auteurs ont plutôt tendance à conceptualiser le soutien maternel en considérant plusieurs dimensions, dont le fait que la mère croie ou non le dévoilement de l'enfant, qu'elle lui offre un soutien émotif, qu'elle entreprenne des actions pour le protéger de l'agresseur et qu'elle fasse appel à des services pouvant aider l'enfant (Runyan et al., 1992; Thériault et al., 1997;

<sup>5</sup> Le contenu de cette section sur le soutien maternel provient principalement du texte de Thériault, Cyr et Wright (1997) bien que d'autres textes aient été consultés et complètent cette recension. Le lecteur peut s'y référer pour avoir plus de détails.

Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993). En somme, il est important de retenir qu'actuellement le soutien maternel présente encore des difficultés de conceptualisation et de mesure dans le contexte de la recherche sur les agressions sexuelles envers les enfants (Thériault et al., 1997). Pour des raisons de simplification, nous ne distinguerons pas les diverses formes de soutien maternel, nous considérerons plutôt ce facteur comme regroupant un ensemble de réalités dont le soutien spécifique et général tels que définis par Thériault et al. (1997). D'autres indicateurs de soutien parental seront également abordés comme : la perception de l'enfant concernant sa relation avec le parent, la perception de l'enfant vis-à-vis des réactions de sa mère, les stratégies d'adaptation des parents à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle, etc.

Avant d'examiner le rôle du soutien maternel sur l'évolution psychologique des enfants victimes d'agression sexuelle, il est important de préciser l'ampleur ou la fréquence du soutien maternel offert aux enfants. Dans un premier temps, le fait de croire les allégations de l'enfant semble la dimension du soutien maternel la plus présente. Les études examinées par Thériault et al. (1997) et par notre recension montrent que de 57% à 87% des mères croient à l'existence des agressions sexuelles envers leur enfant (Deblinger, Lippman, Stauffer, & Finkel, 1994; DeYoung, 1994; Elbow & Mayfield, 1991; Elliott & Briere, 1994; Heriot, 1996; Leifer, Shapiro, & Kassem, 1993; Lovett, 1995; Pellegrin & Wagner, 1990; Pierce & Pierce, 1985; Sirls & Franke, 1989; Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993; Wilson, 1995; Wright et al., 1997). Les autres dimensions du soutien sont toutefois moins présentes. Par exemple, de 43% à 57% des mères vont poser des gestes concrets pour protéger l'enfant de d'autres agressions sexuelles (Heriot, 1996; Leifer et al., 1993; Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993) alors qu'une plus faible proportion d'entre elles vont entreprendre des démarches d'aide pour l'enfant (Runyan et al., 1992; Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993). Par exemple, Runyan et al. (1992) ont observé que, généralement, les mères croient l'aveu de leur enfant et agissent de façon à le protéger de l'agresseur, mais qu'elles sont moins actives en ce qui concerne le soutien émotif et la recherche de soutien professionnel.

Une étude de Heriot (1996), réalisée auprès d'un échantillon de 118 d'enfants agressés sexuellement par un membre de leur famille, a montré que 75% des mères avaient cru l'enfant. Des proportions plus faibles avaient offert un soutien émotif (68%) ou avaient posé des actions pour séparer l'enfant de l'agresseur (57%). Dans une étude auprès de 287 victimes d'agressions sexuelles utilisant une ligne d'écoute téléphonique, Tourigny, Péladeau et Bouchard (1993) ont obtenu des résultats similaires bien que les proportions soient inférieures. Leurs résultats ont montré que près d'un tiers des dévoilements d'agressions sexuelles avaient été faits auprès d'un parent de la victime. De ces 60 dévoilements : 57% avaient été cru par le parent; 43% des parents avaient mis en place des moyens pour éviter que l'enfant soit agressé à nouveau; et seulement 18% des dévoilements aux parents avaient mené à une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux. Les proportions plus faibles obtenues dans cette étude pourraient tenir au fait que la majorité des enfants de cet échantillon n'étaient pas connus des services sociaux. En effet, les enfants dont les parents ne croient pas à l'existence de l'agression sexuelle et ne font rien pour aider l'enfant sont moins susceptibles de venir à l'attention des professionnels et de la DPJ.

Finalement, quelques études suggèrent que le soutien maternel serait plus important dans le contexte des agressions sexuelles extrafamiliales que dans le cas d'agressions

intrafamiliales (Sas et al., 1993). En effet, Sas et al. (1993) ont rapporté que dans le contexte des agressions sexuelles intrafamiliales, le soutien maternel a été classé : 1) comme "hostile à l'enfant" dans 15% des cas comparativement à 0% dans le cas des agressions extrafamiliales; 2) comme "ambivalent" dans 38% des cas (versus 18% pour les agressions extrafamiliales); et 3) comme "adéquat" dans 48% des cas intrafamiliaux comparativement à 82% des cas d'agressions extrafamiliales.

L'ensemble de ces études démontrent donc que dans la majorité des situations d'agressions sexuelles les enfants reçoivent une certaine forme de soutien de la part de la figure maternelle. Une minorité d'enfants, environ le quart, ne reçoivent toutefois aucun soutien ou subissent des réactions inadéquates ou négatives, comme le fait de ne pas être cru ou d'être blâmé pour l'agression sexuelle (Everson, Hunter, Runyan, Edelsohn, & Coulter, 1989; Gomes-Schwartz et al., 1990; Leifer et al., 1993; Sirls & Franke, 1989; Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993).

### 2.2.2 Effets du soutien maternel sur l'évolution psychologique de l'enfant

Il existe un peu plus d'une vingtaine d'études ayant examiné les effets du soutien de la mère (exceptionnellement certaines études se sont intéressées au soutien paternel) sur l'adaptation psychologique des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans leur recension des études portant sur le soutien maternel (spécifique ou général) de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle, Thériault et al. (1997) ont identifié 15 recherches sur ce sujet (Adams-Tucker, 1982; Conte & Schuerman, 1987; Esparza, 1993; Everson et al., 1989; Everill & Waller, 1995; Fromuth, 1986; Gold, Milan, Mayall, & Johnson, 1994; Hazzard, Celano, Gould, Lawry, & Webb, 1995; Johnson & Kenkel, 1991; Leifer et al., 1993; Lovett, 1995; Morrow & Sorell, 1989; Spaccarelli & Kim, 1995; Testa et al., 1992; Wyatt & Mickey, 1987). Notre propre recension a permis d'identifier sept autres études (Gomes-Schwartz et al., 1990; Goodman et al., 1992; Leifer & Shapiro, 1995; Lipton, 1997; Waterman & Kelly, 1993; Whitcomb et al., 1994; Whitcomb et al., 1991). Comme nous le verrons ci-après, l'ajout de ces dernières études change quelque peu les conclusions que tiraient Thériault et al. (1997) de leur recension.

#### Effets à court terme (2-3 ans après le dévoilement)

Dans leur recension, Thériault et al. (1997) soulignaient que les conclusions des études sur le lien entre le soutien maternel spécifique et l'adaptation à court terme de l'enfant différaient selon que le degré d'adaptation de l'enfant a été mesuré auprès de l'enfant ou auprès du parent. Ces auteurs concluaient, d'une part, que :

"lorsque la symptomatologie de la victime est évaluée auprès de celle-ci, les enfants qui reçoivent un soutien plus élevé démontrent une meilleure adaptation globale, une plus haute estime de soi ainsi qu'un niveau plus bas de dépression (Everson et al., 1989; Johnson & Kenkel, 1991; Morrow & Sorell, 1989)" (Thériault et al., 1997 : p. 152)

Les trois nouvelles études utilisant des mesures auprès de l'enfant, que nous avons recensées, ne montrent pas toutes cette même tendance; deux d'entre elles n'ont pas démontré de lien entre le soutien maternel spécifique et l'adaptation de l'enfant (Gomes-Schwartz et al.,

1990; Leifer & Shapiro, 1995), alors que celle de Waterman et Kelly (1993) rapporte la présence d'un lien entre ces deux variables. Dans une étude longitudinale de 5 ans (comportant également des mesures après 2-3 ans) auprès de 82 enfants agressés sexuellement dans le contexte d'une garderie, Waterman et Kelly (1993) ont constaté qu'environ 2.5 ans après le dévoilement, les enfants avaient plus de problèmes de comportement lorsque : 1) il y avait plusieurs événements stressants vécus par la famille, 2) les parents étaient séparés/divorcés, et 3) la mère offrait peu de soutien. De même, les enfants étaient plus anxieux (*Louiseville Fear Survey* administré à l'enfant) lorsque : 1) le père apportait moins de soutien à l'enfant, et 2) la famille s'était peu mobilisée dans la recherche d'aide pour l'enfant. Quant au fonctionnement global de l'enfant (tel qu'évalué par le thérapeute), un moins bon fonctionnement de l'enfant après 2.5 ans était associé : 1) au fait que la famille s'était peu mobilisée dans la recherche d'aide pour l'enfant, et 2) au fait que l'enfant percevait la relation avec sa mère comme plutôt négative (un indicateur de soutien maternel général). Il s'agit là d'une des seules études à avoir examiné le rôle du soutien paternel.

D'autre part, Thériault et al. (1997) mentionnaient que :

“lorsque l'évaluation de l'adaptation globale de la victime provient du parent non abuseur, les résultats de trois recherches (Everson et al., 1989; Leifer et al., 1993 ; Morrow & Sorell, 1989) sur quatre (Adams-Tucker, 1982) indiquent que le soutien spécifique à l'abus n'est pas lié à l'adaptation de l'enfant.” (p.152)

Les sept nouvelles études que nous avons recensées et ayant mesuré l'adaptation de l'enfant auprès du parent non agresseur ne confirment pas cette tendance. En effet, six d'entre elles démontrent clairement que le soutien maternel adéquat (spécifique dans la plupart des études) diminue à court terme les problèmes de comportement chez l'enfant (Gomes-Schwartz et al., 1990; Goodman et al., 1992; Leifer & Shapiro, 1995; Waterman & Kelly, 1993 ; Whitcomb et al., 1991; Whitcomb et al., 1994) alors qu'une seule recherche n'a identifié aucun lien entre le soutien maternel et les problèmes de comportement à court terme (Lipton, 1997). Dans l'ensemble, la majorité des recherches (7 recherches sur 11) qui ont examiné le lien entre le soutien maternel et les problèmes de comportement tels que mesurés auprès du parent non-agresseur ont démontré que le soutien maternel diminuait, à court terme, les problèmes de comportement des enfants victimes d'agression sexuelle.

Enfin, quatre autres recherches recensées par Thériault et al. (1997) concernant la relation entre le soutien parental général (non spécifique à l'agression) et l'adaptation à court terme de la victime, indiquent toutes, peu importe la source de l'évaluation, que le soutien parental général est lié à une meilleure adaptation à court terme de l'enfant (Conte & Schuerman, 1987; Esparza, 1993; Lovett, 1995; Spaccarelli & Kim, 1995). Oates et al. (1994) de même que Paradise et al. (1994) ont également rapporté qu'une meilleure qualité de la relation mère/enfant serait liée à une amélioration de l'état psychosocial des enfants.

L'ensemble de ces recherches démontrent donc assez clairement qu'il existe un lien étroit entre le soutien maternel et l'évolution psychologique des enfants victimes d'agressions sexuelles. Il est toutefois possible que ces résultats varient quelque peu en fonction de la source d'évaluation de l'adaptation de l'enfant (soit le parent non-agresseur ou la victime) comme le suggèrent Thériault et al. (1997) et comme l'ont discuté plusieurs chercheurs

concernés par la mesure des symptômes chez les enfants agressés sexuellement (Everson et al., 1989; Friedlander, Weiss, & Traylor, 1986; Tourigny, Péladeau, Bouchard, & Doyon, 1998). Ces deux sources de données sont considérées valides mais mesureraient des aspects distincts; les parents rapportant surtout des comportements et des phénomènes extérieurs et les enfants, des états internes (Tourigny, 1997).

Soulignons en terminant que certains chercheurs font une distinction entre le soutien positif (par exemple, croire l'enfant, le protéger) et le soutien négatif (par exemple, des réactions agressives de la mère envers l'enfant, elle le blâme ou elle le rend responsable) et montrent que ce sont surtout les réactions négatives (et non les réactions positives) qui affectent le fonctionnement psychosocial des enfants (Everson et al., 1989; Gomes-Schwartz et al., 1990). D'autres recherches sur le soutien social (non spécifique aux situations d'agression sexuelle envers un enfant) montrent également que ce n'est pas tant le soutien positif qui affecte l'adaptation de la personne mais plutôt les réactions négatives du réseau de soutien (Rook, 1984 : voir Sauzier, 1989; Sandler & Barrera, 1984 : voir Sauzier, 1989).

#### Effets à long terme (5 ans et plus après le dévoilement)

Les recherches concernant l'adaptation à long terme des victimes d'agressions sexuelles ont surtout été menées auprès de femmes ayant été victimes d'agressions sexuelles durant leur enfance et sont de nature rétrospective, c'est-à-dire que le soutien est mesuré selon la perception de la victime et au moment de l'étude. Ces études ne portent toutefois pas toutes exclusivement sur le soutien parental mais certaines considèrent également le soutien reçu lors du dévoilement de la part de la personne à qui l'agression sexuelle a été dévoilée. Quelques recherches ont également été réalisées auprès des enfants, elles sont de nature prospective et le soutien maternel y est mesuré directement auprès de la mère ou d'un professionnel (Tebbutt, Swanston, Oates, & O'Toole, 1997; Waterman & Kelly, 1993).

Les études recensées par Thériault et al. (1997) leur permettent de conclure qu'un soutien spécifique ou général favorise une meilleure adaptation à l'âge adulte (Everill & Waller, 1995; Fromuth, 1986; Gold et al., 1994; Testa et al., 1992) et une diminution des attitudes négatives envers les hommes (Wyatt & Mickey, 1987). Par exemple, l'étude de Testa et al. (1992) visait à examiner les effets à long terme des agressions sexuelles vécues durant l'enfance et à déterminer si l'adaptation psychologique des survivantes était liée au délai du dévoilement et au soutien reçu durant l'enfance suite au dévoilement. L'étude a montré que : 1) les femmes agressées sexuellement durant l'enfance présentaient plus de détresse psychologique et une plus faible estime de soi que les femmes n'ayant pas été agressées; 2) le fait que les agressions sexuelles aient été dévoilées ou non et le délai entre le dévoilement et la fin des agressions sexuelles n'étaient pas liés à la détresse psychologique ni à l'estime de soi; et 3) les femmes ayant reçu un soutien social positif lors du dévoilement présentaient moins de détresse psychologique mais cela n'avait pas d'influence sur leur estime de soi. De même, dans une étude auprès de 654 étudiantes collégiennes, Gold, Milan, Mayall et Johnson (1994) ont démontré que le manque de soutien parental (provenant du père ou de la mère) était fortement corrélé à une mesure de stress post traumatique chez des femmes qui avaient été agressées sexuellement dans leur enfance.

Les deux études prospectives réalisées auprès des enfants agressés sexuellement rapportent des résultats quelque peu contradictoires (Tebbutt et al., 1997; Waterman & Kelly, 1993). Tebbutt et al. (1997) n'ont trouvé aucun lien entre le soutien maternel et les problèmes

de comportement des enfants tels que mesurés cinq ans après le signalement. Par contre, une plus grande détresse somatique de la mère dix-huit mois après le dévoilement est associée à plus de problèmes de comportement, à une plus grande dépression et à une faible estime de soi chez l'enfant. Soulignons que d'autres études ont également démontré un lien important entre la détresse psychologique de la mère et les problèmes de comportement de l'enfant, tels que rapportés par le parent non-agresseur (Friedlander, Weiss, & Traylor, 1986; Lipton, 1997; Tourigny et al., 1998), alors que certaines, ayant spécifiquement pour objet des situations d'agressions sexuelles extrafamiliales, n'ont pas observé une telle relation (Waterman & Kelly, 1993). Tourigny et al. (1998) ont montré que l'amélioration de l'estime de soi du parent constituait le meilleur prédicteur de la diminution des problèmes comportementaux rapportés chez leur enfant. Toutefois, la détresse psychologique du parent, elle, ne paraissait pas liée à cette diminution des problèmes de comportement chez l'enfant.

Toujours cinq après le signalement, Waterman et Kelly (1993) ont constaté que les enfants ayant plus de problèmes de comportement se caractérisaient par le fait : 1) qu'ils percevaient leur mère comme ayant réagi négativement envers eux; 2) que leur famille avait vécu plusieurs événements stressants; et 3) que leur famille présentait moins de cohésion.

En somme, à l'exception de l'étude de Tebbutt et al. (1997), les études montrent qu'un soutien adéquat (principalement le soutien maternel) favorise une meilleure adaptation psychologique à long terme pour les enfants et les femmes victimes d'agressions sexuelles durant leur enfance. Une relation négative entre la victime et sa mère serait également associée à des difficultés d'adaptation à long terme.

### 2.2.3 Facteurs associés au soutien maternel

Thériault et al. (1997) ont recensé six études empiriques traitant des facteurs susceptibles d'influencer la capacité de soutien maternel spécifique à l'agression (Everson et al., 1989; Faller, 1988; Heriot, 1996; Leifer et al., 1993; Runyan et al., 1992; Sirles & Franke, 1989). Nous avons identifié quatre études supplémentaires (Elliott & Briere, 1994; Gomes-Schwartz et al., 1990; Goodman et al., 1992; Lipton, 1997). L'ensemble de ces recherches fait ressortir les résultats qui suivent.

Les études montrent que, dans les cas d'agressions sexuelles intrafamiliales, la dépendance psychologique de la mère envers l'agresseur (par exemple le fait de vivre avec l'agresseur), l'absence de sentiments d'hostilité et de rejet envers lui, la négation de l'agression par l'agresseur et la présence de violence conjugale envers la mère sont des éléments qui tendent à diminuer le soutien de la mère envers son enfant (Elliott & Briere, 1994; Everson et al., 1989; Faller, 1988; Gomes-Schwartz et al., 1990; Goodman et al., 1992; Heriot, 1996; Runyan et al., 1992; Sirles & Franke, 1989).

Certaines caractéristiques liées à la mère influenceraient également le soutien maternel envers l'enfant. Une de ces caractéristiques est la détresse psychologique des mères. Thériault et al. (1997) ont identifié plusieurs recherches démontrant qu'une majorité de parents non-agresseurs vivent le dévoilement de l'agression sexuelle (intra ou extrafamiliale) comme une crise et qu'ils présentent une détresse psychologique équivalente à celle des populations cliniques (Kelley, 1990; Manion et al., 1996; Newberger et al., 1993). Deux études ont constaté que les mères vivant une certaine détresse psychologique ou des problèmes

prospective, Hunter, Coulter, Runyan et Everson (1990) constatent que 50% des enfants (N = 100) avaient été placés lors de l'évaluation initiale. Deux ans plus tard, 73% des enfants avaient vécu au moins un placement. La majorité des enfants placés avaient vécu plus d'un placement et 13% d'entre eux avaient vécu plus de cinq placements. Les autres études indiquent des pourcentages d'enfants agressés sexuellement ayant vécu un placement au début de la prise en charge variant de 18% à 62% (Conte, 1987; Gomes-Schwartz, Horowitz, & Cardarelli, 1990; Hunter, Coulter, Runyan, & Everson, 1990; Jaudes & Morris, 1990; King, Hunter, & Runyan, 1988; Lynn, Jacob, & Pierce, 1988 : voir Spaccarelli, 1994; Pellegrin & Wagner, 1990). Ces taux varient de 36% à 73% lorsqu'on les examine après quelques années de prise en charge (Bander, Fein, & Bishop, 1982; Faller, 1991; Gomes-Schwartz et al., 1990; Henry, 1997; Hunter et al., 1990; Ryan, Warren, & Weincek, 1991; Tebbutt, Swanston, Oates, & O'Toole, 1997).

De même, au Québec, jusqu'à tout récemment, l'utilisation du placement dans le cadre de la Protection de la jeunesse a constitué une forme d'intervention importante et fréquente. Par exemple, Boudreau (1993) soulignait que "selon le dernier rapport d'activités des DPJ (1988-1990), pas moins de 55% des jeunes [pris en charge] étaient placés en famille d'accueil (40%) ou en centre d'accueil (15%)" (p. 491). Pour sa part, Roberge (1998) a réalisé une étude québécoise longitudinale du cheminement de 6 304 signalements retenus dans six centres jeunesse entre le 1er avril 1992 et le 31 mars 1993. Ces enfants ont été suivis jusqu'au 31 mars 1996, soit sur une période variant de trois à quatre ans. Les résultats montrent que la proportion d'enfants pris en charge pour agression sexuelle et placés varie de 20% à 36% selon les CJ (à l'exception d'un CJ où aucun des enfants agressés sexuellement n'a été placé). Lorsqu'on compare ces taux à ceux des autres formes de compromission, les cas d'agression sexuelle sont ceux où l'on recourt le moins au placement. Finalement, une étude d'incidence effectuée à partir d'un échantillon représentatif des signalements faits aux services de protection de l'enfance de l'Ontario a montré que 14% des enfants agressés sexuellement avaient été placés dans les premiers mois suivant le signalement aux services de protection et, selon l'intervenant à l'évaluation, 12% des autres étaient considérés à risque de placement (Trocmé & Tourigny, soumis).

La proportion d'enfants agressés sexuellement et placés est toutefois plus élevée dans les études québécoises réalisées spécifiquement auprès des enfants agressés sexuellement. En 1982, Messier et De Champlain constataient qu'au moment de l'étude, 44% des enfants agressés sexuellement étaient placés, et que 18% avaient vécu trois placements ou plus. Une autre étude a constaté qu'au début de la prise en charge, 25% des enfants avaient été placés hors de leur famille (Messier, 1986). Dix-huit mois plus tard, 49% des victimes avaient vécu au moins un placement. Après 18 mois, 45% des enfants vivaient toujours hors de leur milieu familial d'origine. Enfin, Tourigny, Péladeau et Doyon (1993) ont constaté qu'après 16 mois de prise en charge, 43% des enfants (N = 63) avaient vécu au moins un changement de milieu de vie et 25% avaient vécu deux changements ou plus. Dans la grande majorité des cas, ces changements étaient des placements en famille d'accueil ou en centre d'accueil.

En somme, les recherches suggèrent que le retrait de l'enfant de sa famille est un événement relativement commun. Selon les études identifiées, près de la moitié des enfants agressés sexuellement vivraient au moins un placement durant la prise en charge par les services de protection.

### Comparaison du taux de placement avec les autres formes de mauvais traitements

Il est actuellement difficile de savoir si les enfants agressés sexuellement sont plus ou moins à risque d'être placés que les enfants ayant vécu d'autres formes de mauvais traitements. Les études recensées tendraient à montrer que les enfants agressés sexuellement seraient moins à risque d'être placés bien que certaines études n'appuient pas cette constatation. Deux études américaines ayant utilisé un échantillon national d'enfants signalés aux services de protection de l'enfance suggèrent que la proportion d'enfants agressés sexuellement et placés est légèrement plus grande que pour les autres formes de mauvais traitements, tels les abus physiques (American Humane Association, 1988 : voir Lie & McMurtry, 1991; Finkelhor, 1983).

Lors de l'examen de 833 signalements jugés fondés incluant toutes les formes de mauvais traitements envers les enfants dont les agressions sexuelles intrafamiliales, Tjaden et Thoennes (1992) ont constaté que les signalements concernant des situations graves de mauvais traitements, impliquant plusieurs épisodes et ayant déjà été signalées aux services de protection de l'enfance étaient plus susceptibles d'entraîner un placement de l'enfant. La nature des mauvais traitements (agression physique, agression sexuelle ou négligence) ne prédisait pas le placement de l'enfant. Toutefois, dans deux des trois comtés étudiés, les agressions sexuelles et la négligence étaient des formes de mauvais traitements qui favorisaient le placement de l'enfant.

Bien que ces études semblent démontrer que les enfants agressés sexuellement seraient légèrement plus à risque de placement, au moins quatre études indiquent qu'au contraire, les enfants agressés sexuellement seraient beaucoup moins à risque de placement que les enfants vivant d'autres formes de mauvais traitements. Widom (1991) a effectué une recherche intéressante visant à décrire les expériences de placement d'enfants maltraités (agression sexuelle, agression physique et négligence) sur une période d'environ 20 ans et à examiner les relations entre les caractéristiques du placement et la délinquance, les crimes à l'âge adulte et les crimes violents. Il s'agit donc d'enfants placés (N = 772) dans les années 1960 et 1970, ce qui limite quelque peu la généralisation des conclusions. Toutefois, les résultats indiquent que les enfants agressés sexuellement sont moins à risque d'être placés que dans le cas des autres types de mauvais traitements. De même, dans une étude ontarienne, Trocmé et Tourigny (soumis) rapportaient qu'immédiatement après l'évaluation du signalement, 40% des enfants agressés physiquement (N = 254 cas confirmés) avaient été placés, comparativement à 17% des enfants agressés sexuellement (N = 175 cas confirmés). Dans une étude comparative d'enfants placés pour avoir subi une agression sexuelle ou d'autres formes de mauvais traitements, Lie et McMurtry (1991) constataient que comparativement aux autres, les enfants agressés sexuellement (AS) et placés : 1) vivaient significativement moins de placements (4.8 placements par enfant AS versus 6.2 placements pour les autres); 2) demeuraient moins longtemps en famille d'accueil (2.3 ans pour les AS versus 3 ans); et 3) quittaient plus rapidement la famille d'accueil pour une solution permanente de leur situation, c'est-à-dire une adoption ou un placement définitif. Les enfants agressés sexuellement et placés ne différaient pas des autres enfants placés en ce qui concerne la proportion d'entre eux ayant vécu plus d'un placement (84% versus 88%) et le nombre de placement par année par enfant (2.5 placements pour les AS versus 2.8). Finalement, l'étude québécoise de Roberge (1998) montre que l'on a moins recours au placement dans le cas des enfants pris en charge pour

agressions sexuelles que dans le cas des autres formes de compromission. En effet, selon le CJ, la proportion des enfants pris en charge pour agressions sexuelles et placés varie de 20% à 36% alors que cette proportion varie de 27% à 61% pour la négligence, de 33% à 71% pour les troubles de comportement et de 18% à 47% pour les agressions physiques.

#### Caractéristiques des placements impliquant des enfants agressés sexuellement

Une fois retirés de leur milieu familial, les recherches montrent que les enfants agressés sexuellement demeurent placés pour de longues périodes et une proportion importante d'entre eux vivent plusieurs placements.

Quelle que soit la forme de mauvais traitements ayant mené au placement, plusieurs enfants demeurent en famille d'accueil pour de longues périodes ou vivent une succession de placements. Aux États-Unis, 25% des enfants placés auraient vécu trois placements ou plus (Schor, 1988). Une étude américaine de Lie et McMurtry (1991) a examiné l'existence de différences entre l'expérience de placement des enfants agressés sexuellement et celles d'enfants placés pour un autre motif (troubles de comportement, agression physique, négligence, autres) entre le 1<sup>er</sup> janvier 1979 et le 31 décembre 1984. Le suivi des dossiers a été fait jusqu'à ce qu'ils soient fermés ou jusqu'au 31 décembre 1986. Les résultats montrent qu'en ce qui concerne les enfants agressés sexuellement : 1) le tiers des enfants étaient toujours placés six ans après; 2) la durée moyenne du placement était de deux ans; 3) le nombre moyen de déplacements durant la période à l'étude était de 4.8 déplacements.

Roberge (1998) a montré qu'entre 27% et 47% des enfants agressés sexuellement pris en charge par les six CJ étudiés, le sont pour une durée de deux ans ou plus. Cette proportion passe de 44% à 100% lorsqu'on examine la durée de la prise en charge des enfants agressés sexuellement et placés. Autrement dit, plus de la moitié des enfants pris en charge et placés le sont pour une période de plus de deux ans. Enfin, Hunter et al. (1990) ont constaté qu'après deux ans, 76% des enfants agressés sexuellement (N = 100) avaient subi au moins un changement dans leur situation de vie.

Au Québec, dans une étude réalisée au Centre jeunesse de Batshaw à Montréal, Argles (1983) a constaté que 40% des enfants placés avaient vécu trois placements ou plus et 21% cinq placements ou plus. De même, une autre étude québécoise a constaté que 25% (N = 63) des enfants agressés sexuellement avaient vécu deux changements ou plus sur une période moyenne de prise en charge de 16 mois (Tourigny, Péladeau, & Doyon, 1993). Pour sa part, Messier (1986) notait qu'entre le début de la prise en charge et le moment de la recherche (18 mois en moyenne), 21% (N = 85) des filles agressées sexuellement avaient vécu trois placements ou plus.

#### 2.3.2 Facteurs associés à la décision de placer un enfant

Plusieurs auteurs ont souligné la difficulté pour les intervenants de prendre la décision de placer un enfant hors de son milieu familial. Ils manquent souvent de critères précis et d'instruments qui pourraient les guider dans cette prise de décision (Bates, English, & Kouidou-Giles, 1997; Boudreau, 1993). De plus, au Québec comme ailleurs, le manque de ressources et d'alternatives au placement fait en sorte que les intervenants sont amenés à faire des choix non pas en fonction de la congruence entre les besoins de l'enfant et les caractéristiques de la ressource mais plutôt en fonction des ressources disponibles sur le

moment (Bates et al., 1997; Boudreau, 1993). Boudreau (1993) souligne qu'une recension exploratoire des mesures alternatives au placement (Boudreau et al., 1993 : voir Boudreau, 1993) a pu identifier "à peine une vingtaine de projets terrains au Québec. Ces projets étaient la plupart du temps très circonscrits et limités, et à peu près jamais évalués" (p. 497). Par conséquent, plusieurs auteurs en sont venus à la conclusion que le placement est souvent décidé de façon précipitée et confuse (Boudreau, 1993; Rossi, 1992).

Toutefois, les recherches sur les facteurs pouvant influencer la décision de placer un enfant, quelle que soit la raison du placement (par exemple pour agression physique, agression sexuelle ou négligence), montrent que le processus de décision semble influencé par certaines caractéristiques de la famille et de l'enfant (Widom, 1991). Parmi ces facteurs, le revenu familial apparaît comme particulièrement important. En effet, Lindsay (1991) a analysé une banque de données comportant les dossiers de 9 597 enfants américains portés à l'attention des services sociaux publics en 1978. Les résultats ont montré que, quel que soit le groupe d'âge des enfants, la source de revenu familial est le facteur qui distingue le mieux les enfants placés de ceux qui reçoivent des services et demeurent à la maison. Les parents sans soutien gouvernemental et sans source de revenu autonome sont beaucoup plus à risque de voir leur enfant placé. De plus, les enfants dont la référence est classée "urgente" sont également particulièrement à risque de placement en famille d'accueil. D'autres analyses complémentaires ont également montré qu'une fois l'enfant placé, le parent biologique est moins susceptible de recevoir des services que celui de l'enfant qui demeure à la maison. Deux autres études portant sur des enfants agressés ou négligés ont également constaté que le revenu familial était un des facteurs le plus important dans la décision de placer les enfants (Hampton, & Newberger, 1985; Katz, Hampton, Newberger, Bowles, & Snyder, 1986). Un autre critère souvent associé aux décisions des professionnels des services de protection concernant le placement d'enfants est celui de l'état psychologique ou de la coopération du parent non-agresseur (voir les études citées par Hunter, Coulter, Runyan, & Everson, 1990). Toutefois, ces études n'ont pas vérifié si ces critères s'appliquaient également dans les situations d'agression sexuelle.

Nous avons recensé six études ayant examiné spécifiquement les facteurs de prédiction du placement des enfants agressés sexuellement (Elliott & Briere, 1994; Gomes-Schwartz et al., 1990; Hunter, Coulter, Runyan, & Everson, 1990; Leifer et al., 1993; Pellegrin & Wagner, 1990; Ryan et al., 1991).

Ces études démontrent nettement que les enfants qui bénéficient d'un soutien maternel adéquat à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle risquent moins d'être retirés du foyer familial, évitant ainsi de vivre toutes les difficultés fréquemment associées à ce retrait. En fait, toutes les études ayant examiné le lien entre le placement et le soutien maternel confirment le rôle important du manque de soutien dans la décision de placer les enfants agressés sexuellement (Elliott & Briere, 1994; Leifer et al., 1993; Pellegrin & Wagner, 1990; Ryan, Warren, & Weincek, 1991). Outre le soutien maternel, d'autres caractéristiques de la mère influenceraient la décision de placer ou non l'enfant, sans toutefois qu'il y ait eu une démonstration scientifique claire : une histoire de victimisation de la mère dans l'enfance, un réseau de soutien social inadéquat, un désaccord de la mère vis-à-vis du plan d'intervention défini par les services de protection, le fait de ne pas avoir d'emploi et des problèmes de toxicomanie (Leifer et al., 1993 ; Pellegrin & Wagner, 1990 ; Ryan et al., 1991).

Par exemple, dans une étude réalisée auprès de 100 enfants âgés entre 6 et 17 ans et victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales, Hunter et al. (1990) ont montré que les enfants placés au début de la prise en charge bénéficiaient de moins de soutien maternel au moment du dévoilement que les enfants non placés et que la probabilité d'être placé augmentait lorsque l'agresseur vivait avec la victime. Ces deux variables expliquaient 25% de la variance des placements immédiats. Les variables suivantes n'étaient pas associées au placement de l'enfant : la race, l'âge, le sexe et l'état psychologique de l'enfant cinq mois après le dévoilement, l'éducation de la mère, le type et la durée de l'agression sexuelle, et les réactions de l'agresseur. Lorsque les auteurs ont examiné les facteurs prédictifs du placement des enfants en cours de prise en charge (sur une période de deux ans), le soutien maternel au moment du dévoilement est apparu comme le seul facteur de prévention du placement, expliquant 18% de la variance. Enfin, d'autres analyses ont montré qu'un plus grand nombre de déplacements durant les deux premières années de prise en charge était associé à un âge plus élevé de l'enfant, à la présence de problèmes psychologiques plus importants et à un niveau moins élevé de soutien maternel.

Pour leur part, Pellegrin et Wagner (1990) ont constaté que l'accord de la mère au plan d'intervention proposé et le fait que la mère croie les dires de son enfant étaient significativement moins présents chez le groupe d'enfants placés (comparativement aux enfants agressés sexuellement mais non placés) et constituaient les seules différences significatives entre les deux groupes d'enfants.

Pour les autres facteurs pouvant influencer la décision de placer l'enfant, les études recensées présentent des résultats contradictoires. Par exemple, certaines de ces études ont montré que la nature de l'agression sexuelle était également associée au risque de placement. Une plus grande fréquence, une plus grande gravité des agressions sexuelles et une relation victime/agresseur intime augmentent les risques de placement (Hunter et al., 1990; Leifer et al., 1993; Pellegrin & Wagner, 1990; Ryan et al., 1991). Par contre, d'autres études n'ont pu établir de liens entre ces variables et le risque de placement (Gomes-Schwartz et al., 1990; Hunter et al., 1990). On retrouve les mêmes résultats contradictoires concernant les caractéristiques de l'enfant (la race, l'âge et le sexe) (Gomes-Schwartz et al., 1990; Hunter et al., 1990; Ryan et al., 1991).

Enfin, une étude (Leifer et al., 1993) portant sur le placement des enfants agressés sexuellement suggère qu'un faible niveau socio-économique puisse être lié au risque de placement comme le suggèrent plusieurs études portant sur le placement de l'ensemble des enfants quelle que soit la raison du placement (Hampton & Newberger, 1985; Katz, Hampton, Newberger, Bowles, & Snyder, 1986; Lindsay, 1991).

En somme, les recherches actuelles suggèrent que la décision de placer les enfants victimes d'agression sexuelle ne se fait pas de façon arbitraire et que la capacité de la mère à protéger l'enfant est un des facteurs importants.

### 2.3.3 Conséquences du placement sur les enfants

#### Le placement prévient-il la victimisation des enfants ?

Quelques recherches suggèrent que le placement représente une façon généralement efficace pour faire cesser les mauvais traitements envers les enfants en éloignant l'agresseur (Cohn & Daro, 1987; Runyan & Gould, 1985b). Ces recherches montrent que le placement réduit les risques de revictimisation sans toutefois les éliminer complètement. Une autre étude confirme ce dernier résultat et montre que le placement prévient également la revictimisation chez les enfants agressés sexuellement (Faller, 1991).

Cohn et Daro (1987) ont effectué une recension des évaluations de programmes de traitement pour enfants maltraités (agression physique, agression sexuelle, abus psychologique et négligence). Ces auteurs concluaient que le placement de l'enfant ou le retrait de l'agresseur s'avéraient des moyens efficaces de diminuer la récurrence (tous programmes confondus). Les programmes de traitement pour agressions sexuelles ont été identifiés comme étant plus efficaces que les autres pour réduire la récurrence. Runyan et Gould (1985b), dans une étude des effets du placement en famille d'accueil sur les comportements délinquants, ont comparé des enfants placés en raison de mauvais traitements avec des enfants maltraités qui sont demeurés dans leur famille naturelle. Ils ont constaté que 25% des enfants vivant dans leur famille naturelle avaient vécu de nouveaux épisodes de mauvais traitements comparativement à 5% des enfants placés en famille d'accueil.

Finalement, Faller (1991) a suivi l'évolution de 58 enfants (88% de filles) agressés sexuellement et pris en charge par les services de protection de l'enfance. Vingt-deux pour cent (22%) des enfants ont vécu des mauvais traitements dans les trois ans qui ont suivi leur prise en charge. De ce nombre, 10 enfants vivaient alors dans leur milieu familial, deux vivaient chez une personne de la parenté et un autre en famille d'accueil. Les deux principales formes de compromission étaient les agressions sexuelles (30%) et les agressions physiques (20%).

Malgré la capacité du placement à réduire les épisodes de mauvais traitements vécus par les enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance, les études montrent que les enfants placés en famille d'accueil sont à risque de vivre des mauvais traitements à l'intérieur même de la famille d'accueil.

Il existe encore peu de recherches ayant étudié le problème des mauvais traitements envers les enfants dans le contexte des familles d'accueil et ces recherches ne portent pas spécifiquement sur les enfants agressés sexuellement et placés. En 1993, Zuravin, Benedict et Somerfield n'ont recensé que dix études portant sur ce phénomène et seules trois de ces études ont été publiées dans des revues scientifiques (Bolton, Laner, & Gai, 1981; Cavara & Ogren, 1983; Rosenthal, Motz, Edmonson, & Groze, 1991). Pour notre part, nous n'avons identifié que quelques autres études sur le sujet. La littérature actuelle propose trois catégories de facteurs qui pourraient expliquer la présence de mauvais traitements envers les enfants placés en famille d'accueil (Zuravin, Benedict, & Somerfield, 1993). Ces catégories sont les pratiques de l'organisme qui gère les familles d'accueil, les caractéristiques psychologiques et physiques des enfants placés et les caractéristiques des familles d'accueil.

Dans un premier temps, ces recherches montrent que les familles d'accueil sont aussi ou plus à risque d'être signalées pour mauvais traitements envers un enfant que les familles naturelles de la communauté (Benedict, Zuravin, Brandt, & Abbey, 1994; Bolton et al., 1981; Carbino, 1988 : voir Benedict et al., 1994). De plus, les risques que le signalement soit jugé fondé sont également plus élevés dans les familles d'accueil que dans les familles naturelles de la communauté (Benedict et al., 1994; Bolton et al., 1981; Cavara & Ogren, 1983; Rosenthal et al., 1991)

Ryan (1983 : voir Benedict et al., 1994) a évalué le taux d'incidence des mauvais traitements envers les enfants de 27 états américains, et ce, dans les familles d'accueil et les familles naturelles de la communauté. Il a constaté que les taux varient considérablement d'un état à l'autre : de 3 à 27 signalements fondés pour 1 000 familles naturelles et de 2 à 27 signalements fondés pour 1 000 familles d'accueil. L'étude de Rindfleisch et Rabb (1984 : voir Rosenthal et al., 1991) rapportait quant à elle un taux de signalements de mauvais traitements de 39 pour 1 000 enfants placés. Selon ces auteurs, 80% des situations de mauvais traitements ne seraient pas signalées. Pour leur part, Bolton, Laner et Gai (1981) ont comparé les signalements pour mauvais traitements dans les familles d'accueil et les familles naturelles (comté de Maricopa, Arizona). Les auteurs concluaient que les enfants placés en famille d'accueil sont plus à risque de faire l'objet d'un signalement pour une situation de mauvais traitements que les enfants ne vivant pas en famille d'accueil : 7% des enfants placés sont signalés pour mauvais traitements comparativement à 2% des enfants vivant dans les familles naturelles de la communauté. Cependant, aucune différence n'a été constatée dans les taux de signalements jugés fondés, soit 30% de signalements jugés fondés pour les enfants en famille d'accueil comparativement à 35% pour les enfants vivant dans les familles naturelles.

Benedict et al. (1994) ont examiné les signalements d'abus et de négligence dans les familles d'accueil à Baltimore (États-Unis) afin de déterminer les taux d'incidence des signalements et des cas jugés fondés, et de comparer ces taux avec ceux de la communauté en général sur une période de quatre ans. Il y a eu 443 signalements de mauvais traitements pour 285 familles d'accueil, soit une moyenne de 1.5 signalements par famille d'accueil sur une période de quatre ans. Seuls 11% de ces signalements concernaient une situation d'agression sexuelle comparativement à 60% pour les agressions physiques et 17% pour la négligence. Les agressions sexuelles représentaient, toutefois, la forme de mauvais traitements le plus souvent jugé fondé : 55% comparativement à 30% pour la négligence et 9% pour les agressions physiques. Parmi les situations d'agressions sexuelles fondées, 63% comportaient une pénétration ou une tentative de pénétration et les agresseurs étaient principalement un parent de la famille d'accueil ou un enfant placé dans la famille. Lorsque les auteurs comparaient ces résultats à ceux de la population en général, ils constataient que les familles d'accueil sont beaucoup plus à risque d'être signalées que les familles naturelles, et ce, quelle que soit la forme de mauvais traitements considérée. Par exemple, les familles d'accueil sont quatre fois plus à risque d'être signalées pour une agression sexuelle que les familles naturelles.

Cavara et Ogren (1983) ont documenté 125 signalements pour mauvais traitements dans des familles d'accueil reçus durant les 18 premiers mois de la mise en application d'un protocole d'évaluation des signalements de mauvais traitements envers des enfants placés. Les auteurs soulignaient que ce nombre de signalements est particulièrement élevé compte tenu du fait que la population totale de familles d'accueil sur le territoire couvert était de 570 familles d'accueil, soit une moyenne de 0,22 signalement par famille (ou 220 signalements pour 1 000 familles) sur une période de 18 mois.

Les études ont également montré que les signalements pour agressions sexuelles dans la famille d'accueil sont ceux qui sont le plus souvent jugés fondés (Benedict et al., 1994; Cavara & Ogren, 1983 ; Faller, 1991; Rosenthal et al., 1991).

Dans une étude visant à décrire la nature des mauvais traitements envers des enfants placés, Rosenthal et al. (1991) ont évalué 290 signalements concernant des enfants placés. Seuls 29% (84/290) des signalements ont été jugés fondés. Les agressions sexuelles sont significativement plus souvent jugées fondées que les autres formes. Alors que les situations d'agression sexuelle représentaient 24% (70/290) des signalements pour mauvais traitements envers des enfants placés, 56% (39/70) de ces signalements ont été jugés fondés, comparativement à 28% pour la négligence et 18% pour les agressions physiques. Les agressions sexuelles viennent donc finalement en premier parmi les différentes formes de victimisation durant le placement. Si on les compare aux autres formes de mauvais traitements, les agressions sexuelles jugées fondées concernaient plus souvent des filles, les agresseurs étaient significativement plus susceptibles d'avoir déjà été dénoncés aux autorités, ils étaient également plus nombreux à nier les allégations, et finalement, les enfants agressés sexuellement étaient significativement plus susceptibles d'être changés de famille. Les agressions sexuelles envers les enfants placés se distinguaient des agressions sexuelles généralement commises envers les enfants par le fait que la proportion d'agresseurs de sexe féminin est plus élevée (19% des agresseurs). Enfin, mentionnons que ces agressions sexuelles avaient duré un certain temps avant d'être signalées et que les enfants naturels des parents de la famille d'accueil représentent une proportion importante des agresseurs.

À l'exception de celle de Cavara et Ogren (1983), les études ont montré que les agressions sexuelles sont la forme de mauvais traitements la plus fréquente en famille d'accueil (Benedict et al., 1994; Benedict et al., 1996; Rosenthal et al., 1991; Zuravin et al., 1993). Selon ces recherches, de 20% à 49% des situations de mauvais traitements envers les enfants placés sont des agressions sexuelles.

Ces recherches fournissent également d'autres informations sur les caractéristiques des familles d'accueil impliquées dans ces signalements de mauvais traitements envers un enfant placé. Zuravin et al. (1993) ont comparé des familles d'accueil (N = 62) ayant maltraité un enfant placé à des familles d'accueil n'ayant pas été signalées pour des mauvais traitements envers les enfants (N = 234) afin de déterminer les caractéristiques familiales qui pourraient être associées aux mauvais traitements envers les enfants placés. Quarante-huit pour cent (48%) des familles d'accueil étaient concernées par une situation d'agression sexuelle, la moitié de ces situations impliquaient une pénétration et dans 64% des cas un parent d'accueil était l'agresseur. Les caractéristiques familiales utilisées dans l'étude ne se sont pas avérées être de bons prédicteurs des mauvais traitements envers les enfants dans les familles d'accueil.

Six des dix variables utilisées pour prédire les mauvais traitements envers les enfants ne permettent d'expliquer que 17% de la variance. Ces variables sont : le fait que les enfants partagent la même chambre, la présence de conditions de vie difficiles, une mère plus jeune, une famille d'accueil du type régulière (versus les familles d'accueil de la parenté ou spéciales), une mère ayant des problèmes de santé et le fait que la famille ne présente pas, selon l'évaluation du travailleur social, les conditions favorables à l'accueil d'un enfant placé. Rosenthal et al. (1991) ont constaté que les enfants concernés par un signalement dont l'agression sexuelle a été fondée sont significativement plus susceptibles d'être déplacés vers une autre ressource que les enfants ayant été impliqués dans d'autres formes de mauvais traitements. Cavara et Ogren (1983) ont constaté que les familles d'accueil signalées pour mauvais traitements se distinguent des autres sur les points suivants : 1) la proportion de familles monoparentales est plus élevée; 2) elles sont familles d'accueil depuis plus longtemps; et 3) les parents de la famille d'accueil ont moins d'enfants naturels à eux.

Enfin, les problèmes de comportement (dont les comportements sexuels inappropriés) des enfants agressés sexuellement mettraient davantage ces derniers à risque d'être agressés physiquement ou sexuellement dans la famille d'accueil (McFadden, 1984 : voir Ryan et al., 1991). Ces problèmes de comportement peuvent être particulièrement difficiles à gérer pour les familles d'accueil et entraîner un stress important pour les parents de ces familles (Ryan, McFadden, & Weincek, 1987 : voir Henry et al., 1991). Les comportements sexuels inappropriés sont également souvent identifiés comme difficiles à gérer pour les parents et comme pouvant entraîner un déplacement de l'enfant ou un risque de revictimisation sexuelle. Par exemple, lors d'une enquête faite auprès de 300 familles d'accueil, au moins 50% des parents de ces familles ont indiqué que les comportements suivants pourraient les amener à demander le départ de l'enfant placé : les comportements de séduction envers des membres de la famille, les comportements agressifs, la consommation d'alcool ou de drogue, les tentatives de suicide et les fugues (Thompson, Authier, & Ruma, 1994).

Certains auteurs suggèrent qu'il soit possible que les taux élevés de mauvais traitements dans les familles d'accueil s'expliquent par une plus grande supervision de ces familles ou encore par un plus faible taux de signalements à l'égard des familles naturelles (Benedict et al., 1994). Ils remettent cependant en question la capacité des familles d'accueil de protéger les enfants contre les risques d'agression sexuelle. Cette capacité peut être amoindrie par le fait qu'elles se trouvent souvent dépassées par les problèmes de comportement ou les problèmes affectifs des enfants dont elles ont la charge et qu'elles n'arrivent plus, alors, à répondre aux différents besoins de ces enfants.

L'étude de Henry, Cossett, Auletta et Egan (1991) appuie cette dernière hypothèse. Cette étude a permis de documenter les services offerts aux familles d'accueil d'enfants agressés sexuellement. Les chercheurs ont interviewé des directeurs d'agences de placement (N = 8), des travailleurs sociaux (N = 12) et des parents d'accueil (N = 12). Les principaux résultats de l'étude sont les suivants : 1) tous les répondants s'entendaient pour dire que les parents des familles d'accueil qui reçoivent des enfants agressés sexuellement ont besoin d'une formation spécialisée. Toutefois, les parents d'accueil soulignaient que les services qu'ils recevaient au moment de l'étude ne répondaient pas de façon adéquate à leurs besoins; 2) les parents des familles d'accueil mentionnaient, de façon constante, qu'ils recevaient moins de services éducatifs et de soutien que n'en rapportaient les travailleurs sociaux ou les directeurs

d'agences; et 3) les comportements des enfants placés qui s'avéraient les plus problématiques pour les parents d'accueil étaient : les comportements sexuels inappropriés envers les pairs (44%), les agressions physiques (43%), les problèmes à l'école (32%), les agressions verbales (32%), les masturbations en public (19%), le fait que les enfants n'écoutent pas (19%) et les flirts de l'enfant avec des adultes (13%). Ces résultats sont semblables à ceux d'autres études qui montrent que les parents d'accueil expriment des difficultés à gérer les comportements sexuels inappropriés des enfants agressés sexuellement et qu'ils ont besoin de formation et de soutien (Walker, Bonner, & Kaufman, 1988 : voir Henry et al., 1991). Ces comportements semblent placés l'enfant à risque d'être maltraités dans la famille d'accueil.

Quelles sont les conséquences psychosociales du placement sur les enfants agressés sexuellement ?

En 1994, Spaccarelli a identifié quatre études ayant analysé les effets du placement sur des enfants agressés sexuellement, en comparant ceux-ci à des enfants agressés sexuellement qui n'avaient pas été placés. Aucune de ces études n'a pu établir un lien significatif entre le placement et l'état psychosocial des enfants placés (Bagley & McDonald, 1984 : voir Spaccarelli, 1994; Einbender & Friedrich, 1989; Morrow & Sorell, 1989; Runyan, Everson, Edelsohn, Hunter, & Coulter, 1988). Par exemple, Runyan et al. (1988) ont constaté que sur une période de 5 mois, les enfants placés avaient vu leur état de dépression et d'anxiété s'améliorer tout comme les enfants qui n'avaient pas été placés. Ils n'ont trouvé aucune différence significative entre les deux groupes.

Nous avons recensé huit autres études qui ont examiné les effets du placement en famille d'accueil sur les enfants agressés sexuellement (Berliner & Conte, 1995; Gomes-Schwartz et al., 1990; Henry, 1997; Hunter et al., 1990; Johnson & Kenkel, 1991; Leifer & Shapiro, 1995; Leifer et al., 1993; Lipton, 1997). À l'exception d'une, celle de Gomes-Schwartz et al. (1990), ces études n'ont trouvé aucun lien entre les problèmes psychologiques et comportementaux, d'une part, et la décision d'un placement initial ou d'un placement en cours de prise en charge de l'enfant agressé sexuellement, d'autre part (Berliner & Conte, 1995; Henry, 1997; Hunter et al., 1990; Johnson & Kenkel, 1991; Leifer & Shapiro, 1995; Leifer et al., 1993; Lipton, 1997).

Par exemple, Lipton (1997) a comparé la détresse émotionnelle de mères naturelles (N = 26) et de mères adoptives ou d'accueil (N = 45) ayant à la maison, les unes et les autres, des enfants ayant été victimes d'agression sexuelle. Dans le premier cas, les enfants étaient demeurés à la maison après le dévoilement et, dans le deuxième cas, les enfants avaient été placés après le dévoilement. Aucune différence significative n'a été détectée au niveau des problèmes de comportement chez les enfants des deux groupes, suggérant ainsi que le placement de l'enfant n'augmente pas ses problèmes comportementaux. On notait toutefois que les enfants placés recevaient significativement plus de soutien de la figure maternelle et que cette dernière présentait significativement moins de détresse psychologique que les mères des enfants non placés. Ce dernier résultat appuie la thèse selon laquelle le placement peut offrir un milieu de vie stable et apporter à l'enfant le soutien dont il a besoin.

De plus, une analyse de régressions multiples sur l'ensemble de l'échantillon visant à identifier les facteurs associés aux problèmes de comportement de l'enfant montre que seuls le sexe de la victime (les gars ont plus de problèmes que les filles) et la détresse psychologique du parent responsable (plus le parent présente de détresse psychologique et plus l'enfant a des problèmes de comportement) sont associés aux problèmes de comportement. Le fait que l'enfant soit placé et la qualité du soutien maternel n'ont pas été retenus comme facteurs associés aux problèmes de comportement (Lipton, 1997).

De même, une étude réalisée auprès de 64 filles victimes d'agression sexuelle (de race noire et âgées entre 5 et 16 ans) permettait d'énoncer quatre grands constats. Premièrement, entre le début de la prise en charge et 11 mois plus tard, les enfants (placés ou non) montrent une baisse de la détresse affective mais ne montrent aucune amélioration (ni détérioration) sur le plan des comportements, des relations interpersonnelles, des ressources d'adaptation et de la performance cognitive. Deuxièmement, en contrôlant pour l'âge de l'enfant, le statut socio-économique et le nombre d'épisodes d'agression sexuelle, il n'y a aucun lien entre le placement et les mesures de fonctionnement psychosocial de l'enfant. Les filles placées ne se différenciaient pas des filles demeurées dans leur famille d'origine sur le plan du fonctionnement psychosocial, et ce, au Temps 1, au Temps 2 et en ce qui concerne l'évolution entre les Temps 1 et 2. En somme, le placement ne semble pas avoir aucun impact sur le fonctionnement des filles placées. Enfin, il existe un lien entre le soutien maternel et certains aspects du fonctionnement de l'enfant (placé ou non) mais c'est un lien qui n'est pas apparent dans les données recueillies auprès des enfants eux-mêmes. Concernant les enfants placés, on note, en effet, une amélioration sur deux mesures (CBCL et WISC-R) lorsque les visites de la mère à la famille d'accueil sont régulières (ce qui est considéré comme un indicateur de soutien maternel). Aucun autre lien entre le soutien maternel et les autres variables du fonctionnement de l'enfant placé n'a été constaté.

Henry (1997) a examiné les effets de certains événements importants survenant à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle aux services de protection de l'enfance ou aux services policiers, et ce, auprès d'un échantillon de 90 enfants ayant été agressés sexuellement par un membre de la famille et dont la cause avait été portée devant la cour juvénile ou criminelle. Au moment de l'étude, 40% des enfants avait vécu un placement. Les analyses statistiques n'ont détecté aucune relation entre le placement et l'état psychologique des enfants. La majorité de ceux-ci (65%) ont souligné que le placement n'avait pas eu d'effets négatifs sur eux. Selon les données qualitatives, un des avantages du placement, tel que rapporté par les enfants, était qu'il les protégeait de l'agresseur alors que l'aspect le plus difficile du placement était de se retrouver loin des autres membres de la famille. Les enfants qui trouvaient que le placement était une bonne chose rapportaient que les intervenants les tenaient informés, les écoutaient et les avaient préparés au placement. Ces résultats appuient les conclusions de Eagle (1994) concernant l'importance de la perception subjective de l'enfant au sujet du placement dans l'adaptation psychologique de ce dernier.

L'étude longitudinale de Gomes-Schwartz et al. (1990) est la seule à rapporter un effet négatif du placement sur l'évolution psychologique des enfants agressés sexuellement. Leur étude, réalisée auprès de 115 enfants agressés sexuellement ayant été suivis dans le cadre d'un programme de traitement, a montré que 18 mois après leur entrée dans le programme, les enfants ayant été placés hors de leur milieu familial (22%) présentaient plus de problèmes psychologiques (principalement de l'agressivité) que les enfants demeurés dans leur milieu familial (Gomes-Schwartz et al., 1990). Cette étude montre également que le fait que l'agresseur demeure ou non dans la famille n'est pas lié aux changements psychologiques mesurés à 18 mois.

Mentionnons en terminant que, malgré le fait que l'étude de Hunter et al. (1990) n'ait pas démontré l'existence d'un lien entre la décision, initiale ou en cours de prise en charge, de placer l'enfant et l'état psychologique des enfants, il en ressort toutefois qu'un plus grand nombre de placements durant la prise en charge se trouvait associé à un âge plus avancé de l'enfant, à la présence de problèmes psychologiques importants et à un moins grand soutien maternel. Cette étude suggère donc qu'il soit possible que le nombre de placements vécus par l'enfant aient un effet négatif sur son état psychologique.

En résumé, les recherches auprès des enfants agressés sexuellement ne démontrent pas d'effets négatifs du placement sur les enfants. Ces résultats sont semblables à ceux de plusieurs recherches ayant porté sur les effets du placement sur les enfants, quelle que soit la raison du placement (c'est-à-dire quelle que soit la forme de mauvais traitements). Les études auprès d'adultes ayant été placés en famille d'accueil durant leur enfance n'ont trouvé aucune attestation d'une plus grande criminalité, ni d'une plus grande fréquence de problèmes de santé mentale ou de problèmes conjugaux chez cette population comparativement à la population générale (voir la recension de Simms, 1991; Widom, 1991). Les mêmes résultats sont obtenus lorsqu'on compare des enfants maltraités et placés à des enfants maltraités qui sont demeurés dans leur famille (Eagle, 1994; Runyan & Gould, 1985a; 1985b). Et qui plus est, certaines recherches démontrent que les enfants maltraités et placés manifestent une meilleure adaptation psychologique que ceux qui sont demeurés dans leur milieu familial (Wald, Carlsmith, & Leiderman, 1988). De plus, des études ont montré que l'état de santé physique et le fonctionnement social et intellectuel des enfants s'amélioraient à la suite du placement (Bates, English, & Kouidou-Giles, 1997; Eagle, 1994; Simms, 1991).

Simms (1991) a effectué une recension des écrits dans le but de déterminer quelle était la meilleure option de placement pour l'enfant (non spécifique aux enfants agressés sexuellement), et ce, en termes de sécurité, de développement émotionnel et intellectuel. L'auteur concluait que :

“de toutes les options possibles pour l'enfant, le fait de demeurer à la maison et de recevoir des “services de prévention du placement”, de même que la réunification avec les parents biologiques (même dans le contexte où la réunification est planifiée et les services intensifs), sont les options qui conduisent le plus fréquemment à de nouveaux épisodes de mauvais traitements envers les enfants. De plus, les réunifications familiales [le retour de l'enfant dans sa famille naturelle] conduisent généralement à un pauvre ajustement émotionnel et à de faibles résultats académiques. Par contre, l'adoption et le placement en famille

d'accueil sont les options offrant le plus de sécurité et les effets les plus bénéfiques pour les enfants maltraités. ... En dépit du traumatisme de la séparation d'avec les parents, les effets bénéfiques du placement semblent compenser pour les risques inhérents au placement." (p. 362)<sup>6</sup>

#### 2.4 Autres événements familiaux et leurs conséquences sur l'enfant

Outre les réactions familiales lors du dévoilement, le soutien maternel et le placement de l'enfant, quelques autres événements familiaux ont été étudiés, quoique moins fréquemment, afin de vérifier leurs effets sur l'adaptation psychologique des enfants agressés sexuellement. La présence de nombreux événements familiaux stressants, de problèmes familiaux importants et d'un pauvre fonctionnement familial sont des variables que l'on trouve associées à des problèmes d'adaptation psychosociale chez les enfants agressés sexuellement (Conte, 1987; Conte et Schuerman (1987); Oates et al., 1994; Tebbutt et al. (1997); Waterman et Kelly (1993). L'étude de Waterman et Kelly (1993) a montré que la séparation des parents augmentait les problèmes d'adaptation chez l'enfant alors que celle de Conte et Schuerman (1987) indiquait que le retrait de l'agresseur du milieu familial n'était pas lié à l'état psychologique de l'enfant. Enfin, l'étude de Tebbutt et al. (1997) a constaté que plus l'enfant avait de contacts avec l'agresseur et plus il était dépressif, alors que Johnson et Kenkel (1991) n'ont identifié aucune relation entre la détresse psychologique et le fait d'avoir ou non des contacts avec l'agresseur.

Conte et Schuerman (1987) ont examiné le rôle des variables familiales sur l'adaptation psychologique des enfants agressés sexuellement. Ils concluaient que les enfants se portent moins bien, selon la perception du travailleur social, dans les familles ayant des problèmes importants de fonctionnement et de conditions de vie. Les enfants qui bénéficiaient d'un soutien de la part du parent non-agresseur, de la fratrie ou d'un adulte significatif sont à l'inverse moins affectés. La présence de relations aidantes et d'un fonctionnement adéquat de la famille sont les facteurs qui expliquent la plus grande part de la variance observée dans les mesures du fonctionnement de l'enfant, et ce, quelle que soit la personne auprès de qui est effectuée la mesure, à savoir le parent non-agresseur ou le travailleur social.

---

<sup>6</sup> Traduction libre de l'auteur "Of all the permanency placement options, remaining at home with 'preventive services', and reunification with the biologic parents (even when careful planning and intensive efforts are provided), most often result in further abuse or neglect. Furthermore, reunification generally results in poorer emotional adjustment and lower academic achievement. On the other hand, either adoption or continued foster care offers the safest and most beneficial outcomes for abused or neglected children. .... Despite the trauma of separation from their parents, the benefits of foster care placement apparently far outweigh the risks".

## 2.5 Traitement thérapeutique des victimes et de leurs familles<sup>7</sup>

Un des facteurs importants pouvant influencer la détresse psychologique manifestée par les enfants victimes d'agression sexuelle est la participation de l'enfant à des traitements thérapeutiques. La diversité des perspectives théoriques, l'hétérogénéité des clientèles et les difficultés associées aux interventions traditionnelles a conduit à la mise sur pied d'une grande diversité d'approches en matière de traitement des enfants agressés sexuellement (Glaser, 1991; Keller, Cicchinelli, & Gardner, 1989). Toutefois, il existe encore peu de recherches évaluatives portant sur l'efficacité des interventions. Dans une recension récente, Tourigny (1997) a répertorié 42 études portant directement ou indirectement sur l'efficacité des interventions thérapeutiques auprès des enfants agressés sexuellement. Cette recension avait comme objectif, entre autres, de déterminer les effets des interventions auprès des enfants agressés sexuellement en portant, une attention particulière non seulement aux changements positifs observés mais également aux changements négatifs ou aux effets nuls des traitements. Un second objectif était de déterminer les effets spécifiques des diverses modalités de traitement. Les principaux résultats de cette recension, de même que les résultats d'autres études (Celano, Hazzard, Webb, & McCall, 1996; Dubowitz et al., 1993; Tebbutt et al., 1997; Waterman & Kelly, 1993) qui n'étaient pas incluses dans la recension de Tourigny (1997), sont présentés dans cette section.

### 2.5.1 Effets des thérapies individuelles

Les résultats des 10 études évaluatives recensées par Tourigny (1997) et portant sur la thérapie individuelle, démontrent que la participation d'enfants ayant été agressés sexuellement (agressions intra et extrafamiliales) à la thérapie individuelle (souvent associée à d'autres formes de traitement auprès des victimes ou de leurs parents) atténue une variété de symptômes et de problèmes de comportement chez ces enfants. Les principales améliorations observées se situent au niveau des comportements, de l'anxiété, de la dépression, de l'estime de soi et du stress post traumatique. Malgré ces améliorations statistiquement significatives, Tourigny (1997) souligne qu'à la fin de la thérapie individuelle, plusieurs enfants n'atteignent toutefois pas un niveau normal de fonctionnement. Par exemple, l'étude de Deblinger, McLeer et Henry (1990) a montré que malgré une diminution de la dépression liée à la participation à la thérapie individuelle, les enfants, en moyenne, manifestaient encore un léger état de dépression après la thérapie. Mentionnons enfin que deux études ont constaté que la thérapie individuelle n'avait aucun effet sur les comportements et l'affirmation de soi des enfants (Downing, Jenkins, & Fisher, 1988; Tourigny, Péladeau, Bouchard, & Doyon, 1998).

Quelques études ont vérifié le maintien des effets thérapeutiques : elles démontrent que l'amélioration observée à la fin du traitement se maintient quelques mois après le traitement (Becker, Skinner, & Abel, 1982; Kolko, 1986; McNeill & Todd, 1986). Enfin, à l'aide de devis expérimentaux, deux études ont comparé les effets de la thérapie individuelle et de

<sup>7</sup> Dans cette section, un programme de traitement désigne un ensemble de services structurés autour de buts communs. Ces services s'adressent à l'ensemble des membres de la famille impliqués dans la situation d'agression sexuelle soit généralement la victime, l'agresseur et le parent non-agresseur. Les principaux services offerts sont la thérapie individuelle, de groupe et familiale.

groupe (Baker, 1987; Perez, 1988). Selon leurs résultats, la thérapie individuelle et la thérapie de groupe sont aussi efficaces l'une que l'autre à diminuer la dépression et l'anxiété, et à augmenter le sentiment de contrôle.

Une étude évaluative ne faisant pas partie de la recension de Tourigny (1997), celle de Celano et al. (1996), a comparé l'efficacité d'une thérapie individuelle structurée (TIS) à celle d'un traitement individuel traditionnel (i.e. les interventions individuelles généralement offertes par les intervenants sociaux des services de protection de l'enfance). Les deux traitements étaient d'une durée de huit semaines à raison d'environ une heure par semaine. Dans le cadre de la TIS, une moitié de la rencontre individuelle avait lieu avec l'enfant et l'autre avec la mère seule. Les analyses montrent que les deux types de traitement individuel étaient efficaces pour réduire le stress post traumatique (PTSD), les problèmes de comportement, le sentiment de culpabilité et d'impuissance de l'enfant et pour améliorer le soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle. Toutefois, les effets de la TIS sont apparus plus importants, principalement sur le plan de l'amélioration du soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle, de la diminution des sentiments de culpabilité du parent non-agresseur et des appréhensions du parent non-agresseur concernant les effets négatifs de l'agression sexuelle sur l'enfant.

### 2.5.2 Effets des thérapies de groupe

Tourigny (1997) a recensé 21 études évaluant l'efficacité de la thérapie de groupe. Tout comme pour la thérapie individuelle, plusieurs de ces études concluent que la thérapie de groupe est efficace pour réduire de nombreux symptômes associés aux agressions sexuelles. La majorité des études qui ont utilisé un devis pré/post traitement sans groupe de comparaison ont noté des améliorations statistiquement significatives pour plusieurs symptômes. Par contre, sept études n'ont pas constaté de changements significatifs entre le pré- et le post-test, et ce, au moyen d'instruments mesurant diverses variables liées aux effets pressentis de la thérapie.

À partir de devis de type quasi expérimental ou expérimental, quatre études ont noté des améliorations significatives liées à la participation à la thérapie de groupe (Burke, 1988; McGain & McKinzey, 1995; Perez, 1988; Verleur, Hughes, & de Rios, 1986). Ces quatre études ne rapportent que des effets positifs. Par ailleurs, Hyde, Bentovim et Monck (1995) ont vérifié si l'ajout d'une thérapie de groupe à une thérapie familiale pouvait améliorer les effets de la thérapie familiale sur les victimes. Leur conclusion est que l'addition d'une thérapie de groupe n'ajoute aucun effet supplémentaire en ce qui concerne la dépression, le sentiment de compétence, l'estime de soi et les problèmes de comportement chez les victimes.

Les principaux effets positifs de la thérapie de groupe concernent (en ordre des effets les plus souvent démontrés dans les recherches) les problèmes de comportement, l'estime de soi, la dépression, l'anxiété, le stress post traumatique et les symptômes liés à la sexualité. Enfin, aucune des trois études ayant examiné l'isolement social des victimes n'a pu démontrer que la thérapie de groupe avait un effet sur cette variable (De Luca, Hazen, & Cutler, 1993; Hiebert-Murphy, De Luca, & Runtz, 1991; Mackey, Gold, & Gold, 1987). Ce dernier résultat est quelque peu surprenant car la thérapie de groupe est souvent présentée comme un moyen privilégié de rompre l'isolement social des victimes d'agressions sexuelles.

Peu d'études ont vérifié le maintien des améliorations notées à la suite de la thérapie de groupe. Burke (1988) a rapporté que les améliorations constatées à la fin du traitement se maintenaient toujours six semaines après pour la dépression, l'anxiété et les problèmes de comportement. De Luca et al. (1993) ont rapporté que les améliorations concernant l'anxiété et l'estime de soi étaient toujours présentes neuf mois après la fin du traitement mais il n'en était pas de même pour les problèmes de comportement ni pour la solitude. L'étude de Hack, Osachuk et De Luca (1994) qui présentait l'évolution individuelle des enfants ayant participé à une thérapie de groupe, indique quant à elle qu'entre la fin du traitement et sept mois plus tard, certains enfants présentaient une augmentation de l'anxiété, de la dépression et des problèmes de comportement, de même qu'une diminution de l'estime de soi. Enfin, Lindon et Nourse (1994), à partir d'une évaluation clinique réalisée par des thérapeutes, ont constaté un maintien des aspects ciblés par la thérapie de groupe, et ce, 6 et 12 mois après la fin de la thérapie. Ces études suggèrent donc que les effets positifs de la thérapie de groupe se maintiennent à court terme.

Une étude québécoise rapporte des effets négatifs liés à la participation à la thérapie de groupe. En effet, Tourigny et al. (1998) ont constaté qu'une plus grande participation à la thérapie de groupe (offert dans le cadre d'un programme de traitement intégré comportant diverses autres modalités thérapeutiques) était corrélée à des changements négatifs concernant le lieu de contrôle et le sentiment de compétence.

Par ailleurs, lorsqu'on examine l'évolution psychologique de chacun des enfants entre le début du traitement et la fin, la grande majorité des études présentant les résultats individuels (c'est-à-dire pour chaque enfant) montrent que chez un certain pourcentage d'enfants, il y a une détérioration sur le plan psychologique ou comportemental. Ashby, Gilchrist et Miramontez (1987) ont mentionné que 11% des enfants voyaient leur estime de soi diminuer à la suite de la thérapie de groupe. Malgré une diminution significative de l'ensemble des problèmes de comportement chez les enfants ayant participé à la thérapie de groupe, Nelki et Watters (1989) ont constaté une augmentation des problèmes de comportement liés à la sexualité. Enfin, une série d'études évaluatives réalisées par De Luca et ses collaborateurs ont relevé des détériorations de l'état psychologique chez une proportion importante d'enfants ayant participé à une thérapie de groupe (De Luca et al., 1993; Hack et al., 1994; Hiebert-Murphy et al., 1992). Selon les séquelles psychologiques mesurées (la dépression, l'estime de soi, l'anxiété, le sentiment de solitude et les problèmes de comportement), le pourcentage d'enfants dont l'état se détériore en cours de traitement varie de 17% à 60%.

### 2.5.3 Effets des programmes de traitement et des thérapies combinées

Dans l'ensemble, les résultats des évaluations de programmes de traitements ou de thérapies combinées sont moins éloquentes que ceux concernant l'efficacité de la thérapie individuelle ou de groupe (Tourigny, 1997). Premièrement, lorsqu'on examine quels sont les effets (mesurés à partir d'instruments de mesure *administrés aux enfants*) significatifs attribuables à ce type de traitements, il y a toujours plus d'études qui ne constatent pas d'effets liés au traitement que d'études qui rapportent des effets positifs. En effet, que ce soit pour l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, le sentiment de compétence, l'isolement social ou la solitude, il y a toujours autant sinon plus d'études démontrant qu'il n'y a aucun changement à la suite du traitement que d'études démontrant des effets positifs et significatifs. Par exemple,

la seule étude ayant considéré l'anxiété ne rapporte pas d'effet significatif (Mannarino et al., 1991); il en est de même pour la seule étude considérant la solitude (Campbell, Lussier, Vaughan-Jones, McCannell, & Kuncewicz, 1992). Cinq études n'ont identifié aucun effet positif du traitement sur la dépression (Campbell et al., 1992; Friedrich, Luecke, Beilke, & Place, 1992; Mannarino et al., 1991; Oates et al., 1994; Smyth, 1992) alors qu'une seule rapportait des effets positifs (Hyde, Bentovim, & Monck, 1995). On retrouve un portrait semblable pour ce qui est de l'estime de soi ou du sentiment de compétence; cinq études (Campbell et al., 1992; Friedrich, et al., 1992; Hyde et al., 1995; Mannarino et al., 1991; Oates et al., 1994) n'ont pu détecter d'effets positifs du traitement et une étude a rapporté un effet positif statistiquement significatif (Smyth, 1992). Enfin, deux études ont mis en évidence des effets positifs du traitement à partir de mesures évaluant spécifiquement les comportements sexuels (Friedrich et al., 1992; Smyth, 1992) alors que Campbell et al. (1992) ont constaté un effet négatif concernant les croyances sexuelles des adolescents.

Les études utilisant des mesures du comportement de l'enfant *tel que rapporté par un adulte* (généralement un parent non-agresseur ou un professeur) conduisent également à des résultats mitigés. Quatre études ont constaté une diminution significative des problèmes de comportement chez l'enfant (Friedrich et al., 1992; Hyde et al., 1995; Mannarino et al., 1991; Vancouver Incest and Sexual Abuse Centre-VISAC, 1989). Celle de Smyth (1992) ne rapporte pas d'amélioration statistiquement significative pour les adolescents (13 ans et plus), elle en note une pour les enfants de moins de 13 ans. Pour leur part, Oates et al. (1994), Dubowitz et al. (1993), de même que Goodman et al. (1992), malgré l'observation de certains changements positifs des comportements des enfants entre le pré et le post-test, n'ont trouvé aucun lien statistique entre la participation au traitement et l'évolution psychologique observée chez les enfants.

D'autres recherches montrent également que les programmes de traitement ont peu d'effets. Par exemple, Bander et al. (1982) ont souligné que 51% des problèmes sont restés inchangés durant le traitement. Pour leur part, Bentovim et al. (1988) ont noté que 24% des enfants ne montraient aucun changement. Dans l'étude du VISAC (1989), cette proportion est de 30% après 18 mois. Enfin, Oates et al. (1994) n'ont trouvé aucun changement concernant la dépression (19% des enfants), l'estime de soi (37% des enfants) et les problèmes de comportement (38% des enfants).

Enfin, plusieurs études constatent même des effets négatifs. L'évaluation de Campbell et al. (1992), réalisée auprès de 29 adolescents ayant été victimes d'agressions sexuelles, a démontré qu'une augmentation des croyances inadéquates concernant la sexualité et les agressions sexuelles était associée de façon significative à une participation aux thérapies combinées offertes. De même, dans une étude longitudinale sur cinq ans, Tebbutt et al. (1997) ont constaté, à partir d'analyses statistiques, que les jeunes enfants qui avaient reçu de la thérapie entre le 18<sup>e</sup> mois et le 60<sup>e</sup> mois de la prise en charge étaient plus dépressifs et avaient une plus faible estime de soi que ceux qui ne recevaient pas de thérapie. Ils n'ont toutefois trouvé aucun lien entre les problèmes de comportement tels que rapportés par les parents et la participation à la thérapie. Enfin, dans une étude longitudinale de 5 ans auprès de 82 enfants agressés sexuellement dans une garderie, Waterman et Kelly (1993) ont trouvé une corrélation négative entre l'état psychologique et la participation au traitement, c'est-à-dire que les enfants qui ont été le plus longtemps en thérapie montrent davantage de détresse émotionnelle.

Ils interprètent ces résultats en mentionnant qu'il est possible que les enfants les plus affectés au plan psychologique reçoivent plus de thérapie. De plus, un score élevé au CBCL (problèmes de comportement) est associé à un plus grand nombre de modalités de traitement auxquelles les parents ont participé.

Outre les effets négatifs statistiquement significatifs ci-dessus mentionnés, 71% (10/14) des évaluations de programmes de traitement examinées dans la recension de Tourigny (1997) ont observé des effets négatifs sur l'état psychologique des enfants liés à leur participation au traitement. Il s'agit généralement d'une détérioration de l'état des enfants entre le pré- et le post-test ou entre le pré- et le *follow-up*. Bien que moins significatif du point de vue statistique, le nombre de ces observations paraît suffisamment important pour qu'elles soient présentées en détail.

En 1995, Hyde et al. comparaient les effets de la thérapie familiale (groupe 1) et de la thérapie familiale jumelée à de la thérapie de groupe (groupe 2); bien que les résultats aient montré une amélioration statistiquement significative pour chacun des deux groupes, l'examen de l'évolution individuelle des 47 enfants (les deux groupes combinés) révèle que :

“Un certain nombre d'enfants montrèrent de plus mauvais résultats (aux tests) à la fin de l'étude qu'au début : la proportion d'enfants dont les résultats attestent un effet négatif est de 21% en ce qui concerne la dépression, 39% en ce qui concerne l'estime de soi, 33% pour les problèmes de comportement rapportés par le professeur, 31% pour ceux rapportés par la mère/figure parentale et 36% en ce qui concerne les symptômes rapportés par les enfants eux-mêmes.”<sup>8</sup> (p. 1392)

Gomes-Schwartz et al. (1990) ont examiné l'évolution de 81 enfants dans les 18 premiers mois suivant l'admission à un programme de traitement. Ces auteurs ont rapporté que, selon les instruments de mesure et le type de problèmes, de 17% à 24% des enfants présentaient une augmentation des problèmes de comportement alors que 32% vivaient une baisse de l'estime de soi.

Oates et al. (1994) ont également constaté, sur une période de 18 mois, qu'une proportion non négligeable des 82 enfants agressés sexuellement voyaient leur état psychologique se détériorer. En fait, cette proportion est de 19% dans le cas de l'estime de soi, de 15% pour la dépression et de 9% concernant les problèmes de comportement. Les mêmes enfants ont été rencontrés 42 mois plus tard, soit cinq ans après la première évaluation. Les résultats indiquent qu'il n'y a aucun signe évident de changement en ce qui concerne le niveau moyen de dépression, d'estime de soi ou de problèmes comportementaux entre la première mesure et cinq ans plus tard (Tebbutt et al., 1997). Cinq ans plus tard, 48% des enfants étaient tristes ou dépressifs, 41% avaient une faible estime de soi et 47% montraient des problèmes de comportement. En termes de changement dans le temps, 44% des enfants qui étaient dépressifs légers à l'entrée avaient une amélioration cinq ans plus tard mais une proportion semblable d'enfants (41%), qui étaient sans symptômes à l'entrée présentaient des symptômes cinq ans après. Le même phénomène dans des proportions semblables s'est

<sup>8</sup> Traduction libre de “A number of children showed ‘worse’ scores at the end of the study period than the beginning: The proportion showing ‘worse’ scores were 21% for depression, 39% for self-esteem, 33% for teachers reports of behavior, 31% for the mother/caregivers symptoms reports, and 36% for children’s self-reports symptoms.”

produit concernant l'évolution de l'estime de soi et des problèmes de comportements (Tebbutt et al., 1997).

Enfin, Bentovim et al. (1988) montrent que sur une période variant de 2 à 5 ans suivant l'admission à un programme de traitement, 10% des enfants ont davantage de problèmes qu'au moment de l'entrée. L'évaluation du VISAC (1989) rapporte que, malgré une amélioration statistiquement significative du niveau moyen des symptômes entre le pré- et le post-test, 3% des enfants manifestaient une augmentation de symptômes au post-test. Enfin, deux autres études rapportent de légères détériorations en cours de traitement pour certains symptômes (Bander et al., 1982; Kroth, 1979).

#### 2.5.4 Taux de revictimisation à la suite de la prise en charge

Le taux de revictimisation à la suite d'une prise en charge par les services de protection est également un indicateur de l'efficacité des services de la protection de l'enfance et des traitements offerts. Les études recensées montrent que ces taux oscillent entre 0% et 20% pour des durées variant de 6 à 60 mois (Faller, 1991; Tourigny, 1997; Tebbutt et al., 1997). Une seule des études ayant évalué l'efficacité de la thérapie individuelle nous informe à ce sujet : Kolko (1986) a constaté que l'enfant de son étude de cas n'avait pas été ré-agressé sexuellement 12 mois après le début du traitement. Pour la thérapie de groupe, deux études n'ont retracé aucune victimisation dans les 12 mois suivant la fin du traitement (N = 6 dans chacune des études) (Lindon & Nourse, 1994; Nelki & Watters, 1989). Par contre, Carozza et Heirsteiner (1982), de même que Hack et al. (1994), ont obtenu respectivement un taux de 6% durant le traitement (N = 36) et de 14%, sept mois après la fin du traitement (N = 7).

Concernant les taux de revictimisation chez les enfants participant aux programmes de traitement ou suite à la prise en charge par les services de protection de l'enfance, Gomes-Schwartz et al. (1990) de même que Tourigny et al. (1998) constataient des taux de 5% (N = 113) et 8% (N = 63) respectivement, sur une période d'environ 18 mois suivant l'admission au programme. Messier (1986) a noté un taux de 15% (N = 85) durant une période de prise en charge de 22 mois en moyenne, et elle soulignait qu'un autre 20% des enfants étaient à risque d'être revictimisés selon l'évaluation de l'intervenant social responsable du dossier. Pour une période de cinq ans, Bentovim et al. (1988) obtenaient un taux de 16% (N = 180), comparable aux taux de 19% de Daro (1988) et de 20% (N = 64) de Tebbutt et al. (1997). À partir d'échantillons de plus petite taille, deux études n'ont constaté aucune revictimisation des enfants traités dans les programmes évalués, et ce, sur des périodes variant de 15 à 36 mois (Furniss, Bingley-Miller, & van Elburg, 1988; Giarretto, 1982). Enfin, Bander et al. (1982) soulignaient, pour leur part, que les cliniciens du programme évaluèrent que 37% des 81 enfants étaient encore exposés à une exploitation sexuelle potentielle à la fin du traitement. Ce taux était de 29% (n = 17) dans l'étude du VISAC (1989).

Finalement, trois recherches ont également indiqué le pourcentage d'enfants (très majoritairement des garçons) qui, durant le traitement, ont agressé sexuellement un autre enfant : Campbell et al. (1992) rapportaient un taux de 14% sur 18 mois, Gomes-Schwartz et al. (1990) mentionnaient un taux de 1% sur une période de 18 mois alors que Tourigny, Péladeau et Doyon (1993) constataient un taux de 6% pour une période de 16 mois.

En résumé, les recherches portant sur l'efficacité des interventions thérapeutiques auprès des enfants victimes d'agressions sexuelles, nous montrent que ces thérapies semblent efficaces à réduire les séquelles psychologiques et les problèmes de comportements des enfants, et ce, tout spécialement dans le cas des thérapies individuelles et de groupe. Par contre, ces études soulignent également qu'une certaine proportion d'enfants ne voient pas leur état s'améliorer et alors qu'une autre proportion d'enfants voient leur état se détériorer en cours de traitements.

## 2.6 Examen médical

Nous avons recensé quelques études exploratoires examinant les effets de l'examen médical sur les enfants agressés sexuellement (Lazebnik et al., 1994; Steward, Steward, Loye, & Neinhart, 1991; Steward, Schmitz, Steward, Joye, & Reinhart, 1995; Thevenin, 1989 : voir Berson, Herman-Giddens, & Frothingham, 1993). La première, réalisée auprès de 99 enfants ayant été examinés à la suite d'une agression sexuelle, a montré que la peur de l'examen était très liée à des expériences médicales antérieures négatives (Lazebnik et al., 1994). Une autre étude, réalisée auprès de 43 dyades mères/filles, a évalué le niveau d'anxiété avant et après l'examen médical (Steward et al., 1995). Les résultats confirment une réduction de l'anxiété chez les enfants suite à l'examen médical. Par contre, l'anxiété des mères est restée inchangée. De plus, les résultats ont mis en évidence le peu de préparation des enfants à l'examen médical en termes de connaissances du but et du déroulement de la rencontre avec le personnel médical. Quelques années plus tôt, la même équipe de chercheurs avait comparé, à partir d'enregistrements vidéo, les comportements de jeunes enfants agressés sexuellement soumis à un examen génital comportant l'utilisation d'un *colposcope*<sup>9</sup> à des enfants ayant subi d'autres formes d'interventions médicales comme une épidurale (Steward et al., 1991). Cette comparaison a montré que les enfants soumis à l'examen génital manifestaient moins de détresse émotionnelle que les enfants vivant d'autres formes d'interventions médicales.

L'étude de Thevenin (1989 : voir Berson et al., 1993) a été réalisée auprès de 30 enfants soupçonnés d'avoir été victimes d'une agression sexuelle. La moitié d'entre eux avaient reçu une préparation à l'examen médical alors que l'autre moitié ne l'avait pas reçue. Il en ressort que les enfants préparés à l'examen ont présenté moins de détresse que ceux du groupe contrôle.

Enfin, Berliner et Conte (1995) ont constaté une association entre le fait que l'enfant avait subi un examen médical et des problèmes comportementaux tels que rapportés par le parent non-agresseur. Toutefois, cette relation n'était pas présente lorsqu'on examinait les mesures de l'état psychologique recueillies auprès de l'enfant lui-même. Selon les propos des enfants, la sensibilité des médecins lors de l'examen médical et lorsqu'ils posaient des questions semble avoir réduit leur anxiété. De même, Henry (1997) n'a trouvé aucun effet de l'examen médical sur l'adaptation psychologique tel que mesuré auprès de l'enfant.

---

<sup>9</sup> Le colposcope est un instrument initialement construit pour améliorer les examens génitaux chez les adultes mais il est maintenant utilisé dans les examens des régions génitales et anales chez les enfants soupçonnés d'avoir été agressés sexuellement. L'instrument comprend une source de lumière et des lentilles grossissantes (souvent 5-20X). Le colposcope peut également être accompagné d'une caméra munie d'une lampe. Le tout étant très compact et très maniable.

En somme, malgré le caractère momentanément stressant de l'examen médical, jusqu'à maintenant les recherches n'ont pas identifié d'effet négatif à court terme, mais ce, pour autant que les enfants soient bien préparés à l'examen et suivis par des experts. En effet, Dubowitz (1998) souligne que ces résultats doivent être interprétés avec prudence puisque les études citées plus haut, à l'exception de celle de Berliner et Conte (1995), ont été réalisées dans des cliniques et avec des médecins spécialisés dans les examens médicaux auprès des enfants soupçonnés d'avoir été agressés sexuellement. On ne peut donc généraliser les résultats à l'ensemble des examens médicaux réalisés auprès d'enfants soupçonnés d'avoir été agressés sexuellement.

## 2.7 Tribunal de la jeunesse ou cour juvénile

Deux études rapportent des résultats concernant l'implication d'enfants agressés sexuellement dans des procédures à la cour juvénile (Henry, 1997; King, Hunter, & Runyan (1988). King et al. (1988) ont suivi 76 enfants sur une période de cinq mois. Quarante-cinq pour cent (45%) des dossiers ont été judiciairisés à la cour juvénile et 16% des enfants y ont témoigné. Les analyses multivariées montrent que les enfants qui ont témoigné en cour juvénile sont 20 fois plus susceptibles de montrer une réduction de l'anxiété que les enfants qui n'ont pas eu d'expériences en cour juvénile. Les enfants dont la cause était toujours en attente d'un procès au moment de l'étude sont 12 fois plus à risque de ne pas manifester de baisse des symptômes de dépression que les enfants dont la cause est closé ou qui n'ont pas été impliqués à la cour juvénile. Henry (1997) n'a trouvé aucun lien entre le type de cour (juvénile versus criminelle) et le témoignage, d'une part et l'adaptation psychologique des enfants, d'autre part.

Ces résultats suggèrent que le processus judiciaire, s'il est rapide, peut ne pas être négatif et que le fait de témoigner peut donner à l'enfant un sentiment de puissance ou de contrôle. Ces résultats impliquent donc que l'on ne doit pas nécessairement éviter le témoignage mais que l'on doit en revanche accélérer le processus judiciaire, et ce, en ayant le souci de bien soutenir les enfants et leurs proches comme nous le verrons plus précisément dans la prochaine section.

## 2.8 Plaintes policières et poursuites en cour criminelle

L'intervention du système judiciaire dans le contexte des enfants agressés sexuellement fait également l'objet de débats importants. Certains auteurs avancent que la criminalisation présente de nombreux désavantages parmi lesquels des risques potentiels de causer du tort aux enfants victimes d'une agression sexuelle et des effets négatifs sur la participation des agresseurs au traitement thérapeutique (King et al., 1988; Newberger, 1987). D'autres auteurs ont souligné au contraire l'importance de criminaliser entre autres : 1) pour diminuer les agressions sexuelles en émettant un message clair sur la nature criminelle de l'agression sexuelle d'un enfant; et 2) pour améliorer l'intervention sociale auprès des victimes et des agresseurs en définissant mieux les rôles et responsabilités des différents intervenants et en augmentant la pression sur les agresseurs pour qu'ils participent au traitement thérapeutique (Giarretto, 1982; Lindsay & Regehr, 1993).

Depuis un certain nombre d'années, plusieurs réformes du système judiciaire concernant les cas d'enfants victimes d'agression sexuelle ont été suggérées (Bertrand, Hornick, &

Bolitho, 1995; King et al., 1988). Ces modifications ou réformes visent généralement deux aspects distincts : assurer une crédibilité et une justesse des témoignages des enfants, et améliorer le contexte et l'environnement judiciaire afin de contrer son impact potentiellement négatif sur les enfants qui y sont impliqués. Cette section porte uniquement sur le second aspect, c'est-à-dire que nous présenterons les études ayant examiné les conséquences du processus judiciaire sur les enfants victimes d'agression sexuelle et les effets de quelques programmes de préparation à la cour.

### 2.8.1 Processus judiciaire et témoignage de l'enfant à la cour criminelle

Il est important de rappeler, comme nous l'avons montré à la section 1.3, que le nombre d'enfants agressés sexuellement et susceptibles de témoigner à la cour est faible comparativement au nombre d'enfants agressés sexuellement et connus des services de protection. Ainsi, lors de l'organisation des services aux victimes et de la distribution des ressources, les décideurs et les gestionnaires devraient normalement considérer cet aspect important. Par exemple, Cross et al. (1994) soulignaient qu'il peut être plus avantageux et socialement justifié d'investir dans le développement de nouvelles pratiques dans les premières phases du processus judiciaire (par exemple, pour les entrevues d'enquêtes policières et judiciaires), pratiques qui profiteraient à un grand nombre de victimes, que d'investir dans le développement de technologies sophistiquées favorisant une réduction des effets du témoignage sur les enfants victimes, ce qui ne profiterait qu'à une minorité des enfants impliqués dans le processus judiciaire (par exemple, les installations vidéo qui permettraient de faire témoigner l'enfant dans une pièce autre que la cour de façon à réduire le stress du témoignage en cour).

Nous avons recensé une dizaine d'études ayant examiné les effets du processus judiciaire dans son ensemble et les effets spécifiques du témoignage en cour ou des entrevues d'enquête réalisées à différentes étapes du processus (Berliner & Conte, 1995; Cross, De Vos, & Whitcomb, 1994; Goodman et al., 1992; Henry, 1997; Johnson & Kenkel, 1991; Oates et al., 1995; Tebbutt et al., 1997; Tedesco & Schnell, 1987; Tidwell et al., 1990 : voir Lipovsky, 1994 ; Whitcomb et al., 1994; Whitcomb et al., 1991).

De façon globale, les études démontrent que le fait de témoigner en cour représente un événement particulièrement anxigène et stressant pour la victime et sa famille (Berliner & Conte, 1995; Goodman et al., 1992; Henry, 1997; Tedesco & Schnell, 1987; Tidwell et al., 1990 : voir Lipovsky, 1994). La plupart des résultats qualitatifs confirment que les enfants vivent beaucoup de stress avant et pendant le témoignage en cour sans toutefois que ce stress soit perçu négativement par les enfants une fois cet événement passé. Par exemple, Henry (1997) a interviewé les enfants à la suite de leur implication dans le système judiciaire, et ses analyses qualitatives ont montré que : 1) 34% des enfants ont mentionné que le témoignage avait été une expérience négative alors que 48% ont décrit le témoignage comme les ayant aidé; 2) 55% des enfants ont souligné que le fait de témoigner avait contribué à augmenter leur confiance envers les professionnels; 3) lors du témoignage, la présence de l'agresseur présumé fut l'aspect le plus stressant pour les enfants; et 4) presque tous les enfants ont mentionné que la présence d'un adulte de confiance les avait aidés lors du témoignage en cour. À partir d'entrevues faites auprès des enfants, Berliner et Conte (1995) ont rapporté des résultats similaires et même plus positifs encore. Ces auteurs ont montré que : 1) le témoignage est

décrit par les enfants comme une expérience difficile et inquiétante, quoique dans certains cas, cette perception fût davantage liée à la confrontation avec l'agresseur durant le procès; 2) plusieurs enfants ont toutefois souligné que le témoignage n'était pas aussi "terrible" qu'ils l'avaient pensé d'abord; 3) certains enfants ont même exprimé le regret de ne pas avoir eu à témoigner; et 4) plusieurs enfants qui n'ont pas participé au processus judiciaire ont mentionné regretter de ne pas y avoir participé (c'est-à-dire qu'il n'y ait pas eu de poursuite judiciaire dans leur cas). Berliner et Conte (1995) concluaient en disant que la majorité des enfants auraient préféré être impliquer davantage dans le processus judiciaire. À la suite d'entrevues semi-structurées, Goodman et al. (1992) rapportent également qu'avant le témoignage les enfants exprimaient des sentiments négatifs envers le témoignage, le fait d'avoir à parler à l'avocat de la défense et le fait d'avoir à faire face à l'agresseur. Toutefois, après le témoignage, une proportion significative des enfants ont exprimé un sentiment de soulagement et plusieurs d'entre eux ont dit que l'expérience ne s'était pas avérée aussi négative qu'ils l'avaient anticipé. Pour les enfants, l'élément le plus stressant lors du témoignage a été la présence de l'agresseur. Enfin, Tedesco et Schnell (1987) rapportent que 48% des victimes ont mentionné que le ou les témoignages avaient été bénéfiques, 19% qu'ils avaient plutôt eu un effet négatif et un autre 19% qu'ils avaient été l'un et l'autre.

Bien que le fait de témoigner en cour criminelle soit anxiogène, il n'est cependant pas lié à des difficultés d'adaptation psychologique à court terme (Berliner & Conte, 1995; Goodman et al., 1992; Henry, 1997; Johnson & Kenkel, 1991; Oates et al., 1995; Tidwell et al., 1990 : voir Lipovsky, 1994 ; Whitcomb et al., 1994; Whitcomb et al., 1991) ou à long terme (Tebbutt et al., 1997). Aucune des études recensées n'a noté de différences significatives entre l'état psychologique des enfants qui ont témoigné et celui des enfants qui n'ont pas témoigné. Toutefois, quelques études ont montré que les enfants qui témoignent plus d'une fois et ceux qui vivent des contre-interrogatoires difficiles ont davantage de difficultés d'adaptation à court terme (Goodman et al., 1992; Henry, 1997; Tedesco & Schnell, 1987; Whitcomb et al., 1991). De plus, une étude a montré que ce n'est pas tant le fait de témoigner qui a un impact sur l'état psychologique mais davantage la période précédant le témoignage, une période d'anticipation et d'appréhension (Berliner & Conte, 1995). Comme nous le verrons à la section 2.8.2, il semble que la présence d'un adulte de confiance et la participation à un programme de préparation pourraient expliquer que le témoignage n'est pas négatif pour le développement de l'enfant.

D'autres caractéristiques liées au processus judiciaire ont été examinées afin de voir leur influence sur l'état psychologique des enfants impliqués. Premièrement, les résultats montrent que le fait d'avoir été impliqué (versus le fait de ne pas l'avoir été) dans le processus judiciaire n'est pas lié à l'état psychologique de l'enfant (Goodman et al., 1992; Johnson & Kenkel, 1991; Tebbutt et al., 1997). Deuxièmement, les enfants dont le dossier a été accepté par la couronne présentent moins de symptômes psychologiques que les enfants dont le dossier n'a pas été retenu (Cross et al., 1994). En raison de sa nature corrélationnelle, cette étude de ne permet toutefois pas d'établir si le substitut du procureur de la couronne acceptait davantage les enfants ayant moins de symptômes ou si les enfants dont le dossier n'avait pas été retenu avaient vu leur état se détériorer. Troisièmement, deux études (Goodman et al., 1992; Johnson & Kenkel, 1991) indiquent que le résultat du processus judiciaire (par exemple, le jugement rendu et la sentence) n'a pas d'effet sur l'état psychologique des enfants alors qu'une autre (Sas et al., 1993) démontre qu'après trois ans, les enfants qui avaient témoigné et

dont l'état psychologique s'était détérioré étaient les enfants dont l'agresseur présumé avait été reconnu non coupable. Quatrièmement, un plus grand nombre d'entrevues et de contacts avec les divers intervenants du système judiciaire s'accompagne d'un plus grand nombre de symptômes psychologiques chez les enfants (Berliner & Conte, 1995; Henry, 1997). Cinquièmement, les enfants dont les parents perçoivent le système judiciaire plus positivement à la suite de leur implication démontrent une meilleure adaptation psychologique (Goodman et al., 1992). Et finalement, lors de son témoignage à la cour, la position de l'enfant par rapport à celle du présumé agresseur n'a pas de lien avec la symptomatologie chez l'enfant (Henry, 1997).

Deux études particulièrement rigoureuses sur le plan méthodologique méritent d'être examinées de plus près, soit celles de Goodman et al. (1992) et de Whitcomb et al. (1991). Goodman et al. (1992) ont suivi 218 enfants victimes d'agression sexuelle engagés dans un processus de référence pour des poursuites judiciaires (c'est-à-dire dont le dossier a été accepté par le substitut du procureur de la couronne). Les enfants ont été rencontrés pour la première fois immédiatement après que leur dossier eut été accepté pour des poursuites judiciaires, au moment de leur première apparition en cour, 3 et 7 mois après leur première apparition en cour et enfin lorsque leur cas a été fermé. Les enfants ont également été interviewés immédiatement avant et après leur témoignage afin de mieux connaître leurs pensées et sentiments concernant cette expérience. Selon les résultats, il n'y avait aucune différence entre les enfants qui avaient témoigné et ceux qui ne l'avaient pas fait, à l'exception des problèmes de comportement à sept mois, alors que les enfants qui n'avaient pas témoigné montraient moins de problèmes que le groupe d'enfants qui avaient témoigné. Cependant, les enfants qui avaient eu à témoigner plus d'une fois montraient moins d'amélioration de leur fonctionnement psychologique que ceux qui n'avaient pas eu à témoigner ou ceux qui n'ont témoigné qu'une seule fois.

Les enfants qui s'étaient améliorés (problèmes de comportement et anxiété) au suivi final étaient : ceux dont les parents avaient connu un accroissement de leur satisfaction envers le système judiciaire ; ceux dont les parents croyaient que le système judiciaire était juste ; ceux dont les parents ne croyaient pas que le système avait eu un impact négatif sur leur enfant. Les facteurs suivants ne paraissaient pas être en lien avec l'amélioration des comportements et de l'anxiété des enfants : le fait d'avoir reçu de la thérapie, le nombre d'entrevues d'enquête et le résultat du processus judiciaire (Goodman et al., 1992).

L'étude de Whitcomb et al. (1991) visait à examiner, dans quatre régions géographiques distinctes, les pratiques courantes concernant l'implication des enfants agressés sexuellement dans le système judiciaire, et à mesurer les effets de cette implication sur les enfants. Deux cents cinquante-six (256) enfants ont été rencontrés peu de temps après la référence de leur dossier pour une poursuite judiciaire, 7 et 9 mois plus tard. Les éléments mesurés concernaient tous les effets potentiels d'une agression sexuelle ou d'une implication dans le processus judiciaire. Les résultats indiquaient que le nombre de témoignages et les témoignages difficiles (avec de longs contre-interrogatoires) augmentaient la détresse psychologique, et que les plus jeunes enfants vivaient moins de détresse psychologique que les plus vieux. Les auteurs concluent que le témoignage de l'enfant durant le processus judiciaire augmente sa détresse psychologique seulement lorsque les témoignages surviennent plus d'une fois (Whitcomb et al., 1991).

Quelques études recensées ont également documenté la perception des différents acteurs impliqués dans le système judiciaire (Oates et al., 1995; Tedesco & Schnell, 1987; Tidwell et al., 1990 : voir Lipovsky, 1994). Nous avons vu que la perception des enfants n'était pas aussi négative qu'on aurait pu le croire. Par contre, celle des parents et des intervenants sociaux s'avère plus négative.

Oates et al. (1995) ont constaté que la majorité des parents (55%) se sont dits insatisfaits du système judiciaire principalement parce qu'ils percevaient ce système comme ayant eu des effets potentiellement négatifs sur leur enfant. Cette insatisfaction n'était pas liée statistiquement à la conclusion du processus ou du procès.

Lors de l'étude de Tidwell et al. (1990 : voir Lipovsky, 1994) sur la perception des différents acteurs concernant les effets négatifs potentiels sur l'enfant du témoignage en cour, 64% des enfants ont indiqué que le témoignage avait été stressant et inquiétant alors que 74% des parents rapportaient que le témoignage avait été une expérience négative pour leur enfant. Les avocats de la victime (81%) étaient plus enclins à mentionner que le témoignage était une expérience négative pour les enfants que les avocats de la défense (25%). Pour leur part, Tedesco et Schnell (1987) ont constaté une différence significative au niveau des perceptions des différents acteurs concernant les effets du processus judiciaire sur l'enfant. Les thérapeutes de la victime étaient enclins à mentionner que le processus judiciaire était plutôt préjudiciable pour l'enfant, contrairement aux parents et aux enfants qui mentionnaient que le processus judiciaire avait plutôt été aidant. En somme, les enfants sont ceux qui percevaient le système judiciaire le plus positivement alors que les intervenants sociaux auraient une vision plutôt négative du système judiciaire du point de vue de ses effets sur l'enfant.

Soulignons en terminant que l'étude de Burgess et al. (1990) a démontré que le système judiciaire augmente la détresse psychologique des parents dont l'enfant est impliqué dans le processus judiciaire. Cette étude concernait des enfants ayant été agressés sexuellement dans des garderies et les auteurs ont examiné les effets sur les parents du témoignage en cour de leurs enfants. Au total, 65 mères et 46 pères ont rempli le *Symptom Checklist-90-R* qui mesure la détresse psychologique des parents et le *Impact of Event Scale (IES)* qui mesure la nature des expériences vécues dans une période récente et concernant un événement spécifique, dans ce cas-ci l'agression sexuelle de leur enfant. Les résultats indiquent que : 1) les mères dont l'enfant a eu à témoigner vivent davantage de détresse psychologique (SC-90-R) que les mères des enfants qui n'ont pas eu à témoigner; 2) les pères dont l'enfant a eu à témoigner vivent davantage de détresse psychologique que les pères des enfants qui n'ont pas eu à témoigner. Le groupe de parents dont les enfants ont eu à témoigner diffère du groupe dont les enfants n'ont pas témoigné par la présence de certains événements familiaux stressants. Dans le premier groupe, les parents rapportent plus d'événements négatifs stressants, plus de séparations conjugales, plus de mortalités dans la famille, plus de pertes de revenus financiers et une participation plus fréquente à des traitements thérapeutiques. Ces derniers résultats pourraient donc expliquer pourquoi les parents des enfants qui ont témoigné en cour ont plus de détresse psychologique, leur détresse psychologique serait alors liée à ces différents événements stressants (plus nombreux dans ce groupe) et non au témoignage de leur enfant.

## 2.8.2 Programme de préparation à la cour criminelle et autres améliorations du système judiciaire

Nous avons identifié quatre études ayant évalué les effets de programmes visant à faciliter l'implication dans le processus judiciaire des enfants victimes d'agressions sexuelles (Dible & Teske, 1993; Martone et al., 1996; Sas, Wolfe, & Godwey, 1996; Schmolka, 1992). L'étude de Sas et al. (1991 : voir Sas et al., 1996) a évalué un programme canadien de préparation à la cour, le *Child Witness Project* (CWP), dont les objectifs étaient : 1) de démystifier le processus judiciaire par l'information et l'éducation ; 2) de réduire la peur et l'anxiété liées au témoignage des victimes ; et 3) d'augmenter le sentiment de contrôle de l'enfant par le soutien affectif et la défense de ses droits (Sas et al., 1991 : voir Sas, Wolfe, & Godwey, 1996). Le programme de préparation incluait une composante éducative, une composante de réduction de stress, et une composante de consultation auprès d'autres professionnels du système judiciaire. Selon les résultats de l'étude, les principaux stress vécus par l'enfant lors de son passage en cour sont : les longs délais, la présence d'un public dans la salle d'audience, la présence de l'agresseur lors du témoignage, la difficulté à comprendre des procédures complexes, les interactions avec de nombreux intervenants, les changements d'avocat de la couronne, les contre-interrogatoires de l'avocat de la défense, l'absence de soutien familial lors du témoignage et les difficultés liées aux conséquences telles que le placement et le rejet de l'enfant par les autres membres de la famille.

Concernant les effets du programme, l'étude a montré que tant le CWP que les services courants d'aide aux victimes augmentaient significativement les connaissances de l'enfant concernant la cour. Cette augmentation est toutefois significativement plus grande en ce qui concerne le CWP qu'en ce qui concerne les services courants. Le CWP diminue de façon significative les peurs et l'anxiété des enfants au moment de leur témoignage en cour. Les enfants décrivaient favorablement le programme en mentionnant qu'ils s'étaient sentis compris par leur thérapeute, avaient eu moins peur, qu'ils en connaissaient davantage sur le système judiciaire et qu'ils sentaient qu'ils avaient été de bons témoins.

La même équipe de chercheurs a examiné l'état psychologique des enfants trois ans après la fin du programme (Sas et al., 1993 : voir Sas et al., 1996). Il en ressort qu'une détérioration de l'état psychologique des enfants ayant témoigné est associée à l'acquittement de l'agresseur présumé, et au fait que l'agresseur est le père de l'enfant.

Au Canada, Schmolka (1992) a effectué un compte rendu des différentes recherches effectuées par le ministère de la Justice du Canada dans plusieurs provinces canadiennes portant sur les effets des modifications engendrées par la loi C-15<sup>10</sup> entrée en vigueur en 1988. Une étude portant sur les dispositions relatives à l'exploitation sexuelle des enfants dans les villes d'Edmonton, Calgary, Regina, Saskatoon et Hamilton (Hornick et Bolitho, 1992 : voir Schmolka, 1992) révèle les augmentations suivantes par rapport à la période précédant

<sup>10</sup> Par suite des recommandations du rapport de la Commission Badgley (1984) sur l'exploitation sexuelle à l'égard des enfants, les projets de loi C-15 adopté en 1988 et C-126 adopté en 1993, ont modifié le code criminel canadien et la loi de la preuve afin d'améliorer : (1) l'obtention de résultats positifs dans les cas d'agression sexuelle envers les enfants, (2) l'expérience vécue par les enfants témoins et les autres témoins, (3) la protection des enfants témoins et des autres témoins, et (4) les sentences, afin qu'elles soient congruentes avec la gravité des agressions commises (Standing Committee on Justice and the Solicitor General, voir Sas, Wolfe et Godwey, 1996).

l'introduction de la nouvelle loi : les cas d'exploitation sexuelle d'enfants signalés à la police, les plaintes portées par la police, les poursuites judiciaires pour les victimes âgées de 4 à 9 ans et le témoignage de jeunes victimes en cour. Biensenthal et Clement (1992 ; Sas et al., 1996) ont effectué entre 1988 et 1992 une étude pour le département de justice canadien dont l'objectif était de vérifier l'efficacité de la mise en application des modifications apportées par la loi C-15 pour l'ensemble du Canada. Les auteurs rapportent les mêmes augmentations.

À partir de dossiers d'enfants signalés aux services de protection de l'enfance, Martone et al. (1996) ont comparé le cheminement des dossiers (N = 228) d'enfants agressés sexuellement qui ont été signalés aux services policiers (*Area V Police*), au cheminement de dossiers (N = 223) d'enfants agressés sexuellement ayant participé à un programme novateur. Ce programme consistait principalement à coordonner les entrevues d'évaluation et d'enquête des situations d'agressions sexuelles à partir d'une équipe multidisciplinaire (*Victim Sensitive Interviewing Program - VSIP*). Les auteurs ont constaté que le programme VSIP n'entraînait pas une augmentation de la proportion des dossiers menant à une poursuite criminelle, à un plaidoyer de culpabilité et à un procès. Le VSIP augmentait toutefois le nombre de présumés agresseurs identifiés lors de la plainte policière, le nombre de présumés agresseurs arrêtés et le nombre de signalements jugés fondés par les services de protection de l'enfance. Enfin, les dossiers suivis par le VSIP demeuraient engagés plus longtemps dans un processus judiciaire que les dossiers provenant des services réguliers de police (577 jours versus 412 jours respectivement).

Pour leur part, Dible et Teske (1993) ont évalué les effets de l'introduction d'un programme de préparation et d'assistance auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et impliqués dans le processus judiciaire (principalement au niveau du témoignage en cour). Les auteurs ont analysé 352 cas de poursuites judiciaires concernant un enfant victime d'agressions sexuelles. Les poursuites ont été menées à terme entre le 1<sup>er</sup> janvier 1983 et le 31 décembre 1989 et les auteurs ont comparé les cas dont la poursuite a été menée à terme avant le 17 août 1985 à celles menées à terme après cette date. Le 17 août 1985 représente le moment d'introduction du programme de préparation. Bien qu'aucune analyse statistique des résultats n'ait été réalisée, les données indiquent que le programme a entraîné une augmentation : 1) du taux d'agresseurs reconnus coupables à la fin du procès (72% versus 38% pour le groupe sans programme); 2) de la proportion d'agressions sexuelles graves (48% versus 10%); 3) de la proportion des agresseurs qui ont reçu une sentence (48% versus 25%); et 4) de la durée moyenne des sentences de probation ou d'emprisonnement pour les plaidoyers de culpabilité (7,2 ans versus 1,3 ans).

Soulignons en terminant que deux recherches ont rapporté que la présence d'un adulte de confiance aux différentes étapes du processus judiciaire, de même que le fait de recevoir de l'information régulièrement aidaient les enfants et permettaient de réduire les effets négatifs du processus judiciaire (Henry, 1997; Tidwell et al., 1990 : voir Lipovsky, 1994).

## 2.9 Limites méthodologiques générales des études recensées

Il est difficile de brosser un portrait précis des limites méthodologiques de l'ensemble des études présentées dans ce rapport, compte tenu du fait qu'il aborde plusieurs champs de recherche distincts et spécifiques, chacun comportant des limites méthodologiques

particulières. Toutefois, il est possible de dégager des limites méthodologiques générales que nous présentons dans cette section.

Plusieurs des études rapportées sont de nature rétrospective ou corrélationnelle, ce qui ne permet pas d'établir une séquence des événements, ni la relation exacte entre ceux-ci, d'une part, et l'état psychologique des enfants, d'autre part. Par exemple, nous avons vu que certaines études montrent que le soutien maternel est associé à un meilleur état psychologique des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans les études rétrospectives ou corrélationnelles, il n'est pas possible de savoir si cette association illustre le fait que les enfants qui reçoivent du soutien maternel s'adaptent mieux psychologiquement ou à l'inverse le fait que les enfants qui sont mal adaptés psychologiquement sont plus susceptibles d'être moins soutenus par la mère en raison justement de leurs problèmes d'adaptation et de comportement. Ce type d'études ne nous permet donc pas de savoir quelle variable vient avant l'autre. Les études longitudinales nous apprennent donc davantage sur la séquence et l'évolution des variables examinées.

Une autre limite importante concerne la définition même des différents événements examinés dans cette recension. Qu'il s'agisse du soutien maternel, du placement, du témoignage en cour ou de tout autre événement, les définitions variaient d'une recherche à l'autre. De plus, nous pouvons dire que de façon générale, les définitions utilisées jusqu'à maintenant manquent de précision. Par exemple, l'événement "placement" peut se définir comme tout retrait de l'enfant de son milieu familial pour une période de 24 heures, de deux semaines ou de plus de six mois, selon les études. Par ailleurs, plusieurs caractéristiques du placement ont été très peu examinées, comme le type du placement (par exemple, placement en famille d'accueil versus placement dans la parenté), la durée et les raisons du placement (par exemple à la demande de l'enfant versus à la demande du parent ou de l'intervenant social). Ces caractéristiques du placement pourraient influencer différemment l'adaptation psychologique de l'enfant. D'autres aspects comme le soutien maternel sont encore plus difficiles à définir car non seulement sont-ils plus complexes mais ils peuvent également varier dans le temps, rendant ainsi plus difficile leur mesure et la compréhension de leur impact psychologique auprès des enfants.

La définition des symptômes psychologiques manifestés par les enfants varie également d'une étude à l'autre, ce qui rend parfois difficile la comparaison. Par exemple, les moyens utilisés pour évaluer l'état psychosocial des enfants agressés sexuellement vont de l'étude des informations contenues dans les dossiers à l'utilisation de mesures standardisées. De plus, les critères permettant de juger de l'amélioration de l'état psychosocial des enfants diffèrent considérablement. Certaines études utilisent la notion de différence statistique entre la moyenne du groupe sur des mesures continues avant et après (Mannarino et al., 1991; Paradise et al., 1994) alors que d'autres études se basent sur la proportion d'enfants se situant dans les normes cliniques de diverses mesures (Gomes-Schwartz et al., 1990; Runyan et al., 1988) ou d'autres critères statistiques différents du seuil de signification statistique (Tourigny et al., 1998).

Un autre aspect important lié à la mesure de l'état psychosocial des enfants concerne les différences fréquemment rencontrées entre les mesures prises auprès de l'enfant et celles prises auprès du parent non-agresseur. Plusieurs recherches ont effectivement rapporté des résultats différents selon que l'état psychologique était mesuré auprès de l'enfant ou bien

auprès du parent non-agresseur. Par exemple, concernant l'efficacité des traitements thérapeutiques pour les enfants agressés sexuellement, Tourigny et al. (1998) soulignaient que cette contradiction observée entre les données provenant des parents et celles provenant des enfants n'est pas rare dans ce type de recherche (Casey & Berman, 1985; Kazdin, 1987; Kendall-Tackett et al., 1993; Saylor, Finch, Baskin, Furey, & Kelly, 1984; Shapiro, Leifer, Martone, & Kassem, 1990). Certaines recherches ont constaté que les parents ou des observateurs avaient tendance à rapporter davantage de symptômes que les enfants eux-mêmes alors que d'autres recherches laissent voir la tendance inverse, c'est-à-dire des résultats plus favorables à l'intervention lorsque les données sur l'état psychologique des enfants sont recueillies auprès des enfants que lorsqu'elles sont recueillies auprès des parents (De Luca, Hazen, & Cutler, 1993; Hack, Osachuk, & De Luca, 1994; Hoier et al., unpublished : voir Finkelhor & Berliner, 1995; Sinclair et al., 1995). Malgré ces contradictions apparentes, la validité de ces deux sources de données n'est pas en cause puisqu'une récente recension des écrits a permis d'identifier au moins une dizaine d'évaluations rapportant des effets positifs statistiquement significatifs avec chacune des sources de données (Tourigny, 1997).

La représentativité des échantillons étudiés limite la généralisation des résultats. Premièrement, les taux de refus de participer aux études sont très variables. À titre d'exemple, Berliner et Conte (1995) ont rapporté que dans leur étude, seules 20% des familles ont répondu aux questionnaires envoyés par la poste alors que Tourigny et al. (1993) soulignaient, dans le cadre de leur étude, que 64% des familles éligibles avaient été recrutées. Deuxièmement, le taux de désistement des sujets pour les études longitudinales, qui se situerait entre 10% et plus de 50% (Conte, 1987; Gomes-Schwartz et al., 1990; Goodman et al., 1992; Tebbutt et al., 1995; Tourigny et al., 1993), limite également la généralisation des résultats. Le taux de refus de participer à l'étude et le désistement des sujets en cours d'études ne nous permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble des enfants agressés sexuellement et connus des services de protection. Il est possible par exemple que les familles qui ne font pas partie des études soient celles où le soutien maternel est le moins présent, où les enfants présentent le plus de problèmes psychologiques et qui ne veulent pas recevoir de services, ce qui expliquerait leur non participation aux recherches.

Un autre facteur limitant la généralisation des résultats, et probablement un des plus importants, concerne le fait que plusieurs des études longitudinales recensées aient utilisé des échantillons qui provenaient de projets pilotes particuliers. Certaines études portant sur les effets du processus judiciaire sur les enfants agressés sexuellement ont recruté les participants à partir d'un programme de préparation à la cour. De même, un certain nombre d'évaluations d'efficacité des traitements thérapeutiques portent sur des programmes spécialisés pour lesquels beaucoup d'efforts et d'énergies ont été investis et qui ne représentent pas les traitements thérapeutiques couramment offerts dans les services de protection. À titre d'exemple, l'évaluation de Tourigny et al. (1993) portait sur un des programmes québécois les plus développés et avancés en matière d'intervention auprès des familles prises en charge par les services de protection en raison d'une agression sexuelle intrafamiliale envers un enfant. Nous retrouvons le même phénomène en ce qui concerne le placement des enfants ou le traitement médical. En somme, les études longitudinales, tout spécialement, ont souvent mesuré les effets d'événements sur les enfants dans un contexte très particulier où les intervenants présentaient une plus grande expertise vis-à-vis des événements en question. Les résultats de ces études ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des situations

rencontrées dans les services sociaux et judiciaires. Concrètement cela veut dire, par exemple, qu'il est possible que les recherches aient constaté peu d'effets négatifs du processus judiciaire en raison du fait que la plupart des enfants participaient à un programme de préparation à la cour. Rappelons en terminant le problème que pose la généralisation de résultats d'études réalisées principalement aux États-Unis et au Canada à un contexte québécois, et ce, en raison de la variabilité des lois régissant les diverses interventions sociales et judiciaires.

### Chapitre 3

## Recommandations pour l'amélioration des services auprès des enfants victimes d'agression sexuelle

Ce chapitre présente les principaux constats provenant de ce rapport, de même que les recommandations organisationnelles et cliniques qui en découlent. Aucune recommandation concernant les recherches futures n'est présentée compte tenu de la diversité des champs d'étude touchés par ce rapport. Il est important de noter que les recommandations qui suivent ne représentent pas l'ensemble des recommandations pouvant aider à l'amélioration des interventions abordées dans le rapport mais uniquement les recommandations découlant des résultats qui y sont présentés. Par exemple, si les résultats concernant les effets du témoignage de la victime à la cour permettent de suggérer certaines recommandations, ces dernières ne tiennent toutefois pas compte des études portant sur la question de la crédibilité et de la justesse des témoignages des enfants en fonction de leur niveau de développement affectif et intellectuel. Certains textes ayant formulé des recommandations plus spécifiques seront toutefois suggérés au lecteur.

### 3.1 L'intervention sociale auprès des enfants agressés sexuellement

Il faut reconnaître que les situations vécues par les enfants victimes d'agression sexuelle peuvent varier considérablement d'un enfant à l'autre, et ce, en fonction des caractéristiques de l'agression sexuelle, des caractéristiques du dévoilement, des caractéristiques des interventions dans lesquelles l'enfant sera impliqué et des conséquences de tous ces facteurs sur l'enfant. Pour cette raison, et étant donné le contexte actuel de rationalisation des services, il s'avère important de procéder à une évaluation complète de la situation familiale et du fonctionnement de chaque enfant afin d'offrir des services adaptés aux besoins identifiés. Le traitement thérapeutique des enfants devrait être établi en fonction des séquelles et des risques de séquelles identifiés lors de l'évaluation (Conte & Schuerman, 1987).

Actuellement au Québec, la récente réorganisation des services sociaux a entraîné une certaine diminution des énergies dirigées vers le développement de traitements thérapeutiques pour les victimes et leurs familles. Il existe peu de programmes de traitements structurés visant à traiter les familles aux prises avec une agression sexuelle intrafamiliale. Il s'avère donc important de continuer à développer des interventions thérapeutiques pour ces familles. Les résultats de cette recension montrent dans un premier temps qu'il existe des traitements efficaces pouvant influencer positivement l'adaptation psychosociale des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans leur recension des évaluations portant sur l'efficacité des thérapies auprès des enfants victimes d'agression sexuelle, Finkelhor et Berliner (1995) concluent qu'il existe un certain consensus sur le fait que les thérapies dont le contenu est davantage relié à l'agression sexuelle ("*abuse-specific*" *therapy*) sont plus efficaces. Ces thérapies se caractérisent par les éléments suivants : 1) elles encouragent l'expression des sentiments liés à

l'agression (par exemple, la colère, l'ambivalence et la peur); 2) elles rectifient les croyances erronées qui peuvent conduire à des attributions négatives envers la victime et les membres de son entourage (par exemple, le fait que la victime se blâme d'être responsable); 3) elles enseignent les habiletés de prévention des agressions sexuelles, et 4) elles diminuent le sentiment de stigmatisation et d'isolement en rassurant les victimes et en permettant l'échange avec d'autres victimes. Pour plus de détails sur des recommandations visant l'amélioration du traitement des enfants agressés sexuellement, le lecteur peut se référer aux recensions de Beutler, Williams et Zetzer (1994) et de Finkelhor et Berliner (1995).

La formation des intervenants impliqués auprès des enfants agressés sexuellement représente un aspect important pouvant aider à l'amélioration des services. Au Québec, les intervenants sociaux et judiciaires amenés à travailler avec les enfants agressés sexuellement ont très peu d'occasions de formation en lien avec la problématique des agressions sexuelles envers les enfants. Une formation de base devrait pouvoir être offerte à tous ces professionnels. Cette formation devrait contenir les aspects suivants :

- 1) les facteurs de risque liés aux agressions sexuelles envers les enfants;
- 2) les séquelles psychologiques liées aux agressions sexuelles et aux différents contextes entourant les agressions sexuelles, l'impact du dévoilement sur la victime et les membres de sa famille. Il est important que les intervenants soient en mesure d'évaluer ces aspects lors de la prise en charge des familles;
- 3) les connaissances de base sur la nature et les effets des différentes interventions réalisées auprès des enfants (voir à cet égard les recommandations spécifiques concernant le placement, les interventions judiciaires et l'examen médical);
- 4) le rôle de soutien que l'intervenant peut offrir à l'enfant. Concernant le rôle de soutien du professionnel, Berliner et Conte (1995) ont mis en évidence le fait que les enfants étaient sensibles et appréciaient le fait d'être traités de façon personnelle et avec attention par les professionnels. Lorsque les enfants ont des perceptions négatives de leur contact avec les professionnels (de tous les milieux, c'est-à-dire sociaux, médicaux et judiciaires), une des raisons principales est qu'ils ont l'impression d'être simplement un autre "cas" plutôt qu'une personne faisant face à une situation particulièrement difficile. De plus, que ce soit en thérapie ou durant le processus judiciaire, les enfants veulent être traités avec respect : ils veulent être informés des buts et du processus de chaque intervention; ils tiennent à ce qu'on leur donne le crédit de leurs bons coups et que l'on reconnaisse leurs habiletés; enfin, ils veulent que l'on ne mette pas de pression sur eux et que l'on ne les discrédite pas.

Il est de la responsabilité des professionnels de continuer à développer des interventions sociales et judiciaires qui soutiennent mieux les enfants victimes d'agression sexuelle. Les recherches actuelles suggèrent que l'établissement d'une relation de confiance, à travers l'écoute et le partage des informations, est une étape immédiatement accessible aux professionnels qui permet de minimiser les risques d'effets négatifs de l'intervention sociale et judiciaire.

### 3.2 Le soutien maternel

Les résultats de ce rapport font ressortir l'importance du soutien maternel et du milieu familial pour l'adaptation psychosociale des enfants agressés sexuellement. Non seulement le soutien maternel est-il associé à une meilleure adaptation psychosociale des enfants mais il réduirait les risques de placement et il protégerait l'enfant des effets stressants du processus judiciaire et de l'examen médical. De plus, quelques recherches évaluatives ont montré que le parent non-agresseur peut s'avérer un aidant efficace dans la mise en application de programmes thérapeutiques visant la réduction de comportements sexuels inappropriés découlant d'une agression sexuelle (Becker et al., 1982; McNeill & Todd, 1986). Certains résultats suggèrent que les différentes interventions peuvent non seulement affecter l'enfant mais également le parent non-agresseur.

Il est important d'intervenir rapidement à la suite du dévoilement, et ce, non seulement auprès de la victime mais surtout auprès du ou des parents non-agresseurs<sup>11</sup>, afin de les soutenir dans la crise que suscite le dévoilement de l'agression sexuelle et afin de les aider à jouer leur rôle de protecteur et de soutien auprès de leur enfant. Que les agressions sexuelles aient été vécues à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille, celle-ci joue un rôle central dans le rétablissement des enfants. L'intervention doit donc aider le parent à développer des interactions aidantes et non punitives avec son enfant. Waterman et Kelly (1993) recommandent qu'un des buts thérapeutiques soit d'augmenter chez le parent non-agresseur l'appropriation ou le sentiment de contrôle (*empowering parent*) des événements découlant du dévoilement de l'agression sexuelle et de l'aider à lutter activement pour la sécurité et le rétablissement du développement normal de son enfant.

Dans un premier temps, il s'avère important d'évaluer la capacité de soutien, général et spécifique à l'agression sexuelle, du parent non-agresseur, et la présence ou non de différents facteurs associés au soutien maternel tels qu'identifiés dans la littérature. Thériault et al. (1997) soulignent qu'il

“est particulièrement important dans les cas d'abus sexuel d'évaluer la relation de soutien général entre la mère et l'enfant et la présence des comportements de soutien spécifique à l'abus. Ces soutiens sont cruciaux pour contrer la sévérité des séquelles de l'abus chez la victime. Nous avons déjà mentionné que les études empiriques indiquent qu'environ la moitié des mères n'apportent pas un soutien adéquat à leur enfant dans cette situation” (p. 162)

Pour être efficace, l'intervention auprès des mères doit également reconnaître que le dévoilement de l'agression sexuelle intrafamiliale, en particulier, représente un stress majeur pour celles-ci. Thériault et al. (1997) ont bien montré que le dévoilement de l'agression sexuelle crée une situation de crise familiale et que près de la moitié des mères en seront affectées à un niveau clinique. Sans une intervention thérapeutique spécialisée, il est fort

---

<sup>11</sup> Lorsque cela s'avérera pertinent nous étendrons les recommandations à l'ensemble des parents non agresseurs. Par contre, lorsqu'elles concerneront plus spécifiquement des situations d'inceste, nous parlerons de la mère. Nous pensons, en effet, que la plupart des recommandations devraient être appliquées à l'ensemble des parents non-agresseurs et non pas juste à la mère.

probable que ces mères n'arriveront pas à assumer leur rôle de protectrice et de soutien auprès de leur enfant.

La relation de la mère avec l'agresseur (lorsqu'il est son conjoint), la relation mère/victime, la présence d'agressions sexuelles dans l'enfance de la mère elle-même et le réseau de soutien social de la mère sont des cibles potentielles de l'intervention auprès des mères. À ce sujet, Thériault et al. font les suggestions suivantes :

“pour les mères qui vivent une relation conjugale avec l'abuseur de l'enfant, il importe de les aider à explorer les sentiments conflictuels qu'elles vivent à l'égard de leur conjoint. Sheinberg (1992) mentionne l'importance d'encourager la mère à reconnaître et à comprendre toutes les émotions qu'elle vit par rapport à l'abuseur. Si la mère n'accepte pas ses sentiments ambivalents, elle sera plus portée à se blâmer, à rester dans une position inactive et, par conséquent, à moins soutenir son enfant. Il est également nécessaire d'amener les mères à s'affirmer davantage et à actualiser leur autonomie vis-à-vis de leur conjoint abuseur (Paradis et al., 1992).

La relation entre la mère et la victime est également une composante pertinente du traitement. Les sentiments de colère vécus de part et d'autre ainsi que les conflits dans la relation mère-enfant doivent être explorés (Oates, 1990) afin que la mère et l'enfant arrivent à créer ou à rétablir une relation de confiance entre eux (Faller, 1988b; Timmons-Mitchell et Gardner, 1991).

Analyser les réactions et les sentiments suscités par le dévoilement de l'abus et examiner la signification donnée aux gestes abusifs ainsi que les aspects non résolus d'une histoire d'abus sexuel pendant l'enfance de la mère devraient également faire partie des cibles thérapeutiques dans les interventions auprès des mères des victimes (Friedrich, 1990; Heriot, 1996; Kelley, 1990; Lipovsky, 1991; Préjent et Sénéchal-Brooks, 1991).

Enfin, le soutien social est une autre cible importante d'intervention pour augmenter la capacité de soutien maternel. Comme plusieurs mères semblent insatisfaites du soutien social reçu et que certaines trouvent difficile de parler de l'abus sexuel de leur enfant avec leur entourage, l'intervention de groupe est une avenue intéressante pour briser leur isolement (Davies, 1995; Oates, 1990; Paradis et al., 1992; Préjent et Sénéchal-Brooks, 1991).” (p. 163)

Il faut également considérer les parents non-agresseurs comme des partenaires privilégiés dans l'ensemble des décisions et des interventions qui découleront du signalement ou de la plainte policière. S'ils sont bien informés et bien soutenus par les différents intervenants sociaux et judiciaires, ils ont l'avantage, par rapport à ceux-ci, de pouvoir être auprès de leur enfant quotidiennement, de façon intensive et lors des différents événements importants. Très peu d'intervenants peuvent assurer une telle présence.

### 3.3 Le placement

Les résultats de cette recension nous mènent à certaines recommandations visant à améliorer le placement d'enfants agressés sexuellement. Ces recommandations ne sont toutefois pas exhaustives et le lecteur est invité à consulter d'autres textes de base ayant exploré de façon plus approfondie la problématique du placement en général (Bates, English, & Kouidou-Giles, 1997; David, 1989; Eagle, 1994; Simms, 1991).

Le développement d'une gamme de services variés et adaptés est primordial. Ces services doivent être intégrés dans un continuum de services cohérents et complémentaires. La cohérence et la complémentarité sont liées à la reconnaissance du fait que tous les acteurs concernés par le placement doivent être impliqués à toutes les étapes de l'intervention. Les enfants agressés sexuellement, leurs familles et les familles susceptibles d'accueillir ces enfants devraient être les principales cibles des interventions. Ces groupes de personnes ont certains besoins spécifiques à la problématique des agressions sexuelles, besoins qui diffèrent de ceux des personnes impliquées dans d'autres formes de mauvais traitements. Il est donc important d'adapter les services à cette réalité. Par exemple, les enfants agressés sexuellement présentent fréquemment des problèmes de comportement au moment du placement, dont des problèmes de comportements sexuels inappropriés. Ces comportements sont particulièrement difficiles à gérer pour les familles d'accueil et ils placent les enfants à risque d'agression sexuelle ou d'autres formes de mauvais traitement (Henry et al., 1991; Walker et al., 1988). Pour leur part, les parents biologiques ont besoin d'être aidés afin de résoudre les problèmes ayant conduit au placement de l'enfant. L'ensemble de ces besoins commandent des services adaptés et variés.

Les notions de continuité et d'intégration des services sont également primordiales dans le contexte du placement des enfants agressés sexuellement. Cela signifie qu'il faut planifier de façon cohérente l'ensemble des interventions et des services, et ce, avant, pendant et après le placement. Avant le placement, il faut envisager la possibilité de prévenir le placement. Si le placement est inévitable, dans tous les cas, il doit être planifié et s'inscrire dans un projet de vie pour l'enfant. La possibilité d'une réunification familiale devrait toujours être envisagée. Durant le placement, il faut pouvoir offrir des services à l'enfant, à la famille naturelle et à la famille d'accueil. Des efforts importants doivent être investis auprès de tous afin d'éviter un deuxième ou troisième placement. Après le placement, c'est-à-dire s'il y a réunification familiale, cette dernière doit avoir été planifiée, et ensuite soutenue dans les mois qui suivent la réinsertion de l'enfant dans sa famille. Les prochaines recommandations précisent le sens de cette recommandation générale.

Le fait d'intervenir rapidement auprès du parent non-agresseur pourrait prévenir un certain nombre de placements. Le soutien maternel est un aspect central à considérer dans les situations d'enfants agressés sexuellement. Le manque de soutien maternel est un des facteurs les plus souvent associés à la décision de placer l'enfant. De plus, des recherches ont démontré qu'un soutien maternel adéquat favorisait une meilleure adaptation psychosociale des enfants victimes d'agression sexuelle, et ce, que les enfants soient placés ou non (voir la section 2.2.2). Il a également été démontré que le dévoilement de l'agression sexuelle entraîne une situation de crise familiale et qu'il a des effets importants, non seulement sur l'enfant, mais aussi sur la mère. Lors du dévoilement de l'agression sexuelle, les mères vivent une détresse

psychologique importante et elles présentent plusieurs besoins personnels qui doivent être comblés si l'on veut qu'elles puissent jouer leur rôle de soutien auprès de leur enfant et ainsi diminuer les risques de placement. Les problèmes de drogue/alcool et l'isolement social sont des cibles importantes d'intervention auprès de la mère. La qualité de la relation que la mère entretient avec ses propres parents peut également être une cible d'intervention. Plusieurs mères ont elles-mêmes été maltraitées dans leur enfance, et les mères qui perçoivent négativement leurs relations avec leurs propres parents sont à risque de développer des relations d'attachement inadéquates avec leur propre enfant, ce qui aurait une incidence importante sur la décision de placer l'enfant.

Le retrait de l'agresseur du milieu familial peut également présenter une solution au placement de l'enfant. Toutefois, les effets de cette solution sur l'enfant et la famille ont très peu été étudiés jusqu'à maintenant. Nous savons que ce retrait serait efficace pour réduire les risques de récurrence (Cohn & Daro, 1987) mais nous ne connaissons pas ses effets sur l'adaptation psychosociale de l'enfant compte tenu du fait que l'enfant peut être la cible de réactions négatives de la part des autres membres de la famille.

Si le placement est inévitable, ce dernier doit être planifié avec l'enfant et avec les parents biologiques dans la mesure du possible. Dans une excellente recension des recherches examinant les effets psychologiques de la séparation des enfants de leur milieu familial (pour des raisons diverses, et non spécifiquement en raison d'une agression sexuelle), Eagle (1994) a mis en évidence plusieurs résultats importants pour la pratique. Cette auteure souligne que la perception subjective de l'enfant placé est particulièrement importante dans l'adaptation de ce dernier à son nouvel environnement familial et social, tant sa perception des raisons ayant mené au placement (par exemple, les mauvais traitements subis) que celle du placement lui-même et des circonstances subséquentes associées à la séparation et au placement. La planification du placement avec l'enfant et sa famille est donc essentielle. Nous l'avons vu, les résultats de l'étude de Henry (1997) confirment l'importance de ce dernier aspect.

Eagle (1991) a souligné que les recherches recensées démontraient fortement l'importance, pour la réussite du placement, d'impliquer autant les parents naturels que ceux de la famille d'accueil. Une participation active et positive des deux familles semble affecter positivement la nature des liens d'attachement de l'enfant, les réactions de ce dernier à la séparation et sa capacité à former de nouveaux liens d'attachement (et donc à mieux s'adapter à sa famille d'accueil). Enfin, l'auteure conclut que les recherches recensées suggèrent que plus la relation d'attachement initiale (parent biologique/enfant) est respectée, soutenue et maintenue, plus grandes sont les chances pour l'enfant de développer des relations positives avec d'autres figures parentales. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de notre recension qui démontre le rôle majeur du soutien maternel dans l'adaptation psychosociale de l'enfant victime d'agression sexuelle, placé ou non.

Le placement des enfants agressés sexuellement représente également un défi important pour les membres de la famille d'accueil. Non seulement les parents d'accueil doivent-ils composer avec les responsabilités quotidiennes dévolues aux parents, mais ils doivent également soutenir l'enfant dans son adaptation à son nouvel environnement familial (et parfois social), dans ses efforts pour faire face aux séquelles de l'agression sexuelle et dans son adaptation aux nombreuses interventions dans lesquelles il peut être impliqué (par exemple les interventions judiciaires, thérapeutiques ou médicales). Henry et al. (1991)

recommandent : 1) que les parents accueillant dans leur famille un enfant victime d'agression sexuelle puissent bénéficier d'une formation spécifique sur la réalité vécue par les enfants agressés sexuellement, les séquelles potentielles, la gestion des comportements inadéquats des enfants et les relations avec la famille naturelle; 2) que les parents d'accueil puissent bénéficier d'un soutien régulier par un professionnel et par des groupes d'entraide pour parents de familles d'accueil; 3) que les parents d'accueil, au même titre que les parents biologiques, soient impliqués dans les interventions sociales et judiciaires afin qu'ils puissent mieux comprendre et soutenir l'enfant placé.

Durant le placement, il est important de travailler avec la famille et l'agresseur afin de régler les problèmes ayant conduit au placement et afin de bien préparer la réunification familiale s'il y a lieu. Nous l'avons vu, les mères ont des besoins personnels importants sur lesquels il faut travailler afin d'amener celles-ci à mieux jouer leur rôle de soutien auprès de leur enfant et d'améliorer la relation mère/enfant. De même, il est également clair qu'il faut offrir des traitements thérapeutiques à l'agresseur afin de s'assurer d'éliminer les risques de récidive. Lie et McMurtry (1991) ont rapporté qu'un des facteurs de succès du retour de l'enfant dans sa famille était que l'agresseur avait reçu de la thérapie.

Si nécessaire, il est également important que l'enfant reçoive des services thérapeutiques pour l'aider à faire face aux séquelles associées à sa situation d'enfant victime d'agression sexuelle. Une des principales causes d'échec du placement concerne les problèmes de comportement de l'enfant placé (Hunter et al., 1990; Thompson, Authier, & Ruma, 1994).

Si une réunification familiale est possible, il est important de la préparer et de la soutenir. Lie et McMurtry (1991) ont montré que les familles où avait eu lieu une réunification familiale réussie sont celles où le placement de l'enfant avait été suivi de près et où la famille naturelle avait bénéficié d'un suivi d'au moins six mois après le retour de l'enfant dans la famille naturelle.

Le placement de l'enfant n'est jamais une solution désirable et son maintien dans son milieu familial d'origine doit être favorisé. Ce maintien ne doit toutefois pas se faire s'il s'agit d'un milieu familial non sécuritaire où les risques de récidive sont élevés. Bien que les connaissances scientifiques actuelles soient encore embryonnaires, les résultats des recherches ayant porté sur le placement des enfants agressés sexuellement sont à plusieurs égards encourageants et moins négatifs que certains auteurs l'ont affirmé. Des progrès sont toutefois nécessaires pour améliorer la situation des enfants agressés sexuellement et pris en charge par les services de protection.

### 3.4 L'intervention judiciaire

Bien qu'il y ait encore des efforts à faire pour mieux comprendre l'ensemble des enjeux entourant l'implication dans le système judiciaire des enfants victimes d'agression sexuelle, les recherches et l'examen de la littérature sur ce sujet nous permettent toutefois de dégager des recommandations (Bertrand, Hornick, & Bolitho, 1995; Lipovsky, 1994; Regehr, 1990; Sas, Wolfe, & Godwey, 1996). Ces recommandations peuvent être regroupées en deux grandes catégories, soit celles visant directement les enfants et leur famille et celles dirigées vers les systèmes judiciaire et sociaux (Lipovsky, 1994). Comme elles découlent

principalement des résultats de recherche actuellement connus, il s'avérera important dans le futur de valider l'efficacité de ces stratégies dans un contexte québécois.

#### Interventions dirigées vers les enfants et leur famille

Afin de préparer les enfants et les parents à leur implication à l'intérieur du système judiciaire et plus spécifiquement au témoignage en cour, les enfants et les familles impliqués dans le processus judiciaire devraient recevoir de l'information sur l'ensemble du processus judiciaire. Le contenu de ce volet éducatif devrait porter sur la terminologie spécifique au milieu judiciaire, les règles de conduite lors du procès, les règles concernant l'évidence de la preuve, le rôle des différents acteurs impliqués, et les différents résultats potentiels à chacune des étapes du processus judiciaire.

Les enfants (et leurs parents) appelés à témoigner devraient également bénéficier d'une formation à la gestion du stress. Les habiletés de gestion du stress peuvent aider les enfants dans les moments particulièrement difficiles. Lipovsky (1994) suggère d'évaluer chacun des enfants afin de déterminer les préoccupations spécifiques et le niveau d'anxiété de chacun. Plusieurs techniques peuvent aider l'enfant dans la préparation de son passage à la cour. Par exemple, l'imagerie mentale peut l'aider en lui permettant une exposition graduelle à diverses scènes stressantes pour lui. Les enfants plus vieux devraient être préparés à faire face à des interrogatoires plus difficiles. Que ce soit à titre d'information ou pour aider à la gestion du stress, plusieurs auteurs ont également suggéré que chaque enfant puisse avoir l'occasion de visiter la cour. Lors de cette visite, l'enfant devrait être informé de l'endroit où chaque acteur sera assis, des rôles et responsabilités de chacun.

Il y aurait lieu d'améliorer les perceptions et les attitudes parentales concernant le système judiciaire. Parmi les moyens suggérés, l'information est une voie intéressante. Les parents devraient recevoir la même information que les enfants appelés à témoigner. De plus, ils devraient être tenus au courant de l'évolution de leur situation dans le système judiciaire, ils devraient être informés à l'avance des étapes et des procédures, et finalement, être impliqués le plus possible dans les décisions et les étapes de négociation avec la défense.

Des services de soutien pour toute la durée du processus judiciaire doivent être offerts aux familles. Idéalement, un professionnel ou un adulte de confiance devrait pouvoir accompagner l'enfant tout au long du processus socio-judiciaire. La présence d'une personne de confiance dans les moments cruciaux comme le témoignage à la cour, l'examen médical ou le placement de l'enfant peut grandement faciliter l'adaptation de l'enfant à ces événements et réduire les séquelles potentielles de ceux-ci. Les professionnels doivent développer des façons d'intervenir qui respectent l'intégrité de l'enfant en étant francs avec ce dernier sur les différentes étapes et leurs conséquences potentielles. Pour ce faire, les professionnels des services sociaux doivent bien comprendre le système judiciaire (ou médical) et être attentifs aux besoins des enfants, et ce, spécialement lorsque les jugements sont prononcés et que les enfants sont impliqués dans une cause où le présumé agresseur n'est pas reconnu coupable.

#### Interventions dirigées vers les systèmes judiciaire, de la santé et des services sociaux

Informers les professionnels de la justice et des services sociaux. Nous l'avons noté, les professionnels des services sociaux ont une perception particulièrement négative du système judiciaire et des conséquences potentielles pour l'enfant victime d'agression sexuelle du fait d'avoir à témoigner en cour. Ces professionnels doivent être sensibilisés aux résultats des

recherches et aux moyens appropriés d'aider les enfants et les familles durant le processus judiciaire. De leur côté, les différents acteurs du milieu judiciaire et principalement les juges devraient être encouragés à assumer un leadership dans la création d'une atmosphère sécurisante et rassurante pour les enfants. La formation des professionnels du système judiciaire devrait porter principalement sur les connaissances scientifiques actuelles concernant le développement des enfants et ses liens avec leur capacité à témoigner, les divers aspects entourant la victimisation sexuelle des enfants, l'état des connaissances scientifiques sur les effets du processus judiciaire sur les enfants, etc.

Accroître le cumul des preuves corroborant le témoignage de la victime. La présence de preuves supplémentaires peut, en effet, augmenter la probabilité que l'enfant n'ait pas à témoigner ou à subir un interrogatoire trop difficile. Une collaboration adéquate et efficace entre les services de protection de l'enfance, les services policiers et les services médicaux peuvent avoir pour effet d'augmenter les preuves de l'existence des agressions sexuelles.

Réduire le besoin de témoignages multiples. Les résultats de recherche suggèrent qu'un plus grand nombre de témoignages est associé à une détérioration du fonctionnement psychologique des enfants. Il s'avère donc important de développer des pratiques et de modifier les législations dans le but de diminuer le nombre d'entrevues auxquelles les enfants sont soumis à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle. Parmi les moyens suggérés, notons : 1) l'acceptation des dépositions sur la foi d'une tierce personne ayant reçu le dévoilement de l'agression sexuelle; 2) l'acceptation du témoignage en cour des thérapeutes ou des professionnels qui traitent les enfants, de façon à augmenter la crédibilité des témoignages des victimes; et 3) l'utilisation de protocoles d'intervention entre les divers partenaires afin de réduire les entrevues d'évaluation, point qui nous semble particulièrement important.

Réduire les occasions de stress comme les situations où la victime est confrontée à un face-à-face avec l'agresseur ou la présence de personnes dans la salle d'audience durant le témoignage. Une des premières préoccupations des victimes qui doivent témoigner est d'avoir à être en présence de l'agresseur présumé. C'est un facteur de stress pour l'enfant qui peut avoir un effet sur la qualité du témoignage. Si l'on veut créer un climat chaleureux et sécurisant, c'est un aspect dont il faut tenir compte. L'utilisation du vidéo en circuit fermé et de l'écran lors du témoignage des enfants devrait être favorisée dans les contextes où l'enfant exprime des craintes ou de l'anxiété face à la possibilité de témoigner en présence de l'agresseur. L'installation d'une pièce de jeux attrayants pour les enfants et servant de salle d'attente peut également les aider à réduire leur anxiété et à diminuer les contacts avec le présumé agresseur. Une autre façon de réduire le stress vécu par les enfants lors du témoignage peut être de faire en sorte que les enfants n'aient pas à témoigner devant un public. Le nombre de personnes présentes dans la salle d'audience a également un effet sur la qualité du témoignage de l'enfant (Bertrand, Hornick, & Bolitho, 1995). Enfin, toutes les causes judiciaires d'agression sexuelle impliquant des enfants devraient être entendues rapidement et dans les meilleurs délais.

### 3.5 L'examen médical

Afin d'améliorer l'examen médical et de diminuer ses effets négatifs potentiels sur l'enfant ayant été agressé sexuellement, Berson, Herman-Giddens et Frothingham (1993), de même que Stewart et al. (1995) font les recommandations suivantes :

- 1) il est important qu'existe une bonne communication entre l'intervenant social et le médecin et qu'ils puissent bien comprendre leur rôle respectif. Le médecin doit reconnaître les effets négatifs potentiels d'un examen médical sur les enfants victimes alors que l'intervenant social doit bien comprendre le but de l'examen médical afin de bien préparer l'enfant et les parents non agresseurs;
- 2) le parent qui s'occupe généralement de l'enfant, en qui l'enfant a confiance et avec qui il se sent à l'aise devrait être présent et accompagner l'enfant à l'examen. Cette personne devrait être bien renseignée sur le but de l'examen. Elle devrait être présente durant l'examen;
- 3) les informations fournies à l'intervenant social, au parent non agresseur et à l'enfant concernant l'examen médical devraient inclure des informations sur le pourquoi de l'examen, sur les similitudes et les différences entre l'examen génital et l'examen de routine et sur les différents instruments utilisés durant l'examen. Pour les enfants plus jeunes, l'utilisation de poupées peut aider à illustrer certaines positions ou l'utilisations des instruments;
- 4) le médecin devrait prendre le temps d'établir un contact avec l'enfant pendant qu'il est encore habillée, et lui expliquer le but de l'examen et son déroulement. Durant l'examen, il devrait également tenter de réduire les irritants, par exemple par l'utilisation d'instruments médicaux réchauffés avant leur utilisation, la réduction des changements de position pour le patient, etc. (pour plus de détails, voir Berson, Herman-Giddens, & Frothingham, 1993);
- 5) il faut également prévoir un moment pour revenir sur l'examen médical avec l'enfant et le parent après l'examen.

Soulignons en terminant que l'*American Academy of Pediatrics* (1991 : voir Stewart et al., 1995) a émis une série de lignes directrices afin d'améliorer l'examen médical auprès des enfants dont on soupçonne qu'ils ont été agressés sexuellement.

## Conclusion

Le dévoilement d'une agression sexuelle envers un enfant, tout spécialement dans le cas d'une agression commise par un membre de la famille, entraîne généralement une crise familiale. Pour l'enfant, le dévoilement et ses conséquences représentent un moment clé à partir duquel sa vie peut prendre diverses trajectoires. Ce peut-être l'occasion pour lui de retrouver un développement normal pour un enfant. Toutefois, d'autres trajectoires de vie sont également possibles et elles peuvent avoir des conséquences moins positives sur son développement. La qualité de l'environnement familial et sa réponse au dévoilement de l'agression sexuelle sont probablement parmi les déterminants les plus importants de l'adaptation psychosociale future de l'enfant.

En ce qui concerne les diverses interventions sociales et judiciaires, il est clair que bien qu'elles portent un potentiel d'influencer négativement l'évolution psychologique des enfants, les résultats scientifiques actuellement disponibles montrent plutôt que dans certaines conditions, ces interventions ne sont pas néfastes pour l'enfant et qu'elles peuvent même avoir des effets positifs. Il n'est donc pas nécessaire de recommencer à zéro, nous pouvons bâtir à partir de ce qui existe déjà. De même, plusieurs des recommandations de ce rapport sont déjà connues depuis quelques années, les efforts doivent maintenant être dirigés vers leurs implantations dans les divers milieux concernés.

En terminant, nous voudrions souligner que, malgré l'importance d'améliorer l'ensemble des interventions sociales et judiciaires auprès des enfants agressés sexuellement, le meilleur cadeau que nous pourrions faire à nos enfants est sans aucun doute celui de leur offrir un milieu de vie sans agresseur sexuel. À cet égard, la prévention des agressions sexuelles demeure un enjeu important puisque les meilleures interventions possibles n'arriveront jamais à faire en sorte d'effacer les blessures subies par les enfants qui sont victimes d'agressions sexuelles.

## Références

- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood : A report on 28 children. American Journal of Psychiatry, 139 (10), 1252-1256.
- Ageton, S. (1983). Sexual assault among adolescents. Lexington, MA : Lexington Books.
- Alter-Reid, K., Gibbs, M.S., Lachenmeyer, J.R., Sigal, J., & Massoth, N.A. (1986). Sexual abuse of children : A review of the empirical findings. Clinical Psychology Review, 6, 249-266.
- Argles, P. (1983). The duration and stability of child placement : A predictive study. Montréal, Ville Marie Social Services Center.
- Ashby, M., Gilchrist, L., & Miramontez, A. (1987). A group treatment for sexually abused American Indian adolescents. Social Work with Groups, 10 (4), 21-32.
- Badgley, R., Allard, H., McCormick, N., Proudfoot, P., Fortin, D., Ogilvie, D., RaeGrant, Q., Gélinas, P., Pépin, L., & Sutherland, S. (Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes) (1984). Infractions sexuelles à l'égard des enfants (Vol. 1). Ottawa.
- Bagley, C., & Ramsey, R. (1986). Sexual abuse in childhood : Psychosocial outcomes and implications for social work practice. Journal of Social Work and Human Sexuality, 4, 33-47.
- Baker, C. R. (1987). A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females. Dissertation Abstracts International, 47 (10-B), 4319-4320.
- Bander, K. W., Fein, E., & Bishop, G. (1982). Evaluation of child abuse sexual programs. In S. M. Sgroi (Ed.), Handbook of clinical intervention in child sexual abuse (pp. 345-376). Lexington, MA : Lexington Books.
- Bates, B. C., English, D. J., Kouidou-Giles, S. (1997). Residential treatment and its alternatives : A Review of the Literature. Child and Youth Care Forum, 26 (1), 7-51.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., & Abel, G. G. (1982). Treatment of a four-year-old victim of incest. American Journal of Family Therapy, 10, 41-46.
- Benedict, M. I., Zuravin, S., Brandt, D., & Abbey, H. (1994). Types and Frequency of Child Maltreatment by Family Foster Care Providers in an Urban Population. Child Abuse and Neglect, 18 (7), 577-585.
- Benedict, M. I., Zuravin, S., Somerfield, M., & Brandt, D. (1996). The reported health and functioning of children while in family foster care. Child Abuse and Neglect, 20 (7), 561-571.
- Bentovim, A., van Elburg, A., & Boston, P. (1988). The results of treatment. In A. Bentovim, A. Elton, J. Hilderbrand, M. Tranter & E. Vizard (Eds.), Child sexual abuse within the family : Assessment and treatment (pp. 252-268). London, UK : Wright.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 19 (3), 371-384.
- Benson, N.L., Herman-Giddens, M.E., & Frothingham, T.E. (1993). Children's perceptions of genital examinations during sexual abuse evaluations. Child Welfare, 72 (1), 41-49.

Bertrand, L. D., Hornick, J. P., & Bolitho, F. H. (1995). The Child Witness in Sexual Abuse Cases : Professional and Ethical Considerations. In T. Ney (Ed.) True and false allegations of child sexual abuse : Assessment and case management (Chap. 19, pp. 319-333). New York : Brunner/Mazel.

Beutler, L. E., Williams, R. E., & Zetzer, H. A. (1994). Efficacy of treatment for victims of child sexual abuse. Future of Children, 4, 156-175.

Bolton, F. G., Laner, R. H., & Gai, D. S. (1981). For better or worse? Foster parents and foster children in an officially reported maltreatment population. Children and Youth Services Review, 3, 37-53.

Boucher, L. (1995). Bilan sur les pratiques des centres jeunesse du Québec concernant l'application de l'approche socio-judiciaire dans le traitement des abus sexuels envers les enfants. Rapport de recherche. Montréal : Association des Centres jeunesse du Québec.

Boudreau, J. (1993). A-t-on le choix? Des mesures alternatives : un critère déterminant dans la décision de placement. PRISME, 3 (4), 490-502.

Britton, H. (1998). Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 22 (6), 573-579.

Burgess, A. W., Hartman, C. R., Kelley, S., J., Grant, C. A., & Gray, E. B. (1990). Parental response to child sexual abuse trials involving day care settings. Journal of Traumatic Stress, 3 (3), 395-405.

Burke, M. M. (1988). Short-term group therapy for sexually abused girls : A learning theory based treatment for negative affects. Unpublished doctoral dissertation, University of Georgia, Athens.

Campbell, L., Lussier, J., Vaughan-Jones, G., McCannell, K., & Kunczewicz, R. (1992). The Marymount model : A sequential approach to the treatment of male adolescent sexual offenders and sexual abuse victims. Winnipeg, Canada : Marymount, Inc. Family Resource Centre.

Campis, L. B., Hebden-Curtis, J., & Demaso, D. R. (1993). Developmental differences in detection and disclosure of sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 3, 920-924.

Carrozza, M., & Heirsteiner, C. L. (1982). Young female incest victims in treatment : Stages of growth with a group art therapy model. Clinical Social Work Journal, Fall, 165-175.

Cavara, M. & Ogren, C. (1983). Protocol to investigate child abuse in foster care. Child Abuse and Neglect, 7 (3), 287-295.

Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers : An evaluation study. Journal of Abnormal Child Psychology, 24 (1), 1-17.

Chapman, J. R., & Smith, B. E. (1987). Child sexual abuse : An analysis of case processing. Washington, DC : American Bar Association.

Cohen, J. R., & Mannarino, A. P. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect, 12 (4), 571-577.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1992). The effectiveness of short-term structured group psychotherapy for sexually abused girls : A pilot study. Paper presented at a lecture series on therapy for sexually abused children, University of Pittsburg, Pittsburg, PA.

Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long term impact of child sexual abuse : Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. Child Abuse and Neglect, 20 (5), 447-455.

Cohn, A., & Daro, D. (1987). Is treatment too late : What ten years of evaluative research tell us. Child Abuse and Neglect, 11 (3), 433-442.

Conte, J. R. (1987). The effects of sexual abuse on children : Results of a research project. New York : New York Academy of Sciences.

Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 11, 201-211.

Cross, T. P., De Vos, E., & Whitcomb, D. (1994). Prosecution of child sexual abuse : Which cases are accepted? Child Abuse and Neglect, 18 (8), 663-677.

Cross, T. P., Whitcomb, D., & De Vos, E. (1995). Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse : A case flow analysis. Child Abuse and Neglect, 19 (12), 1431-1442.

Daro, D. (1988). Confronting child abuse : Research for effective program design. New York : Free Press.

David, M. (1989). Le placement familial : de la pratique à la théorie. Paris : Éditions Sans Frontières.

Davis, T. C., Peck, G. Q., & Stroment, J. M. (1993). Acquaintance rape and the high school student. Journal of Adolescent Health, 14, 220-224.

Deblinger, E., Lippman, J., Stauffer, L., & Finkel, M. (1994). Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations. Child Abuse and Neglect, 18 (8), 679-682

Deblinger, E., McLeer, S. V., & Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress : Preliminary findings. Journal of American Academy for Children and Adolescent Psychiatry, 29, 747-752.

DeJong, A. R., & Rose, M. (1991). Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence, Pediatrics, 88, 506-511.

De Luca, R. V., Hazen, A., & Cutler, J. (1993). Evaluation of a group counseling program for preadolescent female victims of incest. Elementary School Guidance and Counseling, 28, 104-114.

DeYoung, M. (1987). Disclosing sexual abuse : The impact of developmental variables. Child Welfare, LXVI, 217-223.

DeYoung, M. (1994). Immediate maternal reactions to the disclosure or discovery of incest. Journal of Family Violence, 9 (1), 21-33.

Dible, D. A., & Teske, R. H. C. (1993). An analysis of the prosecutory effects of a child sexual abuse victim-witness program. Journal of Criminal Justice, 21 (1), 79-85.

Downing, J., Jenkins, S. J., & Fisher, G. L. (1988). A comparison of psychodynamic and reinforcement treatment with sexually abused children. Elementary School Guidance and Counseling, 22, 291-298.

Dubowitz, H. (1998). Children's responses to the medical evaluation for child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 22 (6), 581-584.

Dubowitz, H., Black, M., Harrington, D., & Verschoore, A. (1993). A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 17 (6), 743-754.

Eagle, R. S. (1994). The separation experience of children in long-term care : Theory, research, and implications for practice. American Journal of Orthopsychiatry, 64 (3), 421-434.

Einbender, A. J., & Friedrich, W. N. (1989). Psychological functioning and behavior of sexually abused girls. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 155-157.

Elbow, M., & Mayfield, J. (1991). Mothers of incest victims : Villains, victims, or protectors? Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services, 9, 78-86.

Elliott, D. M., & Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children : Disclosures and symptomatology. Behavioral Sciences and the Law, 12 (3), 261-277.

Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. Issues in Mental Health Nursing, 14 (1), 85-107.

Everill, J., & Waller, G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. Child Abuse and Neglect, 19 (1), 93-100.

Everson, M., Hunter, W., Runyan, D., Edelsohn, G., & Coulter, M. (1989). Maternal support following disclosure of incest. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 197-207.

Faller, K. C. (1988). The myth of the " collusive mother ". Variability in the functioning of mothers of victims of intrafamilial sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence, 3 (2), 190-196.

Faller, K. C. (1991). What happens to sexually abused children identified by child protective services? Children and Youth Services Review, 13 (1-2), 101-111.

Finkelhor, D. (1979). Sexually victimized children. New York : Free Press.

Finkelhor, D. (1983). Removing the child - prosecuting the offender in cases of sexual abuse : Evidence from the national reporting system for child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect, 7 (2), 195-205.

Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children : A review and recommendations. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34 (11), 1408-1423.

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women : Prevalence, characteristics, and risk factors. Child Abuse and Neglect, 14 (1), 19-28.

Friedlander, S., Weiss, D. S., & Traylor, J. (1986). Assessing the influence of maternal depression on the validity of the child behavior checklist. Journal of Abnormal Child Psychology, 14, 123-133.

Friedrich, W. N., Beilke, R., & Urquiza, A. (1988). Behavioral problems in young sexually abused boys. Journal of Interpersonal Violence, 3 (1), 21-28.

Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L., & Place, V. (1992). Psychotherapy outcome of sexually abused boys : An agency study. Journal of Interpersonal Violence, 7, 396-409.

Friedrich, W. N., & Reams, R. (1987). Course of psychological symptoms in sexually abused young children. Psychotherapy, 24, 160-170.

Fromuth, M. E., (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. Child Abuse and Neglect, 10 (1), 5-15.

Furniss, T., Bingley-Miller, L., & van Elburg, A. (1988). Goal-oriented group treatment for sexually abused adolescent girls. British Journal of Psychiatry, 152, 97-106.

Gagné, M.-H., Lavoie, F., & Hébert, M. (1994). La violence sexuelle dans les fréquentations chez un groupe d'adolescents et d'adolescentes. Revue sexologique, 2 (1), 145-169.

Giarretto, H. (1982). A comprehensive child sexual abuse treatment program. Child Abuse and Neglect, 6, 263-278.

Glaser, D. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. British Journal of Psychiatry, 159, 769-782.

Gold, S. R., Milan, L. D., Mayall, A., & Johnson, A. E. (1994). A cross-validation study of the Trauma Symptom Checklist. The role of mediating variables. Journal of Interpersonal Violence, 9 (1), 12-26.

Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., & Cardarelli, A. P. (Eds.) (1990). Child sexual abuse : The initial effects. Newbury Park, CA : Sage.

Gonzalez, L. S., Waterman, J., Kelly, R. J., McCord, J., & Oliveri, M. K. (1993). Children's patterns of disclosures and recantations of sexual and ritualistic abuse allegations in psychotherapy. Child Abuse and Neglect, 17 (1), 81-89.

Goodman, G. S., Taub, E. P., Jones, D. P. H., England, P., Port, L. K., Rudy, L., & Prado, L. (1992). Testifying in criminal court : Emotional effects on child sexual assault victims. Monographs of the Society for Research in Child Development, 57 (5), Serial No 229.

Gray, E. (1993). Unequal justice : The prosecution of child sexual abuse. New York : The Free Press.

Hack, T. F., Osachuk, T. A. G., & De Luca, R. V. (1994). Group treatment for sexually abused preadolescent boys. Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services, 75, 217-228.

Hall, E. R., & Flannery, P. J. (1984). Prevalence and correlates of sexual assault experiences in adolescents. Victimology : An International Journal, 9, 398-406.

Hampton, R. L., & Newberger, E. H. (1985). Child abuse incidence and reporting by hospitals : Significance of severity, class, and race. American Journal of Public Health, 75, 56-60.

Haugaard, J. J., & Reppucci, N. D. (1988). The sexual abuse of children. San Francisco : Jossey-Bass.

Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S., & Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. Child Abuse and Neglect, 19 (6), 707-714.

Henry, J. (1997). System intervention trauma to child sexual abuse victims following disclosure. Journal of Interpersonal Violence, 12 (4), 499-512.

Henry, D., Cossett, D., Auletta, T., & Egan, E. (1991). Needed services for foster parents of sexually abused children. Child and Adolescent Social Work Journal, 8 (2), 127-140.

Heriot, J. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence, 11 (2), 181-194.

Hiebert-Murphy, D., De Luca, R. V., & Runtz, M. (1991). Group treatment for sexually abused girls : Evaluating outcome. Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services, 73, 205-213.

Hochstadt, N. J., Jaudes, P. K., Zimo, D. A., & Schachter, J. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering foster care. Child Abuse and Neglect, 11, 53-62.

Hunter, W. M., Coulter, M. L., Runyan, D. K., & Everson, M. D. (1990). Determinants of placement for sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 14 (3), 407-417.

Hyde, C., Bentovim, A., & Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 19, 1387-1399.

Jaudes, P. K., & Morris, M. (1990). Child sexual abuse : Who goes home? Child Abuse and Neglect, 14 (1), 61-68.

Johnson, B. K., & Kenkel, B. M. (1991). Stress, coping and adjustment in female adolescent incest victims. Child Abuse and Neglect, 15 (3), 293-305.

Katz, M. H., Hampton, R. L., Newberger, E. H., Bowles, R. T., & Snyder, J. C. (1986). Returning children home : Clinical decision making in cases of child abuse and neglect. American Journal of Orthopsychiatry, 56, 253-263.

Keller, R. A., Cicchinelli, L. F., & Gardner, D. M. (1989). Characteristics of child sexual abuse treatment programs. Child Abuse and Neglect, 13, 361-368.

Kendall-Tackett, K. A., Meyer-Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113 (1), 164-180.

King, N. M., Hunter, W. M., & Runyan, D. K. (1988). Going to court : The experience of child victims of intrafamilial sexual abuse. Journal of Health Politics, Policy and Law, 13 (4), 705-721.

Kolko, D. J. (1986). Social-cognitive skills training with a sexually abused and abusive child psychiatric inpatient : Training, generalization, and follow-up. Journal of Family Violence, 1, 149-165.

Kosky, R. (1987). Incest : What do we really know about it? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 21, 430-440.

Kroth, J. A. (1979). Family therapy impact on intrafamilial child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 3, 297-302.

Lagueux, F., & Wright, J. (1996). Portrait des pratiques des CJ en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants. Communication présentée au 64<sup>e</sup> congrès de l'Acfas, Montréal : Université McGill.

Lapierre, J. (1982). Signalements des situations de mauvais traitements : Statistiques 1975-1979. Montréal : Comité de la protection de la jeunesse, Service de la recherche.

Lazebnik, R., Zimet, G. D., Eber, J., Anglin, T. M., Williams, P., Bunch, D. L., & Krowchuk, D. (1994). How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 18 (9), 739-745.

Leifer, M., & Shapiro, J. P. (1995). Longitudinal study of the psychological effects of sexual abuse in African American girls in foster care and those who remain home. Journal of Child Sexual, 4 (4), 27-44.

Leifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect, 17 (6), 755-766.

Lie, G.-Y., & McMurtry, S. L. (1991). Foster care for sexually abused children : A comparative study. Child Abuse and Neglect, 15 (1-2), 111-121.

Lindon, J., & Nourse, C. A. (1994). A multi-dimensional model of groupwork for adolescent girls who have been sexually abused. Child Abuse and Neglect, 18, 341-348.

Lindsay, D. (1991). Factors affecting the foster care placement decision : An analysis of national survey data. American Journal of Orthopsychiatry, 61 (2), 272-281.

Lindsay, D., & Regehr, C. (1993). Protecting severely abused children : clarifying the roles of criminal justice and child welfare. American Journal of Orthopsychiatry, 63, 509-517.

Lipovsky, J. A. (1994). The impacts of court on children : Research findings and practical recommendations. Journal of Interpersonal Violence, 9 (2), 237-257.

Lipovsky, J. A., Tidwell, R., Crisp, J., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Dawson, V. L. (1992). Child witnesses in criminal court : Descriptive information from three southern states. Law and Human Behavior, 16, 635-650.

Lipton, M. (1997). The effect of the primary caretaker's distress on the sexually child : A comparison of biological and foster parents. Child and Adolescent Social Work Journal, 14 (2), 115-127.

Lovett, B. B. (1995). Child sexual abuse : The female victim's relationship with her nonoffending mother. Child Abuse and Neglect, 19 (6), 729-738.

Lynn, Jacob, & Pierce, 1988

Mackey, B., Gold, M., & Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescents girls who have been sexually abused. Arts in Psychotherapy, 14, 77-84.

MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocmé, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., Beardslee, W. R., & Offord, D. R. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community : Results from the Ontario Health Supplement. Journal of AMA, 278 (2), 131-135.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The relationship between preabuse factors and psychological symptomatology in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect, 18 (1), 63-71.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Gregor, M. (1989). Emotional and behavioral difficulties in sexually abused girls. Journal of Intepersonal Violence, 4, 437-451.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Smith, J. A., & Moore-Motily, S. (1991). Six and twelve-month follow-up of sexually abused girls. Journal of Interpersonal Violence, 6, 494-511.

Martone, M., Jaudes, P. K., & Cavins, M. K. (1996). Criminal prosecution of child sexual abuse cases. Child Abuse and Neglect, 20 (5), 457-464

McGain, B., & McKinzey, R. K. (1995). The efficacy of group treatment in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect, 19, 1387-1399.

McNeill, J. W., & Todd, F. J. (1986). The operant treatment of excessive verbal ruminations and negative emotional arousal in a case of child molestation. Child and Family Behavior Therapy, 8, 61-69.

McNulty, C., & Wardle, J. (1994). Adult disclosure of sexual abuse : A primary cause of psychological distress? Child Abuse and Neglect, 18 (7), 549-555.

Messier, C. (1986). Le traitement des cas d'inceste père-fille : Une pratique difficile. Québec, Canada : Ministère de la Justice, Comité de la Protection de la Jeunesse.

Messier, C., & De Champlain, J. (1982). La protection sociale des enfants victimes d'abus sexuels : Où en sommes-nous au Québec? Québec, Canada : Ministère de la Justice, Comité de la Protection de la Jeunesse.

Moore, K. A., Nord, C. W., & Peterson, J. L. (1989). Nonvoluntary sexual activity among adolescents. Family Planning Perspectives, 21, 110-114.

Morrow, K. B., & Sorell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. Journal of Marriage and the Family, 51, 677-686.

Nagel, D. E., Putman, F. W., Noll, J. G., & Trickett, P. K. (1997). Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at a 1-year follow-up. Child Abuse and Neglect, 21 (2), 137-147.

Nelki, J. S., & Watters, J. (1989). A group for sexually abused young children : Unravelling the web. Child Abuse and Neglect, 13, 369-377.

Newberger, E. H. (1987). Prosecution : A problematic approach to child abuse. Journal of Interpersonal Violence, 2, 112-117.

Oates, R. K., Gray, J., Schweitzer, L., Kempe, R. S., & Harmon, R. J. (1995). A therapeutic preschool for abused children : The Keepsafe project. Child Abuse and Neglect, 19, 1379-1386.

Oates, R. K., Lynch, D. L., Stern, A. E., O'Toole, B. I., & Cooney, G. (1995). The criminal justice system and the sexually abused child : Help or hindrance? Medical Journal of Australia, 162 (3), 126-130.

Oates, R. K., O'Toole, B. I., Lynch, D. L., Stern, A., & Cooney, G. (1994). Stability and change in outcomes for sexually abused children. Journal of American Academy for Children and Adolescent Psychiatry, 33, 945-953.

Paradise, J. E., Rose, L., Sleeper, L. A., & Nathanson, M. (1994). Behavior, family function, school performance, and predictors of persistent disturbance in sexually abused children. Pediatrics, 93, 452-459.

Pecko-Drouin, C., & Perrault, C. (1985). ...valuation de la mise sur pied d'un programme d'information sur les agressions sexuelles dans dix écoles primaires de l'est de Montréal. Santé Mentale au Québec, X (1), 58-64.

Pellegrin, A., & Wagner, W. G. (1990). Child sexual abuse : Factors affecting victim's removal from home. Child Abuse and Neglect, 14 (1), 53-60.

Pelletier, V., Tourigny, M., Clément, M.-", & Lavoie, F. (1998). Incidence et facteurs associés à la violence dans les fréquentations amoureuses chez les jeunes. Rapport de recherche remis au CALACS-Laurentides. Hull : UQAH, Département de psychoéducation.

Perez, C. L. (1988). A comparison of a group play therapy and individual therapy for sexually abused children. Dissertation Abstracts International, 48, 3079.

Peters, S. D., Wyatt, G. E., & Finkelhor, D. (1986). Prevalence. In D. Finkelhor (Ed.) "A sourcebook on child sexual abuse" (pp. 15-59). Beverly Hills : Sages Publications.

Pierce, R., & Pierce, L. H. (1985). The sexually abused child : A comparison of male and female victims. Child Abuse and Neglect, 9, 191-199.

Poitras, M. & Lavoie, F. (1995). A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Quebec sample. Violence and Victims, 10 (4), 299-313.

Regehr, C. (1990). Parental responses to extrafamilial child sexual assault. Child Abuse and Neglect, 14 (1), 113-120.

Roberge, P. (1998). Les parcours de six cohortes : Enfants et adolescents signalés à la direction de la protection de la jeunesse. Québec : Direction de la recherche et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rogers, C. M. (1982). Child sexual abuse and the courts : Preliminary findings. Journal of Social Work and Human Sexuality, 1, 145-153.

Rosenthal, J. A., Motz, J. K., Edmonson, D. A., & Groze, V. (1991). A descriptive study of abuse and neglect in out-of-home placement. Child Abuse and Neglect, 15 (3), 249-260.

Rossi, P. H. (1992). Assessing family preservation programs. Child and Youth Services review, 14, 77-97.

Runyan, D. K., Everson, M. D., Edelsohn, G. A., Hunter, W. M., & Coulter, M. L. (1988). Impact of legal intervention on sexually abused children. Journal of Pediatrics, 113, 647-653.

Runyan, D., & Gould, C. L. (1985a). Foster care for child maltreatment : Impact on delinquent behavior. Pediatrics, 75, 562-568.

Runyan, D., & Gould, C. L. (1985b). Foster care for child maltreatment : Impact on school performance. Pediatrics, 75, 848-854.

Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N., & Whitcomb, D. (1992). Maternal support ofr child victims of sexual abuse : Determinants and implications. Washington, DC : National Center on Child Abuse and Neglect.

Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., Whitcomb, D., & De Vos, E. (1994). The Intervention Stressors Inventory : A measure of the stress of intervention for sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 18 (4), 319-329.

Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. Child Abuse and Neglect, 7 (2), 133-146.

Ryan, P., Warren, B. L., & Weincek, P. (1991). Removal of the perpetrator versus removal of the victim in cases of intrafamilial child sexual abuse. In D. D. Knudsen and J. L. Miller (Eds.) Abused and battered : Social and legal responses of family violence. Social institutions and social change (pp. 123-133). New York : Adline de Gruyter.

Sarafino, E. P. (1979). Estimates of sexual offenses against children. Child Welfare, 38, 127-133.

Sas, L. D., Austin, G., Wolfe, D. A., & Hurley, P. (1991). Reducing the system-induced trauma for child sexual abuse victims through court preparations, assessment, and follow-up. Ottawa : National Welfare Grants Division, Health and Welfare Canada (Project #4555-1-125). Available from the author at the London Family Court Clinic, 2554 Pall Mall street, suite 200, London, Canada, N6A 5P6.

Sas, L. D., Hurley, P., Hatch, A., Malla, P., & Dick, T. (1993). Three years after the verdict : A longitudinal study of the social and psychological adjustment of child witnesses referred to the child witness project. Ottawa : Health and Welfare Canada, Family Violence Prevention Division.

Sas, L. D., Wolfe, D. A., & Godwey, D. A. (1996). Children and the courts in Canada. Criminal Justice and Behavior, 23 (2), 338-357.

Sauzier, M. (1989). Disclosure and child sexual abuse : For better or for worse. The Psychiatric Clinics of North America, 12 (2), 455-469.

Schmolka, V. (1992). Le projet de loi C-15 donne-t-il les effets voulus? Compte rendu des recherches portant sur les effets des modifications de 1988 relatives à l'exploitation sexuelle des enfants. Ottawa : Ministère de la Justice du Canada.

Schor, E. L. (1988). Foster care. Pediatric Clinics of North America, 35 (6), 1241-1252.

Sgroi, S. M. (1982). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. Lexington, MA : Lexington Books.

Simms, M. D. (1991). Foster children and the foster care system, Part II : Impact on the child. Current Problems in Pediatrics, n.d., 345-369.

Sirles, E. A., & Franke, P. J. (1989). Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 13 (1), 131-139.

Sirles, E. A., & Lofberg, C. E. (1990). Factors associated with divorce in intrafamily child sexual abuse cases. Child Abuse and Neglect, 14 (2), 165-170.

Skibinski, G. J. (1995). The influence of the family preservation model on child sexual abuse intervention strategies : Changes in child welfare worker tasks. Child Welfare, 74 (5), 975-989.

Smyth, E. C. (1992). Treatment of child sexual abuse within a comprehensive service model : Evaluation report #3. Winnipeg, Canada : Knowles Centre Inc.

Sorensen, T., & Snow, B. (1991). How children tell : The process of disclosure in child sexual abuse. Child Welfare, LXX (1), 3-15.

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

Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect, 19 (9), 1171-1182.

SPCUM (1997). Analyse des agressions sexuelles pour l'année 1996. Montréal : Services Policiers de la Communauté Urbaine de Montréal, Division des crimes majeurs.

Steward, M. S., Steward, D. S., Loye, N., & Neinhart, M. (1991). Pain judgments by young children and medical staff. Journal of Pain and Symptom Management, 6, 202.

Steward, M. S., Schmitz, M., Steward, D. S., Joye, N. R., & Reinhart, M. (1995). Children's anticipation of and response to colposcopic examination. Child Abuse and Neglect, 19 (8), 997-1005.

Struckman-Johnson, C. (1988). Forced sex on dates : It happens to men, too. Journal of Sex Research, 24, 234-241.

Tebbutt, J., Swanston, H., Oates, R. K., O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse : Persisting dysfunction and problems of prediction. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (3), 330-339.

Tedesco, J. F. & Schnell, S. V. (1987). Children's reactions to sex abuse investigation and litigation. Child Abuse and Neglect, 11 (3), 267-272.

Testa, M., Miller, B. A., Downs, W. R., & Panek, D. (1992). The moderating impact of social support following childhood sexual abuse. Violence and Victims, 7 (2), 173-186.

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1997). Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel : conceptualisation, effets et facteurs associés. Revue québécoise de psychologie, 18 (3), 147-167.

Thompson, R. W., Authier, K., & Ruma, P. (1994). Behavior problems of sexually abused children in foster care : A preliminary study. Journal of Child Sexual Abuse, 3 (4), 79-91.

Tidwell, R. P., Lipovsky, J. A., Crisp, J., Plum, H. J., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Dawson, V. L. (1990). Child victims and witnesses (Final report, Grant No. 88-11J-D-064). Washington, DC : Crime Victim Center.

Tjaden, P. G., & Thoennes, N. (1992). Predictors of legal intervention in child maltreatment case. Child Abuse and Neglect, 16 (6), 807-821.

Tourigny, M. (1991). Incidence, facteurs de risque et programmes de prévention des agressions sexuelles envers les enfants. Recueil des études commandées par le Groupe de travail pour les jeunes. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits. Revue Canadienne de Psycho-...ducation, 26 (1), 39-69.

Tourigny, M., & Lavergne, C. (1995). Les agressions à caractère sexuel : état de la situation, efficacité des programmes de prévention et facteurs reliés à la dénonciation. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tourigny, M., Péladeau, N., & Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. Revue Sexologique, 1 (2), 13-34.

Tourigny, M., Péladeau, N., Bouchard, C., & Doyon, M. (1998). Efficacité d'un programme de traitement des enfants abusés sexuellement. Child Abuse and Neglect, 22 (1), 25-43.

Tourigny, M., Péladeau, N., & Doyon, M. (1993). Évaluation sommative du programme de traitement des enfants agressés sexuellement, implanté dans la région de Lanaudière par le Centre des Services sociaux Laurentides-Lanaudière. Montréal : LAREHS, Université du Québec à Montréal.

Trocmé, N., & Tourigny, M. (soumis). Facteurs associés à la décision d'entreprendre des recours judiciaires à la suite d'un signalement pour abus sexuels et abus physiques envers un enfant. Criminologie.

Trocmé, N., McPhee, D., & Tam, K. K. (1995). Child Abuse and Neglect in Ontario : Incidence and characteristics. Child Welfare, 74 (3), 563-586.

Trocmé, N., McPhee, D., Tam, K. K., & Hay, T. (1994). Ontario incidence study of reported child abuse and neglect. Final report. Toronto, Ont. : Institute for the Prevention of Child Abuse.

Vancouver Incest and Sexual Abuse Centre - VISAC (1989). The integrated treatment model ITM : For sexually abused children and their mothers. Vancouver, Canada : Family Services of Greater Vancouver.

Verleur, D., Hughes, R., & de Rios, M. (1986). Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims : A controlled comparison. Adolescence, 21, 843-854.

Wald, M. S., Carlsmith, J. M., & Leiderman, P. H. (1988). Protecting abused and neglected children. Stanford, CA : Stanford University Press.

Waller, G., & Ruddock, A. (1993). Experiences of disclosure of child sexual abuse and psychopathology. Child Abuse Review, 2, 185-195.

Waterman, J., & Kelly, R. J. (1993). Mediators of effects on children. What enhances optimal functioning and promotes healing? In J. Waterman, R. Kelly, M. Oliveri and J. McCord (Eds.) "Behind the playground walls, sexual abuse in preschools" (pp. 222-239). New York : Guilford Press.

Watts, W. D. & Ellis, A. M. (1993). Sexual abuse and drinking and drug use : Implications for prevention. Journal of Drug Education, 23, 183-200.

Whitcomb, D., Runyan, D. K., De Vos, E., Hunter, W. M., Cross, T. P., Everson, M. D., Peeler, N. A., Porter, C. Q., Toth, P. A., & Cropper, C. (1991). Child victim as witness research and development program. Final report. Grant number 87-MC-CX-0026. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.

Whitcomb, D., Goodman, G., Runyan, D., & Hoak, S. (1994). The emotional effects of testifying on sexually abused children. Washington, DC : U. S. Department of Justice.

Whitcomb, D., Runyan, D. K., De Vos, E., Hunter, W. M., Cross, T. P., Everson, M. D., Peeler, N. A., Porter, C. Q., Toth, P. A., & Cropper, C. (1991). Child victim as witness research and development program. Executive summary. Grant number 87-MC-CX-0026. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.

Widom, C. S. (1991). The role of placement experiences in mediating the criminal consequences of early childhood victimization. American Journal of Orthopsychiatry, 61 (2), 195-209.

Wilson, M. K. (1995). A preliminary report on ego development in nonoffending mothers of sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 19 (4), 511-518.

Wright, J., Boucher, J., Frappier, J.-Y., Lebeau, T., & Sabourin, S. (1997). The incidence of child sexual abuse in Québec. Paper presented at the 5th International Family Violence Research Conference. Durham, NH : University of New Hampshire.

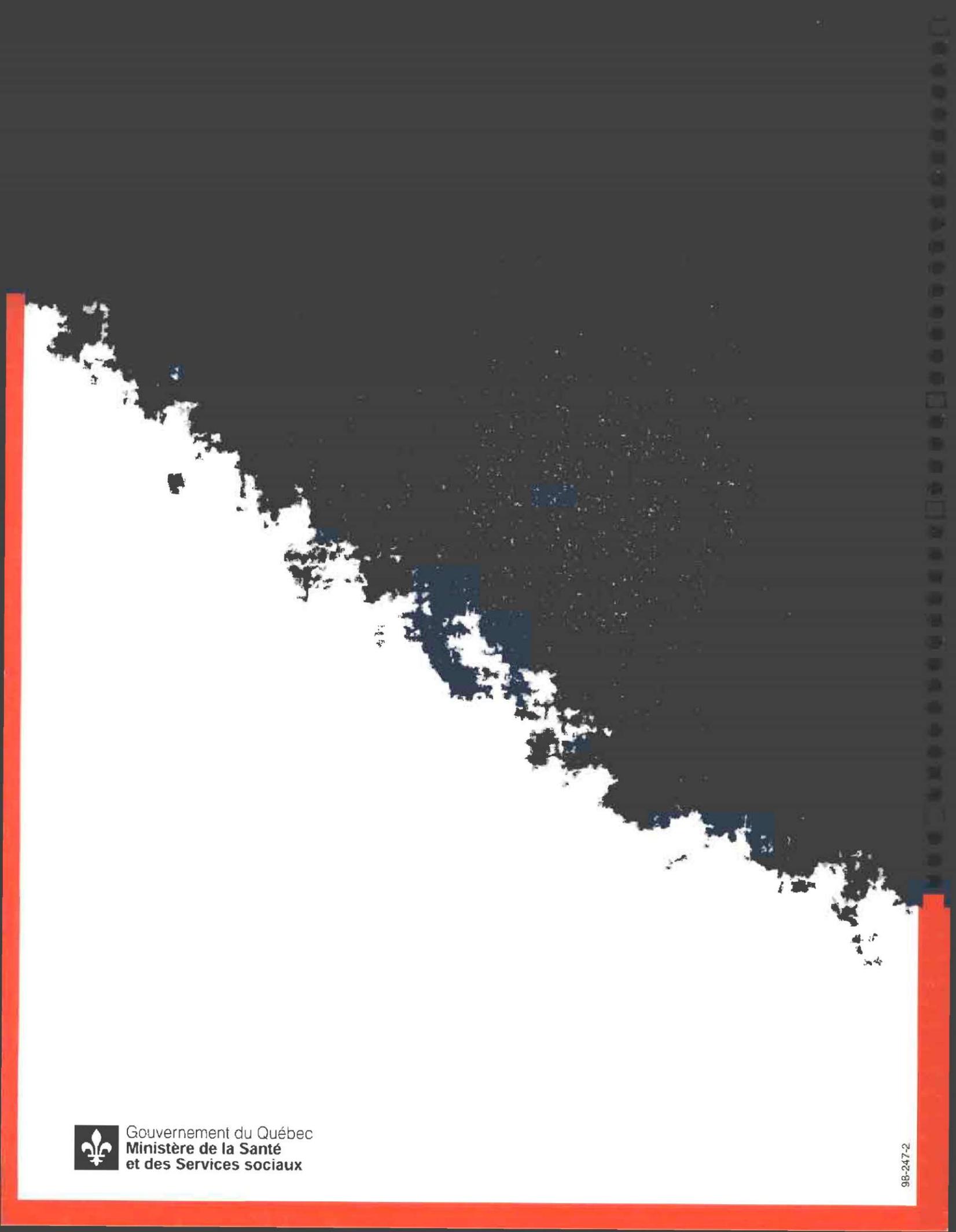
Wright, J., Sabourin, S., Lebeau, T., Oxman-Martinez, J., Perron, A., & Lussier, Y. (1994). Les abus sexuels envers les enfants. Jalons dans la formation d'un partenariat. Service Social, 43 (2), 7-29.

Wyatt, G. E., & Mickey, M. R. (1987). Ameliorating the effects of child sexual abuse. An exploratory study of support by parents and others. Journal of Interpersonal Violence, 2 (4), 403-414.

Zuravin, S. J., Benedict, M. L., & Somerfield, M. (1993). Child maltreatment in family foster care. American Journal of Orthopsychiatry, 63 (4), 589-596.



K 14,228  
Ex. 2



Gouvernement du Québec  
**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**