

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Approfondissement du lien entre l'agression sexuelle et les comportements sexuels
problématiques chez les enfants de 12 ans et moins

Par

Isabelle Boisvert

Thèse présentée à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Philosophiae Doctor (Ph.D.)

Doctorat en psychoéducation

Juin 2016

© Isabelle Boisvert, 2016

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Approfondissement du lien entre l'agression sexuelle et les comportements sexuels
problématiques chez les enfants de 12 ans et moins

Isabelle Boisvert

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Jean-Pascal Lemelin, Ph.D.	Président du jury, vice-doyen à la recherche et aux études supérieures en recherche, Université de Sherbrooke
Monsieur Marc Tourigny, Ph.D.	Directeur de recherche, Université de Sherbrooke
Madame Nadine Lanctôt, Ph.D.	Codirectrice de recherche, Université de Sherbrooke
Madame Mélanie Lapalme, Ph.D.	Membre du jury interne, Université de Sherbrooke
Madame Annick St-Amand, Ph.D.	Membre du jury externe, Université du Québec à Trois-Rivières
Monsieur Marc Bigras, Ph.D.	Membre du jury externe, Université du Québec à Montréal

Thèse acceptée le 16 juin 2016.

SOMMAIRE

Dans les milieux d'intervention, les enfants référés pour agression sexuelle (AS) et ceux référés pour comportements sexuels problématiques (CSP) sont généralement perçus comme deux populations cliniques distinctes. Bien que des services spécifiques soient dispensés à ces deux clientèles, il est possible d'observer de nombreux chevauchements entre ces deux clientèles dans la littérature scientifique. Or, ces nombreux chevauchements pourraient suggérer qu'une certaine proportion de ces enfants puisse présenter des caractéristiques et des besoins communs en matière d'intervention.

Cette thèse par articles a pour objectif d'approfondir notre compréhension du lien entre les problématiques de l'AS et celle des CSP, par la production de deux articles qui traitent de cette question sous deux angles différents, soit un premier article portant sur les facteurs associés au développement des CSP et un second article portant sur l'identification de profils psychosociaux chez les enfants référés pour AS ou pour des CSP.

Le premier article de la thèse recense de façon systématique les facteurs associés aux CSP, à partir de 18 études sélectionnées en fonction de critères préalablement définis. Une adaptation du modèle théorique proposé par Friedrich (2007) a été utilisée pour classer les facteurs recensés au sein de cinq domaines de risque liés au développement des CSP. Les résultats démontrent que la vaste majorité des études s'étant penchées sur le lien entre l'AS et les CSP concluent que les enfants manifestant des CSP sont davantage susceptibles d'avoir été victimes d'AS que les enfants ne manifestant pas de CSP. En outre, les résultats de la recension confirment la pertinence du modèle théorique proposé pour expliquer le développement des CSP.

Quant à lui, le second article vise à 1) identifier les différents profils psychosociaux d'enfants référés à des services en raison de leurs CSP ou suite à une AS subie, et 2) comparer la proportion d'enfants issus de ces deux clientèles dans chacun des profils

identifiés. L'échantillon est constitué de 147 enfants québécois (62 % de garçons) âgés de 6 à 12 ans, dont 117 enfants qui sont en voie de recevoir un traitement destiné aux enfants qui présentent des CSP et 30 enfants pour qui une AS a été jugée fondée par les services de protection de l'enfance. Les indicateurs de quatre des cinq domaines de risque de l'adaptation du modèle théorique de Friedrich (2007) ont été utilisés dans la création des profils psychosociaux. À partir d'une analyse de classes latentes, trois profils psychosociaux d'enfants ont été identifiés : 1) les enfants résilients, 2) les enfants impliqués dans un cycle intergénérationnel de maltraitance, et 3) les enfants au fonctionnement grandement perturbé. Par ailleurs, les enfants référés pour des CSP et ceux référés suite à une AS se répartissent dans des proportions similaires dans chacun des profils. Les résultats soutiennent l'hypothèse selon laquelle les enfants issus des deux clientèles pourraient bénéficier d'interventions qui tiennent compte des spécificités des trois profils psychosociaux identifiés, plutôt qu'en privilégiant une intervention standard pour chacune des clientèles.

En somme, les résultats présentés dans cette thèse contribuent à démontrer un chevauchement important entre les deux clientèles à l'étude. De plus, les résultats exposent certaines caractéristiques communes chez une proportion importante d'enfants issus des deux clientèles, dont les symptômes liés au trauma, les problèmes de comportements extériorisés et la victimisation du parent dans l'enfance. Ainsi, il pourrait être judicieux d'explorer la possibilité d'offrir des interventions qui soient assorties aux particularités cliniques des enfants, plutôt qu'en fonction du motif de référence aux services d'intervention (AS ou CSP).

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES.....	8
REMERCIEMENTS.....	9
INTRODUCTION	11
PREMIER CHAPITRE - INTRODUCTION GÉNÉRALE AUX PROBLÉMATIQUES À L'ÉTUDE	12
1. DÉFINITION DES PROBLÉMATIQUES À L'ÉTUDE	12
1.1 Définition de l'agression sexuelle contre un enfant	13
1.2 Définition des CSP	15
2. AMPLEUR DES PROBLÉMATIQUES À L'ÉTUDE	20
2.1 Ampleur de l'agression sexuelle contre un enfant	20
2.2 Ampleur des CSP	21
2.3 Prévalence des enfants qui présentent les deux problématiques	24
3. LIENS ENTRE LES PROBLÉMATIQUES DE L'AGRESSION SEXUELLE ET DES CSP	25
3.1 Les CSP en tant que conséquence de l'agression sexuelle.....	25
3.2 L'agression sexuelle comme facteur associé aux CSP.....	27
3.3 L'agression sexuelle et CSP : caractéristiques utilisées dans la création de typologies	28
3.4 Les programmes d'intervention pour enfants victimes d'agression sexuelle et pour enfants qui présentent des CSP : de nombreuses similitudes.....	31
4. OBJECTIFS DE LA THÈSE	32
5. CHOIX D'UN MODÈLE THÉORIQUE.....	34
DEUXIÈME CHAPITRE - ARTICLE 1	38
1. AVANT-PROPOS DE L'ARTICLE 1	38
2. COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES CHEZ LES ENFANTS : UNE RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS.....	39

TROISIÈME CHAPITRE - ARTICLE 2	80
1. AVANT-PROPOS DE L'ARTICLE 2	80
2. PRÉCISIONS D'ORDRE MÉTHODOLOGIQUE.....	80
3. PSYCHOSOCIAL PROFILES OF CHILDREN REFERRED FOR TREATMENT FOR SEXUAL BEHAVIOR PROBLEMS OR FOR HAVING BEEN SEXUALLY ABUSED	82
QUATRIÈME CHAPITRE - DISCUSSION GÉNÉRALE.....	118
1. DISCUSSION DES RÉSULTATS ISSUS DES DEUX ARTICLES	118
1.1 Approfondissement de notre compréhension du lien entre l'agression sexuelle et les CSP	118
1.1.1 L'agression sexuelle comme un facteur de risque au développement des CSP.....	120
1.1.2 Les CSP comme un facteur augmentant la vulnérabilité de l'enfant à être victime d'agression sexuelle	121
1.2 Caractéristiques communes aux enfants référés pour des CSP ou suite à une agression sexuelle.....	123
1.2.1 L'état de stress post-traumatique et le trauma complexe auprès des deux clientèles	123
1.2.2 Les problèmes de comportements extériorisés auprès des deux clientèles	126
1.2.3 Une histoire de victimisation dans l'enfance chez les parents des deux clientèles	130
2. IMPLICATION DES RÉSULTATS OBTENUS EN LIEN AVEC L'INTERVENTION PSYCHOÉDUCATIVE.....	133
2.1 Implications des résultats quant à l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP	134
2.1.1 Évaluation des antécédents de maltraitance auprès des deux clientèles	134
2.1.2 Évaluation des difficultés de comportements auprès des deux clientèles	137
2.1.3 Évaluation des caractéristiques de l'environnement familial auprès des deux clientèles	139
2.2 Implications des résultats quant à l'intervention auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP	141
3. FORCES ET LIMITES DE LA THÈSE AINSI QUE PISTES DE RECHERCHES FUTURES.....	143
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	149
ANNEXE A - COMPLÉMENTS D'INFORMATION- ARTICLE 1.....	164
ANNEXE B - PROTOCOLE DE RECENSION SYSTÉMATIQUE – ARTICLE 1	172
ANNEXE C - COMPLÉMENTS D'INFORMATION - ARTICLE 2.....	206

LISTE DES TABLEAUX

Article 1 : Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés

Tableau 1 : Caractéristiques des échantillons en fonction de la mesure des CSP utilisée.	53
Tableau 2 : Évaluation de la qualité des études sélectionnées.	58
Tableau 3 : Facteurs associés ($p \leq .05$) à la présence des CSP chez les enfants de 12 ans et moins en fonction de la mesure des CSP utilisée.....	62

Article 2 : Psychosocial profiles of children referred for treatment for sexual behavior problems or for having been sexually abused

Table 1 : Psychosocial profile indicators and other characteristics of the sample (percentages and raw scores).....	93
Table 2 : Goodness of fit of four models from latent-class analysis	99
Table 3 : Z scores of indicators for three psychosocial profiles of children	101
Table 4 : Proportions of children with scores above clinical thresholds for predisposing individual factors and trauma-related symptoms, and other characteristics, for each of the three psychosocial profiles	103
Table 5 : Proportions of children referred for SBPs and children referred for having been sexually abused, for each of the three psychosocial profiles	104

LISTE DES FIGURES

Article 1 : Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés

Figure 1 : Synthèse des études identifiées et sélectionnées.....50

REMERCIEMENTS

À l'issue de la rédaction de cette thèse, je suis désormais convaincue que la réussite associée à ce projet dépend du soutien reçu de l'ensemble des personnes qui ont gravité dans mon univers au cours des dernières années. Je désire remercier ces personnes qui m'ont permis, par leur soutien, de progresser à travers les différentes étapes de mon parcours doctoral.

En premier lieu, je tiens à exprimer toute ma gratitude à mon directeur, Marc Tourigny. En le côtoyant depuis près de quinze ans, il a su me transmettre des valeurs indispensables en recherche telles que l'importance de la rigueur scientifique et de la curiosité intellectuelle. À son contact, j'ai appris que le monde de la recherche exige de nombreux efforts, mais que ceux-ci valent largement le coup lorsque les apprentissages se réalisent dans le plaisir. Ce sera un honneur de pouvoir transmettre ces valeurs à mon tour. De plus, je souhaite également exprimer ma reconnaissance à ma co-directrice, Nadine Lanctôt. Au-delà du soutien académique fourni tout au long de mon cheminement doctoral, elle est devenue au fil du temps une mentor et une source d'inspiration pour la jeune mère de famille que je suis. À son contact, j'ai notamment appris qu'il était possible de conjuguer différents rôles afin de s'épanouir pleinement.

Je désire également souligner la reconnaissance que j'ai envers mes parents. L'importance accordée à l'éducation, le goût du travail bien fait et le dépassement de soi sont autant de valeurs transmises par mes parents qui ont été nécessaires pour mener à terme cette thèse. Maman et Papa, j'ai toujours ressenti votre fierté à mon égard. Ce sentiment, de même que vos encouragements, m'ont poussée à persévérer malgré les inévitables difficultés rencontrées en cours de route. Vous êtes des modèles inspirants et j'espère pouvoir jouer mon rôle de parent aussi bien que vous.

Je souhaite remercier également mes collègues, amis et membres de ma famille qui, pendant toutes ces années, ont fait preuve d'écoute et de patience à mon égard. Il était souvent rassurant pour moi de voir que la thèse n'était pas l'unique occupation de ma vie! À mes collègues de doctorat qui m'ont fait réfléchir, rire et pleurer, à un moment ou à un autre de mon parcours, je vous dois une fière chandelle.

J'adresse également des remerciements à tout le personnel du Centre d'expertise Marie-Vincent, dont les commentaires formulés ont contribué à la réalisation de cette thèse. Vos réflexions cliniques ont très certainement bonifié mes travaux et la place accordée chez vous m'est très précieuse.

Au-delà du soutien moral, la réalisation de cette thèse n'aurait pu être possible sans le soutien financier octroyé par la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, le Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire (CJM-IU), le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH). Merci à ces instances de m'avoir permis de me consacrer entièrement à l'atteinte de mon objectif académique.

Finalement, je désire formuler un merci particulier à ma famille pour m'avoir accompagnée au quotidien dans toutes les étapes de mon cheminement doctoral. Éric, me voir franchir le fil d'arrivée a toujours été une évidence pour toi. Je ne te serai jamais assez reconnaissante d'avoir cru en moi, particulièrement dans les moments où je n'y croyais plus moi-même. Ton soutien et tes encouragements m'ont été précieux et je suis choyée d'avoir pu compter sur ta présence à mes côtés. Daphnée, tu as vécu tes six premières années de vie avec une maman « qui va à l'école ». J'ai décidé de m'inscrire au doctorat entre autres pour te démontrer qu'il est possible d'atteindre ses rêves, avec courage et persévérance. Tu m'as permis de relativiser mes difficultés et de me relever à chaque fois, pour pouvoir rentrer à la maison et jouer le rôle le plus important de ma vie, celui d'être ta maman.

INTRODUCTION

Cette thèse par articles, qui vise à approfondir la compréhension du lien existant entre l'agression sexuelle et les comportements sexuels problématiques (CSP) chez les enfants âgés de 12 ans et moins, est divisée en quatre chapitres.

D'abord, le premier chapitre dressera un portrait général des deux problématiques à l'étude, soit l'agression sexuelle et les CSP. Les différents chevauchements entre ces deux problématiques seront exposés afin de justifier l'intérêt d'approfondir notre compréhension du lien existant entre celles-ci. Suite à cette analyse, les objectifs spécifiques de la thèse seront exposés. Finalement, les justifications entourant le choix du modèle théorique qui a été utilisé dans le cadre des deux articles qui composent cette thèse seront présentées, de même qu'une description des adaptations proposées au modèle théorique.

Le deuxième chapitre exposera le premier article de la thèse, soit une recension systématique des écrits portant sur les facteurs associés aux CSP manifestés par les enfants.

Au chapitre 3 sera présenté le deuxième article de la thèse qui porte sur les profils psychosociaux des enfants manifestant des CSP et des enfants agressés sexuellement.

Finalement, une discussion exposant les contributions de la thèse entourant le lien entre l'agression sexuelle et les CSP sera présentée. Cette discussion inclura également les implications des résultats sur l'intervention psychoéducative. En terminant, les forces et limites de la thèse ainsi que différentes pistes de recherches futures seront exposées.

PREMIER CHAPITRE - INTRODUCTION GÉNÉRALE AUX PROBLÉMATIQUES À L'ÉTUDE

Dans les milieux d'intervention, les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des comportements sexuels problématiques (CSP) sont généralement perçus comme deux populations distinctes. Bien que des programmes d'intervention ont été créés pour répondre aux besoins soit des enfants victimes d'agression sexuelle, soit des enfants qui présentent des CSP, les nombreux chevauchements exposés dans la littérature scientifique entre ces deux populations suggèrent que les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP pourraient partager des caractéristiques semblables, de même que certains besoins cliniques communs.

Cette thèse par articles a pour objectif général d'explorer le lien entre l'agression sexuelle et les CSP chez les enfants de 12 ans et moins. Le contenu de cette introduction, adapté aux particularités de la thèse par articles, vise à établir la pertinence des deux articles insérés et à préciser certains éléments non abordés au sein de ceux-ci. Par conséquent, les sections qui suivent permettent de brosser le portrait général de ces deux problématiques à l'étude par le biais de leur définition et de leur ampleur. Par la suite, les nombreux liens existants entre les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP seront exposés, de même que les justifications entourant le choix d'un modèle théorique qui sera utilisé au sein des deux articles de la thèse. Finalement, les deux objectifs spécifiques de la thèse, qui permettent d'approfondir notre compréhension du lien entre l'agression sexuelle et les CSP, seront présentés à la fin du présent chapitre.

1. DÉFINITION DES PROBLÉMATIQUES À L'ÉTUDE

Afin de bien comprendre les problématiques à l'étude, les phénomènes de l'agression sexuelle et des CSP chez les enfants seront d'abord définis dans les prochaines sous-sections.

1.1 Définition de l'agression sexuelle contre un enfant

Il est possible de retrouver différentes définitions de l'agression sexuelle qui varient légèrement selon la perspective considérée (p. ex. légale, politique, clinique ou scientifique).

D'abord, d'un point de vue légal, le *Code criminel canadien* prévoit un ensemble d'infractions d'ordre sexuel, de même que certaines infractions criminelles spécifiques pour les agressions sexuelles commises sur les mineurs, dont l'inceste, les contacts sexuels, l'incitation à des contacts sexuels et l'exploitation sexuelle (Gouvernement du Canada, 2009a). Au sens de la loi, l'emploi de la force contre une personne et l'absence du consentement doivent être présents pour qu'un geste sexuel soit considéré comme une agression sexuelle. Au Canada, il est convenu qu'une personne de moins de 16 ans ne peut donner son consentement à participer à une activité sexuelle (Gouvernement du Canada, 2009b), sauf dans certaines exceptions spécifiques. Par exemple, la loi prévoit une exception en permettant à toute personne de se livrer à des activités sexuelles avec un adolescent de 14 ou 15 ans si elle a moins de cinq ans de plus, et avec un adolescent de 12 ou 13 ans, si elle a moins de deux ans de plus.

D'un point de vue politique, le Gouvernement du Québec (2001) a fourni, dans les *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*, une définition de l'agression sexuelle qui s'applique sans égard à l'âge, le sexe ou la culture de la victime ou de l'agresseur. Ainsi, l'agression sexuelle a été définie comme :

« Un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne » (p. 22).

Enfin, d'une perspective clinique, l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse indique que la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis lorsque celui-ci se retrouve dans une situation d'abus sexuel, considéré comme des gestes à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, de la part de ses parents ou d'une autre personne. De façon plus spécifique, l'Association des centres jeunesse du Québec (2000) propose, dans son *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants*, une définition de l'agression sexuelle envers les enfants. Cette définition, qui est utilisée dans le cadre de l'article 2 pour sélectionner une partie de l'échantillon, stipule que l'agression sexuelle représente :

« tout geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au développement de l'enfant ou de l'adolescent, 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 » (p. 15).

En regroupant les principaux éléments de définition issus de ces perspectives, il est possible d'obtenir une définition générale de l'agression sexuelle qui fasse consensus dans la littérature scientifique et qui sera celle utilisée dans le cadre de cette thèse. Ainsi, l'agression sexuelle contre un enfant est définie comme « tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou des personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant mineur (de moins de 18 ans) » (Tourigny et Baril, 2011). Ces actes ou jeux sexuels peuvent avoir pour but : 1) de stimuler sexuellement l'enfant, 2) d'utiliser l'enfant pour se stimuler soi-même sexuellement, ou 3) d'utiliser l'enfant pour stimuler sexuellement une tierce personne. Cette définition de l'agression sexuelle contre un enfant inclut les agressions sexuelles avec ou sans contact physique (p. ex. gestes d'exhibitionnisme) et de nature intrafamiliale ou extrafamiliale. Elle inclut également les actes ou jeux sexuels commis par un agresseur mineur considéré comme étant en situation de pouvoir par rapport à l'enfant victime ou agissant sans le consentement de l'enfant.

1.2 Définition des CSP

Pour définir adéquatement ce qu'est un CSP chez les enfants, il importe d'abord d'avoir une bonne compréhension du développement psychosexuel chez un enfant. Le développement psychosexuel fait partie, au même titre que le développement physique, moteur, langagier, affectif et moral, du développement de tout être humain et il évolue à travers les différents stades développementaux. Malgré l'état embryonnaire de notre compréhension du développement psychosexuel chez les enfants, différentes études empiriques ont permis de documenter les comportements sexuels qu'ils manifestent, soit à partir de données rétrospectives recueillies auprès de jeunes adultes (p. ex. Haugaard, 1996; Lamb et Coakley, 1993) ou par des observations de parents et d'éducateurs (p. ex. Clements, Tourigny, Cyr et McDuff, 2011; Friedrich, Fisher, Broughton, Houston et Shafran, 1998; Friedrich, Fisher, Dittner, Acton, Berliner, Butler *et al.*, 2001).

Ces connaissances empiriques indiquent que les enfants s'engagent dans une variété de comportements sexuels avant l'âge de 13 ans, défaisant ainsi le mythe que la sexualité ne se développe qu'à partir de l'adolescence (Araji, 1997; Friedrich, Grambsch, Broughton, Duiper et Beile, 1991; Haugaard, 1996; Lightfoot et Evans, 2000). Par exemple, à partir d'un échantillon représentatif d'enfants américains de 2 à 12 ans (n=1114), Friedrich et ses collaborateurs (1998) indiquent qu'une forte proportion de parents rapportent que leurs enfants âgés de 2 à 5 ans touchent leurs parties génitales à la maison (60 % des garçons et 44 % des filles), tentent de toucher ou touchent à la poitrine des femmes (42 % des garçons et 44 % des filles), ou tentent de regarder les gens alors qu'ils sont nus ou en train de se déshabiller (27 % des garçons et 27 % des filles). Une proportion moins importante d'enfants âgés de 6 à 9 ans semblent démontrer des comportements sexuels. En effet, environ 20 % des parents d'enfants âgés de 6 à 9 ans observent des comportements de voyeurisme, alors que des touchers aux parties génitales à la maison sont rapportés chez 40 % des garçons et 21 % des filles (Friedrich *et al.*, 1998). Les auteurs interprètent cette diminution comme étant le résultat de l'apprentissage de l'intimité et l'intégration des règles familiales en lien avec l'expression de la sexualité. Cette tendance vers une

diminution de la fréquence des comportements sexuels chez les enfants d'âge scolaire, est également observée par Lussier (2015), dans son étude réalisée auprès d'un échantillon d'enfants canadiens ($n = 354$). Finalement, un intérêt pour le sexe opposé représente le comportement le plus fréquemment rapporté par les parents d'enfants de 10 à 12 ans (24 % des garçons et 29 % des filles) (Friedrich *et al.*, 1998).

L'ensemble des comportements sexuels décrits précédemment sont généralement considérés non seulement comme étant normaux, mais également sains et n'ayant aucun impact négatif sur le développement psychosexuel ultérieur (McKee, Albury, Dunne, Grieshaber, Hartley, Lumby et Mathews, 2010). Malgré la difficulté à établir une ligne claire distinguant les comportements sexuels jugés sains des comportements jugés problématiques, différents critères ont été suggérés par les experts pour les départager. Ainsi, il est généralement admis que les comportements qui témoignent d'une exploration sexuelle normale surviennent de façon spontanée et intermittente. Lorsque les comportements sexuels impliquent d'autres enfants, ceux-ci sont mutuels et non coercitifs et se déroulent généralement entre enfants qui se connaissent et dont l'âge, le statut et le stade développemental sont similaires (Chaffin, Berliner, Block, Johnson, Friedrich, Louis, *et al.*, 2006). Il peut arriver que l'exploration sexuelle provoque un certain embarras chez l'enfant lorsque les comportements sexuels sont observés ou découverts. Toutefois, les comportements sexuels qui se situent dans un cadre normatif ne suscitent pas de détresse émotionnelle et sont associés à des sentiments positifs comme la joie, la curiosité et la détente (Johnson et Feldmeth, 1993).

Bien que la grande majorité des enfants vivent les différentes étapes de leur développement psychosexuel de façon saine, il arrive que certains enfants dévient de cette trajectoire et manifestent des comportements sexuels qui se retrouvent en dehors de ce qui est normalement attendu dans le cadre du développement psychosexuel sain (Araji, 1997; Johnson, 1988; Johnson et Feldmeth, 1993).

Tout comme pour la définition de l'agression sexuelle, une variabilité importante en regard de la définition des CSP est présente dans la littérature. Certains auteurs ont utilisé l'appellation « comportements sexuels problématiques » pour décrire l'ensemble des comportements sexuels qui se situent au-delà de ce qui est attendu dans le cadre du développement psychosexuel sain, alors que d'autres l'ont utilisée de façon plus restrictive en ciblant des comportements sexuels spécifiques pouvant être considérés comme problématiques (p. ex. la masturbation compulsive ou les comportements sexuels qui impliquent des gestes d'agression). Malgré le fait que l'appellation « comportements sexuels problématiques » ait été utilisée pour décrire différents construits, la définition des CSP la plus largement acceptée dans la littérature scientifique provient d'un groupe de travail de l'*Association for the Treatment of Sexual Abusers* (ATSA) (Chaffin *et al.*, 2006). Ce groupe, composé de 11 experts américains dans le domaine des CSP, a eu pour mandat de produire un guide de pratique concernant les enfants manifestant des CSP. Dans leur rapport, les CSP sont définis comme « des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptés par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres » (Chaffin *et al.*, 2006; p. 3, traduction libre). Cette définition inclut autant les comportements sexuels impliquant d'autres enfants (p. ex. attouchements aux parties sexuelles d'un autre enfant, gestes de pénétration, etc.) que les comportements sexuels n'impliquant pas de contacts sexuels interpersonnels (p. ex. la masturbation compulsive) (Chaffin *et al.*, 2006).

Pour déterminer si un enfant présente des CSP, la définition proposée par l'ATSA invite à considérer si le comportement sexuel démontré par l'enfant est inapproprié ou non, en fonction de son stade développemental. Par conséquent, les comportements sexuels peuvent être jugés problématiques s'ils surviennent à une fréquence et à une intensité s'éloignant de la norme, s'ils persistent davantage dans le temps ou s'ils surviennent à un âge plus précoce que ce qui est attendu, lorsque comparés avec les comportements d'enfants d'âge ou de stade développemental similaire (Chaffin *et al.*, 2006). Un certain consensus semble exister entre les chercheurs quant à l'inclusion de certains

comportements sexuels pouvant être considérés comme problématiques chez tous les enfants de 12 ans et moins qui les présentent, dont les tentatives de relations sexuelles, les contacts oraux-génitaux et les comportements impliquant une pénétration (Chaffin *et al.*, 2006; Friedrich *et al.*, 1998; Heiman, Leiblum, Esquilin et Pallitto, 1998). Alors que ces comportements sexuels sont considérés comme normaux à l'adolescence ou à l'âge adulte, ceux-ci sont jugés problématiques chez les enfants puisqu'ils surviennent à une étape développementale où on ne retrouve généralement pas de comportements sexuels de ce type.

Les cliniciens et les chercheurs qui s'intéressent aux CSP doivent reconnaître qu'identifier les enfants qui présentent des CSP sur la base d'un écart par rapport à la norme comporte plusieurs difficultés. D'abord, il existe parfois de grandes différences individuelles entre les enfants quant à leur comportement, et les comportements sexuels n'en font pas exception. Par conséquent, la sexualité et ses manifestations peuvent varier considérablement entre les enfants (Johnson, 2015); certains démontreront un intérêt marqué pour la sexualité, alors que d'autres non. De surcroît, Bernet (1997) appelle à la prudence, en indiquant que ce ne sont pas tous les comportements non fréquemment démontrés par les enfants qui doivent être perçus comme « anormaux » ou problématiques, puisque plusieurs éléments peuvent influencer la survenue des comportements sexuels des enfants, dont les valeurs familiales et sociales, les croyances, la religion et le contexte historique (Silovsky et Swisher, 2008; Thigpen et Fortenberry, 2009). Par exemple, certains comportements sexuels sont tolérés dans une culture, alors qu'ils sont découragés, voire bannis dans une autre (Friedrich, Sandfort, Oostveen et Cohen-Kettenis, 2000), d'où l'importance d'évaluer les comportements sexuels dans leur contexte. De plus, il est également important de garder en tête que certains comportements sexuels fréquemment observés chez les enfants — et donc jugés comme étant normaux et sains — peuvent être considérés problématiques si l'on tient compte d'autres facteurs.

La définition des CSP proposée par l'ATSA (Chaffin *et al.*, 2006) invite également à évaluer l'aspect néfaste des comportements de l'enfant, sur lui-même ou sur les autres.

Parmi les éléments à considérer, l'utilisation de la force, de la coercition, de la manipulation ou de l'intimidation lors des comportements sexuels sont des indicateurs d'un problème d'ordre clinique. De la même façon, la présence de blessures physiques ou d'une détresse émotionnelle (ou le potentiel de blessures ou de détresse), autant chez l'enfant qui présente les comportements sexuels que chez les enfants impliqués, sont d'autres indices relatifs aux comportements sexuels qui permettent d'identifier les enfants qui présentent des CSP (Chaffin *et al.*, 2006; Johnson, 1993; Kellogg, 2009; Suissa, Balençon et Roussey, 2010). Enfin, certains auteurs ont souligné que les comportements sexuels impliquant des animaux devraient être considérés comme un problème de nature clinique (Silovsky et Bonner, 2004). De plus, certaines caractéristiques liées à l'enfant servent d'indicateurs de la présence d'un problème d'ordre clinique, dont le fait que les comportements sexuels deviennent une préoccupation importante pour l'enfant et interfèrent avec son développement (p. ex. remplacent des intérêts ou des activités qui sont appropriés d'un point de vue développemental), lorsque l'enfant persiste à manifester des comportements sexuels malgré les interventions d'un adulte ou lorsque des sentiments négatifs (p. ex. la colère, la honte, l'anxiété) y sont associés. Enfin, la nature du lien entre les enfants impliqués dans les comportements sexuels pourrait indiquer la présence de CSP. Ainsi, les comportements sexuels qui surviennent entre enfants d'âge, de statut ou de niveau développemental différent ou qui surviennent entre enfants qui se connaissent peu ou pas du tout sont d'autres indicateurs d'un problème comportemental d'ordre clinique.

Soulignons finalement que certains CSP commis par les enfants pourraient être qualifiés d'abusifs ou d'agressifs puisqu'ils correspondent à la définition d'une agression sexuelle. On retrouve d'ailleurs différents termes qui ont été utilisés au fil du temps pour désigner les CSP des enfants, dont comportements sexuels abusifs, comportements sexuels agressifs ou comportements sexuels intrusifs. De plus, les enfants qui présentent des CSP ont parfois été étiquetés, dans la littérature scientifique, d'auteurs mineurs d'abus sexuels, d'enfants agresseurs sexuels ou d'enfants agressifs sexuellement (Buchta, 2009, Hall, Mathews et Pearce, 1998). Or, les experts soulignent que les enfants qui présentent des CSP ne doivent pas être considérés comme des agresseurs sexuels (Chaffin *et al.*, 2006). Sans

exclure la responsabilité des gestes qu'ils ont commis, on considère toutefois que, contrairement aux adultes, les enfants ne sont pas en mesure de s'engager dans des processus cognitifs complexes qui leur permettent de planifier leur CSP, d'amadouer une « victime » ou de rationaliser leur geste, compte tenu de leur stade de développement. Ainsi, les enfants qui présentent des CSP agissent généralement de façon davantage impulsive que compulsive et adoptent de tels comportements pour des raisons qui peuvent être autres que la gratification ou la stimulation sexuelle, dont la curiosité, l'imitation ou la recherche d'apaisement, ce qui les distingue des adolescents et des adultes agresseurs sexuels (Jones, 2011). Cette distinction est essentielle afin d'éviter la stigmatisation et le rejet des enfants qui présentent des CSP (Johnson, 2000). Par conséquent, dans le but de représenter plus justement la vaste gamme de CSP et d'éviter les erreurs d'appréciation qui contribuent à étiqueter négativement ces enfants, plusieurs chercheurs ont adoptés les termes « enfants qui manifestent des CSP » (Araji, 1997; Bonner, Walker et Berliner, 1999; Chaffin *et al.*, 2006; Silovsky et Niec, 2002). Ces termes seront d'ailleurs utilisés dans la présente thèse pour qualifier ces enfants.

2. AMPLEUR DES PROBLÉMATIQUES À L'ÉTUDE

Plusieurs études indiquent que les phénomènes de l'agression sexuelle et des CSP touchent un nombre considérable d'enfants. Ces données relatives à l'ampleur de l'agression sexuelle et des CSP seront présentées dans les sous-sections suivantes.

2.1 Ampleur de l'agression sexuelle contre un enfant

Différentes recensions des écrits portant sur la prévalence des agressions sexuelles durant l'enfance indiquent des taux qui varient considérablement d'une étude à l'autre. En effet, de 2 à 71 % des femmes et de 3 à 76 % des hommes rapportent avoir vécu une agression sexuelle durant l'enfance (Finkelhor, 1994; Holmes et Slap, 1998; Hunter, 2006; Wolfe, 2007). Ces écarts importants sont expliqués par plusieurs auteurs comme étant le résultat des variations importantes entre les études quant à la définition des agressions

sexuelles, les caractéristiques particulières des populations étudiées et les méthodologies utilisées (Finkelhor, 1994; Holmes et Slap, 1998). Néanmoins, les études québécoises de prévalence des mauvais traitements envers les enfants réalisées auprès d'échantillons représentatifs de la population montrent qu'environ un homme sur dix et une femme sur cinq rapportent avoir été agressés sexuellement dans l'enfance (Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, 2006; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr et Baril, 2008). Ces taux sont similaires à ceux provenant des autres études de prévalence nord-américaines (Tourigny et Baril, 2011).

Dans un autre ordre d'idée, des études menées auprès des services de protection de l'enfance permettent également de connaître le nombre de signalements pour agression sexuelle contre un enfant considérés fondés au cours d'une année. Lavergne et Tourigny (2000) ont établi, par le biais d'une recension d'études d'incidence effectuées principalement en Amérique du Nord, que les enfants agressés sexuellement constituent de 10 à 12 % des enfants signalés aux services de protection de l'enfance et que les taux d'incidence varient de 0,7 à 4,5 cas pour 1000 enfants, selon les études. Les données de l'Étude d'incidence québécoise-2008 (EIQ-2008; Hélie, Turcotte, Trocmé et Tourigny, 2012) indiquent que les cas d'agression sexuelle signalés et jugés fondés représentaient 6 % de l'ensemble des cas signalés et jugés fondés par le système québécois de protection de l'enfance, avec un taux d'incidence de 0,78 cas par 1000 enfants signalés. Les résultats de l'EIQ indiquent que pour l'ensemble des enfants dont l'agression sexuelle a été jugée fondée, 46 % ont subi des gestes d'attouchements sexuels, 11 % ont subi une pénétration, 9 % ont été impliqués dans des relations sexuelles orales et 7 % ont été victimes d'exhibitionnisme.

2.2 Ampleur des CSP

À notre connaissance, aucune étude populationnelle permettant de statuer sur la prévalence ou l'incidence des enfants qui présentent des CSP n'a été réalisée à ce jour. Cependant, certaines études établissent la prévalence d'enfants qui présentent certains comportements sexuels spécifiques qualifiés de problématiques.

D'abord, seule l'étude de Långström, Grann et Lichtenstein (2002) a établi la prévalence des comportements masturbatoires problématiques chez une population de jumeaux suédois âgés de 7 à 9 ans à 2,3 %.

D'autres statistiques permettent également d'estimer la prévalence des enfants ayant commis des gestes d'agression sexuelle, qui représentent une partie des enfants qui manifestent des CSP. Ces statistiques provenant des systèmes policiers ou judiciaires de différents pays livrent des chiffres préoccupants (Jaffé, 2011). L'Observatoire sur la délinquance et les réponses pénales indique qu'en 2013, les mineurs (enfants et adolescents confondus) étaient responsables de 22,9 % de l'ensemble des mises en cause pour atteintes volontaires à l'intégrité physique par le biais de violences sexuelles sur le territoire français (Le Graët, 2014). Parmi l'ensemble des condamnations des mineurs pour viols en France en 2010, 6,7 % des condamnations concernait des enfants de moins de 13 ans (Camus, Timbert, Ferré et Guillot-Toubert, 2012). Dans une étude portant sur l'ensemble des arrestations pour viol en 2010 sur le territoire américain, les mineurs sont responsables d'une proportion non négligeable de ces agressions sexuelles. En effet, 14 % de ces arrestations concernaient des jeunes de moins de 18 ans, parmi lesquels 33 % étaient des enfants âgés de 14 ans et moins (Sickmund et Puzanchera, 2014). Bien que la grande majorité des mineurs qui ont commis une offense sexuelle rapportée aux services policiers soit des adolescents, Finkelhor, Ormrod et Chaffin (2009) ont indiqué qu'environ 16 % de ces mineurs sont des enfants de 12 ans et moins. Enfin, dans un bilan des infractions sexuelles déclarées à l'ensemble des services de police du Québec en 2013, on estime que les enfants de 11 ans et moins représentent près de 2 % de l'ensemble des personnes présumées avoir commis une infraction sexuelle (Gouvernement du Québec, 2015).

Quelques études nous renseignent également sur l'importance des CSP au sein des clientèles suivies par les services de protection de l'enfance. Dans un sondage mené en 2001, les agences de protection de l'enfance de la ville de New York estiment qu'entre 10 % et 30 % des jeunes sous leurs soins ont des problèmes de comportements sexuels (Baker, Schneiderman et Parker, 2001). Plus près de nous, une étude, réalisée à partir d'un

échantillon représentatif d'enfants québécois pris en charge en 1998 par les services sociaux, dont les services de protection de l'enfance, estime, à partir d'une définition opérationnelle des CSP construite par les chercheurs de l'étude, que près d'un enfant sur six, âgés de six à 11 ans présente des CSP dirigés vers soi ou vers les autres (Lepage, 2007). Le rapport de l'Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008; Hélie *et al.*, 2012) rapporte que 10 % des enfants dont le signalement est jugé fondé par le service de protection de l'enfance au Québec en vertu d'un incident de maltraitance vécu ou de la présence de troubles de comportement, présentent des comportements sexuels inadéquats et problématiques, selon l'intervenant responsable de l'évaluation du signalement. Malgré la difficulté d'établir la prévalence de l'ensemble des enfants qui présentent la vaste gamme des comportements sexuels jugés problématiques, il est clair que ce problème touche une proportion non négligeable d'enfants.

Il est maintenant reconnu que les CSP se répercutent négativement sur le développement des enfants qui les manifestent et sur les différents systèmes au sein desquels ils évoluent (St-Amand, Saint-Jacques et Silovsky, 2011). Au même titre que d'autres problèmes comportementaux, les CSP qui ne font pas l'objet d'une intervention adéquate sont susceptibles de s'aggraver et d'entraîner des effets indésirables sur la société (Chaffin, 2008). La crainte de voir évoluer les enfants qui présentent des CSP en des adolescents qui commettent des agressions sexuelles et ultimement, vers des adultes agresseurs sexuels représente une préoccupation sociale importante (Bonner *et al.*, 1999; Burton, 1996; Gray, Busconi, Houchens et Pithers, 1997). À ce titre, certains systèmes de protection de l'enfance aux États-Unis ont entrepris, non sans soulever la controverse (voir Chaffin, 2008), des procédures pour répertorier les enfants identifiés comme ayant un CSP dans un registre public d'agresseur sexuel, au même titre que les adultes (Carpentier, Silovsky et Chaffin, 2006; Thigpen, Pinkston et Mayefsky, 2003).

Dans l'espoir de prévenir le développement d'un patron de comportements sexuels inappropriés qui pourrait conduire vers des offenses sexuelles à l'adolescence ou à l'âge

adulte, différents traitements conçus pour les enfants qui présentent des CSP ont vu le jour (Pithers, Gray, Busconi et Houchens, 1998; Ryan, 2000). Les rares données disponibles sur l'efficacité à long terme de ces interventions suggèrent que les enfants qui manifestent des CSP présentent de faibles risques de commettre une offense sexuelle à l'adolescence ou à l'âge adulte, si un traitement approprié leur est dispensé. Les résultats d'une étude longitudinale utilisant des données administratives révèlent que 10 ans après avoir été assignés de façon aléatoire à une intervention d'approche cognitive-comportementale, seulement 2 % des enfants qui présentaient des CSP ont fait état d'une arrestation subséquente pour une offense à caractère sexuel (Carpentier *et al.*, 2006). Les enfants ayant participé à ce type d'intervention n'étaient pas significativement plus à risque de commettre une offense sexuelle que les enfants du groupe de comparaison, qui provenaient d'autres populations cliniques. En somme, offrir une réponse adéquate aux besoins cliniques des enfants qui présentent des CSP représente un enjeu sociétal important et semble une avenue prometteuse.

2.3 Prévalence des enfants qui présentent les deux problématiques

Il est possible de constater des taux de cooccurrence importants de l'agression sexuelle et des CSP, autant dans les études réalisées auprès d'une population d'enfants victimes d'agression sexuelle qu'auprès d'une population d'enfants qui présentent des CSP.

D'abord, les résultats des recherches menées au cours des 30 dernières années auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle indiquent que ceux-ci sont susceptibles de présenter un éventail de séquelles, parmi lesquelles se trouvent les CSP (Berliner, 2011). Dans une recension de 45 études qui comparait les enfants victimes d'agression sexuelle aux enfants n'en ayant pas été victimes, les résultats des 13 études ayant documenté la présence de CSP indiquent que 28 % des 1353 enfants victimes d'agression sexuelle présentent des CSP (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993). Différentes études plus récentes réalisées auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle recevant une intervention estiment qu'entre

20 % et 53 % présentent des CSP (Allen, Thorn et Gully, 2015; Buchta, 2009; Chromy, 2007; Kulesz et Wyse, 2007).

En parallèle, les études réalisées auprès d'une population d'enfants qui présentent des CSP révèlent qu'une proportion importante de ces enfants ont été victimes d'agression sexuelle, soit entre 12 % et 70 %. Ces taux sont spécifiquement présentés dans l'article 1.

3. LIENS ENTRE LES PROBLÉMATIQUES DE L'AGRESSION SEXUELLE ET DES CSP

Ces taux de cooccurrence chez les enfants victimes d'agression sexuelle et qui présentent des CSP amènent à s'intéresser aux liens existants entre ces deux populations, qui ont pourtant traditionnellement été étudiées séparément. Les différents liens établis entre ces populations, issus de la littérature scientifique portant sur l'agression sexuelle ou sur les CSP, seront présentés dans les sections suivantes.

3.1 Les CSP en tant que conséquence de l'agression sexuelle

Historiquement, les CSP ont d'abord été étudiés comme étant l'une des séquelles présentes chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Finkelhor et Browne, 1985; Friedrich, 2007; Gil et Shaw, 2014). Différents modèles théoriques ont été proposés pour expliquer le développement des séquelles suite l'agression sexuelle, aussi appelés modèles axés sur le trauma, dont le *Traumagenic Dynamics of Sexual Abuse Model* (Finkelhor et Browne, 1985), le *Sexual Abuse Cycle* (Lane, 1997) et le *Trauma-Outcome Process Assessment Model* (TOPA; Rasmussen, 2004). Dans ces modèles, les CSP sont conceptualisés comme une réaction comportementale quant à l'agression sexuelle ou aux événements traumatiques vécus par l'enfant. Ces modèles stipulent qu'il est possible que la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant causée par l'agression sexuelle se traduise par une augmentation de l'intérêt de l'enfant pour la sexualité ou par une répétition compulsive de gestes sexuels pour comprendre ou contrôler les aspects traumatiques de

l'agression sexuelle vécue. Puisque les enfants victimes d'agression sexuelle ont été exposés de façon précoce à la sexualité, certains peuvent être mal équipés pour gérer les sensations sexuelles ressenties. En étant victimes d'agression sexuelle, ceux-ci peuvent avoir pris conscience du plaisir physique engendré par une stimulation génitale et peuvent se servir des comportements sexuels comme moyen pour s'apaiser (Berliner, 2011).

Dans la littérature scientifique, les CSP ont été identifiés, au même titre que les symptômes de stress post-traumatique, comme l'une des deux seules manifestations qui distinguent la majorité des enfants victimes d'agression sexuelle des enfants non victimes qui reçoivent des services cliniques (Kendall-Tackett *et al.*, 1993). Plus récemment, Wolfe (2007) a également classé les CSP, tout comme les symptômes de stress post-traumatique, de dissociation et de dépression, comme étant un symptôme propre à l'agression sexuelle, c'est-à-dire présent chez une proportion importante d'enfants victimes d'agression sexuelle et qui distingue les enfants victimes d'agression sexuelle des enfants non victimes et des enfants issus de populations cliniques faisant face à d'autres types de problème. Enfin, certains chercheurs ont qualifié les CSP des enfants comme étant la séquelle d'une histoire de victimisation sexuelle la plus problématique et la plus résistante aux traitements (Hall *et al.*, 1998).

Enfin, une série de facteurs semblent influencer le développement de séquelles à la suite d'une agression sexuelle. Dans son modèle transactionnel, Spaccarelli (1994) propose que 1) les caractéristiques de l'agression sexuelle subie (durée, présence de force, etc.), 2) les événements entourant l'agression sexuelle comme l'augmentation des conflits, des changements dans la structure familiale, et 3) les événements provoqués par le dévoilement de l'agression sexuelle (réactions des parents, procédures judiciaires, etc.) représentent des stressseurs qui influencent l'adaptation de l'enfant. Ainsi, le développement des séquelles suite à une agression sexuelle se concrétiserait par l'intermédiaire d'une série d'interactions bidirectionnelles entre l'enfant et son environnement.

3.2 L'agression sexuelle comme facteur associé aux CSP

Dans la littérature scientifique portant sur les enfants qui présentent des CSP, l'agression sexuelle a longtemps été considérée comme la cause prédominante du développement des CSP chez les enfants (Drach, Wientzen et Ricci, 2001; Gagnon et Tourigny, 2011). Toutefois, l'origine des CSP chez les enfants n'est toujours pas clairement comprise et relève davantage d'hypothèses issues de réflexions cliniques que de faits établis empiriquement. En effet, aucune étude prospective qui permettrait de déterminer les facteurs de risque au développement des CSP chez les enfants n'a encore été réalisée, ce qui limite grandement notre compréhension des facteurs pouvant influencer le développement des CSP. Dans un effort d'intégration, Friedrich (2007) est le seul à avoir proposé un modèle théorique qui explique le développement des CSP par l'interaction entre différents domaines de risque, dont l'agression sexuelle fait partie. Ce modèle, utilisé dans le cadre de cette thèse, sera présenté plus en détail à la section 5.

Des états des connaissances relatifs aux facteurs associés aux CSP constatent qu'un ensemble de variables individuelles, familiales et sociales contribuent, du moins en partie, au développement et au maintien des CSP. Parmi ces facteurs, l'agression sexuelle a été identifiée comme étant l'un des facteurs les plus fortement associés aux CSP (Araji, 1997; Elkovitch, Latzman, Hansen et Flood, 2009; Gagnon et Tourigny, 2011; Kambouropoulos, 2005; Silovsky et Swisher, 2008; St-Amand *et al.*, 2011). Ainsi, les enfants qui présentent des CSP sont significativement plus susceptibles d'avoir été victimes d'agression sexuelle que les enfants qui ne présentent pas de tels comportements (Bonner *et al.*, 1999; Burton, 1999; Gale, Thompson, Moran et Sack 1988; Lepage, Tourigny, Pauzé, McDuff et Cyr, 2010; Lightfoot et Evans, 2000; Szanto, Lyons et Kisiel, 2012). Certaines caractéristiques des agressions sexuelles vécues, dont une plus grande sévérité, une fréquence plus élevée, la présence de coercition et un nombre plus élevé d'agresseurs sont également associées à la présence de CSP chez les enfants (Burton, 1999; Chromy, 2007; Hall *et al.*, 1998; Hershkowitz, 2014).

3.3 L'agression sexuelle et CSP : caractéristiques utilisées dans la création de typologies

D'autres champs d'études démontrent l'intérêt d'explorer davantage les liens entre l'agression sexuelle et les CSP, de même que la possibilité que les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP puissent partager certains besoins cliniques communs. En effet, certaines études typologiques ont tenté d'identifier la présence de sous-groupes distincts auprès de ces deux populations. Cette approche, dite centrée sur les personnes, permet de mieux qualifier la diversité des profils et d'orienter les interventions de façon plus précise en fonction du profil présenté (Bergman et Magnusson, 1997; Bergman et Trost, 2006). Ces études typologiques, présentées plus en détail dans l'article 2, viennent une fois de plus souligner la présence d'un lien étroit entre l'agression sexuelle et les CSP.

À partir d'une population d'enfants victimes d'agression sexuelle, certaines études se sont intéressées à distinguer les enfants victimes d'agression sexuelle qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas (Allen *et al.*, 2015; Buchta, 2009; Chromy, 2007; Hall *et al.*, 1998; Hershkowitz, 2014; Kulesz et Wyse, 2007). Dans l'ensemble, ces études concluent que les enfants agressés sexuellement qui manifestent des CSP présentent davantage de difficultés comportementales intériorisées et extériorisées que les enfants agressés sexuellement qui n'ont pas de CSP. Toutefois, les études indiquent que ces deux groupes d'enfants ne se distinguent pas quant aux traits de tempérament prosociaux (Buchta, 2009), aux symptômes de stress post-traumatique (Buchta, 2009; Hall *et al.*, 1998) ainsi qu'en regard de certaines variables parentales et familiales, dont le stress parental vécu, les symptômes de stress post-traumatique du parent et l'attitude sexualisée dans le milieu familial (Hall *et al.*, 1998). Ces derniers résultats suggèrent donc que les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP pourraient partager certains besoins cliniques communs.

Parmi les études qui ont tenté d'identifier la présence de sous-groupes distincts d'enfants d'âge scolaire agressés sexuellement sur la base d'un ensemble de caractéristiques (Daignault et Hébert, 2009; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006; Sawyer et Hansen, 2014), seule l'étude de Sawyer et Hanson (2014) a utilisé la fréquence des comportements sexuels comme une des variables servant à identifier des sous-groupes. Cette typologie, réalisée auprès de 107 enfants victimes d'agression sexuelle, révèle quatre profils distincts : 1) hautement perturbé, 2) problèmes de comportement, 3) sous-clinique, et 4) détresse auto-rapportée. Cette typologie met en évidence que deux sous-groupes d'enfants victimes d'agression sexuelle se caractérisent, contrairement aux autres, par une fréquence élevée de comportements sexuels (profils « hautement perturbé » et « problèmes de comportement »). Ces résultats soulignent donc le chevauchement entre l'agression sexuelle et les CSP en identifiant deux sous-groupes d'enfants agressés sexuellement qui manifestent une fréquence élevée de comportements sexuels et qui présentent des caractéristiques communes. Ces résultats laissent croire que ces enfants pourraient partager certains besoins d'intervention communs qui pourraient être répondus par le biais d'interventions qui ciblent spécifiquement ces besoins.

En parallèle, certaines études se sont intéressées à distinguer les enfants qui présentent des CSP, en fonction de la présence ou non d'un antécédent d'agression sexuelle. Par exemple, l'étude de Silovsky et Niec (2002), réalisée auprès de 37 enfants âgés de 3 à 7 ans, indique qu'aucune différence significative entre les enfants manifestant des CSP ayant vécu une agression sexuelle ou non n'a été constatée sur l'ensemble des mesures utilisées. Ainsi, les enfants qui présentent des CSP agressés sexuellement ou non ne se distinguaient pas quant aux problèmes de comportements, aux symptômes de stress post-traumatique, aux symptômes de dépression et aux comportements sexuels agressifs ou intrusifs présentés, de même qu'en regard du stress parental vécu. Au-delà de cette absence de différence significative entre les deux groupes, les résultats montrent qu'autant les enfants qui présentent des CSP victimes d'agression sexuelle que ceux qui n'en ont pas été victimes présentent un ensemble de difficultés nécessitant une intervention. En effet, 89 % des enfants de l'échantillon se situaient au-dessus du seuil clinique quant aux problèmes de

comportements, alors que 86 % et 53 % se situaient au-dessus du seuil clinique quant aux problèmes extériorisés et aux problèmes intériorisés, respectivement. Les enfants de l'échantillon présentaient également un nombre important de symptômes de stress post-traumatique, de même que de symptômes de dépression. De plus, les parents de ces enfants démontraient également un niveau de stress significatif ainsi qu'un niveau de détresse important. Une fois de plus, ces résultats laissent à penser que les enfants qui présentent des CSP et ceux victimes d'agression sexuelle pourraient partager des besoins cliniques communs.

Enfin, parmi les rares études ayant tenté d'identifier la présence de sous-groupes distincts parmi les enfants qui manifestent des CSP sur la base d'un ensemble de variables (Berliner, Manaois et Monastersky, 1986; Bonner *et al.*, 1999; Hall, Mathews et Pearce, 2002; Johnson et Feldmeth, 1993; Lepage, 2007; Pithers *et al.*, 1998), seule la typologie de Pithers et ses collègues (1998) a inclus l'agression sexuelle pour classer les enfants qui manifestent des CSP. À partir d'un échantillon de 127 enfants présentant des CSP âgés de 6 à 12 ans et référés au système de protection de l'enfance, l'analyse de cluster a identifié cinq sous-groupes d'enfants présentant des CSP : 1) non-symptomatiques, 2) sexuellement agressifs, 3) briseurs de règles, 4) hautement perturbés, et 5) réactifs à l'abus. Sans spécifier le pourcentage d'enfants victimes d'agression sexuelle dans chacun des profils identifiés, les analyses révèlent qu'en considérant seulement les enfants victimes d'agression sexuelle (86 % de l'échantillon total), les enfants du sous-groupe hautement traumatisés ont été victimes d'agression sexuelle de la part d'un nombre plus élevé d'agresseurs ($M=2,7$; $ÉT=1,7$) que les enfants du sous-groupe sexuellement agressifs ($M=1,2$; $ÉT=0,4$). En arrivant à identifier la présence de profils spécifiques parmi une population d'enfants qui présentent des CSP par le biais de la présence d'un antécédent d'agression sexuelle, cette étude souligne, une fois de plus le chevauchement entre les deux problématiques.

En somme, les résultats des études typologiques réalisées auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle et auprès de ceux qui présentent des CSP soulignent une fois de plus le chevauchement de ces deux problématiques. Celles-ci laissent présager que ces deux

clientèles pourraient, à certains égards, présenter des besoins cliniques semblables. Toutefois, cette hypothèse n'a jamais été validée empiriquement, en vérifiant s'il est possible d'identifier des profils en jumelant au sein d'un même échantillon, des enfants référés à des services suite à une agression sexuelle et des enfants référés à des services pour CSP. L'article 2 s'attardera spécifiquement à cette question.

3.4 Les programmes d'intervention pour enfants victimes d'agression sexuelle et pour enfants qui présentent des CSP : de nombreuses similitudes

Enfin, un dernier aspect laissant penser que les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP partagent des besoins cliniques communs concerne l'examen des programmes d'intervention destinés à ces deux clientèles. La méta-analyse de St-Amand, Bard et Silovsky (2008) a recensé 18 interventions spécifiques ayant pour objectif de réduire les CSP. Ces auteurs rapportent des similitudes importantes entre les traitements destinés soit aux enfants victimes d'agression sexuelle, soit aux enfants qui présentent des CSP, dont le fait qu'ils : 1) ciblent l'apprentissage des règles en lien avec les frontières interpersonnelles, l'acquisition de techniques de relaxation, la gestion des émotions négatives, l'éducation à la sexualité et le développement d'habiletés de protection de soi et de prévention des agressions sexuelles, et 2) requièrent la participation des parents afin de favoriser le développement d'habiletés de gestion de comportements et d'augmenter le soutien offert à l'enfant (St-Amand *et al.*, 2008). Le nombre élevé de cibles d'intervention qui sont communes aux programmes offerts aux enfants victimes d'agression sexuelle et aux enfants qui présentent des CSP laisse une fois de plus présager que ces deux populations puissent partager certaines caractéristiques et besoins d'intervention communs.

En résumé, de nombreux chevauchements entre les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP sont observables et pourraient suggérer qu'une certaine proportion de ces enfants puisse présenter des caractéristiques et des besoins communs en matière d'intervention, notamment par le fait que 1) il existe une cooccurrence importante entre l'agression sexuelle et les CSP, 2) les CSP ont été identifiés, dans la

littérature portant sur les enfants victimes d'agression sexuelle, comme étant une conséquence de la victimisation sexuelle, 3) l'agression sexuelle a été identifiée, dans la littérature portant sur les enfants qui présentent des CSP, comme étant un facteur associé au développement des CSP, 4) l'agression sexuelle est utilisée, dans les typologies, comme variable servant à distinguer différents profils d'enfants qui présentent des CSP, et vice versa, et 5) plusieurs similitudes ont été observées entre les traitements offerts aux enfants victimes d'agression sexuelle et aux enfants qui présentent des CSP quant aux cibles d'intervention.

Cet enjeu clinique a toutefois reçu peu d'attention de la part des chercheurs du domaine, comme le témoigne l'absence d'étude examinant l'existence de profils psychosociaux communs en étudiant simultanément les deux populations d'intérêt. Pourtant, s'il s'avère que les enfants qui présentent des CSP et ceux victimes d'agression sexuelle présentent des profils psychosociaux communs, ces deux clientèles d'enfants pourraient cesser d'être perçues distinctement par les milieux d'intervention et bénéficier d'interventions établies sur la base d'un ensemble de caractéristiques individuelles et familiales propres à chacun des profils psychosociaux identifiés plutôt que d'interventions établies sur la base du motif de référence à des services (CSP ou victimes d'agression sexuelle).

4. OBJECTIFS DE LA THÈSE

Comme mentionné précédemment, cette thèse a pour objectif général d'approfondir la compréhension du lien existant entre la problématique de l'agression sexuelle et celle des CSP. Bien que plusieurs avenues de recherche permettent d'approfondir des liens entre les deux problématiques d'intérêt, la thèse inclut deux articles qui traitent de cette question sous deux angles différents, choisis en fonction de leur pertinence scientifique et clinique.

D'abord, l'examen de la littérature a permis de constater que différentes synthèses de connaissances ont été publiées dans les dernières années au sujet des facteurs de risque des

CSP. Ces écrits, qui ont tous identifié la présence d'un antécédent d'agression sexuelle comme étant liée au développement des CSP chez les enfants, présentent néanmoins des limites importantes, dont celles de ne pas avoir rendu explicite leur méthodologie de recension et de ne pas avoir porté attention à la qualité méthodologique des études. Ces lacunes ont pour conséquence qu'il devient impossible de statuer sur l'exhaustivité des études recensées ainsi que sur la qualité de ces synthèses. En réponse à ces limites, cette thèse vise en premier lieu à recenser de façon systématique l'ensemble des facteurs, dont l'agression sexuelle, qui distinguent les enfants de 12 ans et moins qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas. Cet exercice permettra ainsi d'explorer de façon systématique le lien entre l'agression sexuelle et les CSP, tout en s'intéressant aux autres facteurs qui influencent la présence des CSP. Les différents facteurs associés seront classés à partir du modèle amélioré de Friedrich (2007) présenté dans la dernière section de cette introduction. Le chapitre 2 de cette thèse présente donc l'article 1 qui a été publié dans la *Revue de psychoéducation* et dont le titre est « Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés »¹.

En second lieu, comme nous l'avons vu à la section 3, certains éléments de la littérature scientifique laissent croire que les enfants à des services suite à une agression sexuelle et ceux référés pour CSP pourraient partager des caractéristiques communes et certains besoins d'intervention similaires. Or, aucune étude n'a fait cette démonstration en jumelant au sein d'un même échantillon des enfants provenant des deux clientèles. Par conséquent, cette thèse tentera 1) d'identifier les différents profils psychosociaux d'enfants référés à des services en raison de leurs CSP ou suite à une agression sexuelle subie, et 2) de comparer la proportion d'enfants issus de ces deux clientèles dans chacun des profils identifiés. Le deuxième article de la thèse, présenté au chapitre 3, s'intéresse spécifiquement à ces questions qui revêtent un intérêt clinique important. Cet article a été

¹ Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N. et Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 173-203.

publié dans le journal en ligne *Sexual Offender Treatment* et s'intitule « *Psychosocial profiles of children referred for treatment for sexual behavior problems or for having been sexually abused* »².

5. CHOIX D'UN MODÈLE THÉORIQUE

Face au consensus selon lequel le développement des CSP soit influencé non seulement par un antécédent d'agression sexuelle, mais également par un ensemble d'autres facteurs, les modèles axés sur le trauma utilisés initialement ont été jugés insuffisants pour illustrer l'ensemble des déterminants pouvant influencer le développement des CSP chez les enfants. À ce jour, seul Friedrich (2007) a proposé un modèle théorique qui intègre non seulement l'agression sexuelle, mais également un ensemble de facteurs influençant le développement des CSP. Par conséquent, ce modèle a été choisi. Comme le modèle de Friedrich (2007) sera décrit dans chacun des deux articles de thèse, les paragraphes suivants serviront à démontrer ses origines et ses fondements, de même qu'à exposer l'adaptation du modèle qui sera utilisée dans les articles.

D'abord, le modèle théorique intégrateur proposé par Friedrich (2007) pour expliquer le développement des CSP s'inspire fortement du modèle théorique de Greenberg, Speltz et DeKlyen (1993) qui explique la persistance des comportements perturbateurs chez les enfants d'âge préscolaire par le biais des interactions entre les facteurs biologiques, l'écologie familiale, les pratiques parentales et l'attachement parent-enfant. En appliquant le principe de la multifinalité qui stipule que différentes manifestations comportementales puissent être générées par un facteur de vulnérabilité commun (Cicchetti et Rogosch, 1996), Friedrich (2007) conçoit que le développement des

² Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., Gagnon, M. M. et Tremblay, C. (2015). Psychosocial profiles of children referred for treatment for sexual behavior problems or for having been sexually abused. *Sex Offender Treatment*, 10(2), 1-19. Document téléaccessible à l'adresse: <http://www.sexual-offender-treatment.org/143.html>.

CSP pourrait s'expliquer par des déterminants similaires à ceux d'autres problèmes de comportements. Ainsi, l'adaptation du modèle de Greenberg *et al.* (1993) proposé par Friedrich pour expliquer le développement des CSP chez les enfants consiste principalement en l'ajout d'un domaine de risque lié à la perturbation du développement psychosexuel - dont fait partie un antécédent d'agression sexuelle - aux domaines de risque découlant des théories explicatives des problèmes de comportements.

Pour expliquer le développement des CSP, le modèle théorique de Friedrich (2007) met l'accent sur les interactions entre quatre domaines distincts soit : 1) l'accumulation de stress, 2) l'apprentissage par modelage de la coercition, 3) les facteurs biologiques et personnels qui prédisposent l'enfant aux comportements extériorisés, et 4) les facteurs qui contribuent au fait que l'enfant apprend à entrer en relation avec les autres d'une manière sexuellement intrusive (par exemple, une victimisation sexuelle antérieure, l'exposition à des comportements sexuels entre adultes, l'exposition à du matériel pornographique). Le modèle suggère qu'une accumulation de facteurs de risque augmente la probabilité de présenter des CSP, et que ce sont les interactions entre les facteurs de risque issus des différents domaines qui conduisent aux difficultés comportementales.

Une adaptation du modèle théorique proposé par Friedrich (2007) est utilisée dans le cadre de cette thèse. Les différentes modifications apportées au modèle et leur justification sont abordées ci-contre :

- 1) Une des limites importantes du modèle proposé par Friedrich (2007) est la dilution du domaine de l'attachement parent-enfant issu du modèle original de Greenberg *et al.* (1993), dans l'ensemble des autres domaines. Cette fusion du domaine de l'attachement parent-enfant dans les autres domaines était motivée par l'hypothèse selon laquelle la qualité de l'attachement parent-enfant aurait une influence importante sur chacun des autres domaines (Friedrich, 2007). Or, l'attachement parent-enfant occupe une large place dans différents modèles explicatifs du développement des problèmes de comportements chez les enfants (Guttman-Steinmetz et Crowell, 2006). Afin d'être plus fidèle au modèle

original de Greenberg *et al.* (1993), le modèle de Friedrich (2007) a été modifié afin que l'attachement parent-enfant puisse être représenté par un domaine en soi.

- 2) Dans son modèle théorique, Friedrich (2007) conçoit que la somme des éléments d'adversité présents dans la vie de l'enfant le conduise à développer des comportements perturbateurs (domaine 2 : accumulation de stress). Il est avancé que les enfants sont en mesure de faire face à un certain niveau d'adversité. Toutefois, Friedrich (2007) expose que les conditions adverses vécues par l'enfant (p. ex. : le divorce des parents, la pauvreté, de nombreuses ruptures d'attachement) influencent directement la capacité de celui-ci à s'autoréguler, tant au niveau des émotions que des comportements. Or, le modèle original de Greenberg *et al.* (1993) faisait plutôt référence, dans ce domaine, à l'écologie familiale, c'est-à-dire à l'ensemble des caractéristiques des parents (p. ex. : faible éducation, présence de maladie mentale, problèmes de consommation, criminalité), du fonctionnement familial (p. ex. divorce, violence familiale) et des caractéristiques environnementales (p. ex. pauvreté, surpopulation dans le quartier) venant affecter la capacité du parent à fournir des soins optimaux à l'enfant, qui à son tour, affecteront les comportements de l'enfant. Ainsi, dans le but de se rapprocher davantage du modèle original de Greenberg *et al.* (1993), le modèle théorique de Friedrich a été modifié de sorte que ce domaine soit intitulé « stressors affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant ».
- 3) Afin d'expliquer spécifiquement le développement des CSP, Friedrich (2007) a proposé d'ajouter un domaine au modèle original de Greenberg *et al.* (1993) qui inclut les facteurs qui contribuent au fait que l'enfant apprend à entrer en relation avec les autres d'une manière sexuellement intrusive. Comme les CSP n'incluent pas exclusivement des comportements sexuels impliquant une autre personne, l'appellation de ce domaine du modèle a été modifiée pour être plus inclusive et réfère désormais à la « perturbation du développement psychosexuel ».

Ainsi, le modèle amélioré conçoit le développement des CSP par le biais des interactions entre cinq domaines de risque : 1) les facteurs individuels chez l'enfant qui le prédisposent aux problèmes de comportements, 2) les stressors affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant, 3) les pratiques parentales coercitives, 4) la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant, et 5) la qualité de l'attachement parent-enfant. Une description détaillée de chacun des domaines du modèle est présentée dans l'article 1. Ce modèle illustre une fois de plus un lien important entre l'agression sexuelle et les CSP par le biais du 4^e domaine et fournit un cadre intéressant pour documenter une variété de facteurs associés à la présence de CSP chez les enfants.

DEUXIÈME CHAPITRE - ARTICLE 1

1. AVANT-PROPOS DE L'ARTICLE 1

Le premier article de la thèse est une recension systématique des écrits portant sur les facteurs associés aux CSP présentés par les enfants de 12 ans et moins. L'article a été publié dans le volume 45 de la Revue de psychoéducation, en 2016. Vous trouverez à l'Annexe A tous les compléments d'information liés à cet article, soit : 1) les règles de publication de la Revue de psychoéducation, 2) la confirmation d'acceptation de l'article, 3) le rôle joué par la candidate et les coauteurs dans la conception de l'article, et 4) le formulaire « Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à un mémoire ou une thèse ».

À noter que la méthodologie de recension systématique est expliquée en détails dans l'article ci-bas. Toutefois, compte tenu des contraintes d'espace imposées par l'éditeur de la Revue de psychoéducation, certaines informations ont dû être retranchées. Par conséquent, le protocole complet de recension systématique est disponible à l'Annexe B.

COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES CHEZ LES ENFANTS : UNE
RECENSION SYSTÉMATIQUE DES FACTEURS ASSOCIÉS

Isabelle Boisvert, cand. Ph.D.¹

Marc Tourigny, Ph.D.¹

Nadine Lanctôt, Ph.D.¹

et

Stéphanie Lemieux, cand. M.Sc.¹

¹Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Cet article s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de la première auteure. L'auteure principale aimerait remercier le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) et la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, pour leur soutien financier.

Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés

Résumé : La majorité des enfants franchissent les différentes étapes du développement psychosexuel de façon saine. Toutefois, certains enfants dévient de cette trajectoire et manifestent des comportements sexuels problématiques (CSP). Cette recension systématique a pour objectif de déterminer quels sont les facteurs individuels, familiaux et sociaux qui distinguent les enfants de 12 ans et moins qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas. La méthode utilisée s'appuie sur celle proposée par le *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD, 2008), reconnue comme étant une pratique exemplaire pour mener une recension systématique (Tacconelli, 2010). Une recherche d'identification des études primaires a permis de repérer 2585 références, dont 18 études portant sur les facteurs associés aux CSP qui ont été sélectionnées en fonction de critères préalablement définis. Malgré les nombreuses limites méthodologiques des études, les résultats indiquent que les enfants manifestant des CSP présentent systématiquement davantage de difficultés ou d'éléments d'adversité comparativement aux enfants ne manifestant pas ce type de comportement, et ce, dans plusieurs domaines de risque du modèle théorique proposé dans le cadre de cet article (caractéristiques individuelles prédisposant aux problèmes de comportement, stressors affectant les parents à fournir des soins optimaux, pratiques parentales coercitives, perturbation du développement psychosexuel et qualité de l'attachement). La prise en compte de ces domaines est primordiale pour éclairer l'évaluation et l'intervention auprès des enfants manifestant des CSP.

Mots-clés : comportements sexuels problématiques, enfants, facteurs associés, recension systématique.

Title: Sexual behavior problems in children: A systematic review of associated factors

Summary: The majority of children pass through the stages of psychosexual development in a healthy way. Some children, however, deviate from this path and exhibit sexual behavior problems (SBP). This systematic review identified the individual, family and social factors that distinguish children under 12 years of age who exhibit SBP from those who do not. Using the method proposed by the Centre for Reviews and Dissemination (CRD, 2008), recognized as a best practice to conduct a systematic review (Tacconelli, 2010), a search identified 2,585 references. Of these, 18 studies on the factors associated with the development of SBP were selected according to predetermined criteria. Despite the many methodological limitations of the studies, the results indicate that children exhibiting SBP show systematically more adversity in several risk areas of the proposed theoretical model (individual characteristics predisposing to behavioral problems, stressors affecting parents to provide optimal care, coercive parenting practices, disturbance of psychosexual development and quality of attachment), compared to children not exhibiting SBP. The inclusion of these areas is crucial to inform the assessment and intervention with children exhibiting SBP.

Keywords: sexual behavior problems, children, associated factors, systematic review.

Introduction

La sexualité représente une dimension fondamentale et importante de la vie de tout être humain. Pourtant, ce sujet demeure un tabou et provoque malaise et gêne chez plusieurs intervenants, surtout lorsqu'il s'agit de la sexualité des enfants (Hackett, Carpenter, Patsios et Szilassy, 2013; Sciaraffa et Randolph, 2011). Malgré le fait que peu d'écrits empiriques soient disponibles pour décrire les comportements sexuels manifestés par les enfants (Thigpen, 2009), les connaissances scientifiques permettent d'affirmer que la majorité d'entre eux s'engagent dans une variété de comportements sexuels avant le début de l'adolescence (Lightfoot et Evans, 2000; Ryan, 2000).

La majorité des enfants vivent les différentes étapes de leur développement psychosexuel de façon saine. Cependant, il arrive que certains dévient de cette trajectoire et manifestent des comportements sexuels qui se situent en dehors de ce qui est normalement attendu dans le cadre de leur développement et qui sont qualifiés de comportements sexuels problématiques (CSP) (Araji, 1997; Johnson, 1993). Il est toutefois difficile, autant pour les parents, les professionnels que les chercheurs, de distinguer clairement les comportements sexuels sains des comportements problématiques (Gagnon et Tourigny, 2011). Malgré cette difficulté, les experts du domaine s'entendent pour situer les comportements sexuels des enfants sur un continuum, allant des comportements sexuels sains et naturels jusqu'aux comportements sexuels hautement problématiques, en fonction de différents indicateurs dont l'intensité et la dangerosité du comportement sexuel manifesté.

Actuellement, aucune définition opérationnelle des CSP ne fait consensus dans la littérature scientifique, faisant en sorte que les éléments permettant de les définir diffèrent souvent d'un auteur à l'autre. Toutefois, un groupe de travail de l'*Association for the Treatment of Sexual Abusers* (ATSA) suggère que les CSP sont « des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, adoptés par des enfants âgés de 12 ans et moins, qui sont inappropriés du point de vue du développement de ceux-ci ou qui sont potentiellement néfastes pour eux-mêmes ou pour les autres » (Chaffin et al., 2006; p. 3, traduction libre). Bien que l'attention des chercheurs ait davantage été portée sur les enfants

manifestant des CSP impliquant une autre personne (Carpentier, Silovsky et Chaffin, 2006), des comportements sexuels dirigés vers soi (ex : masturbation excessive) peuvent également être considérés comme des CSP. Certains comportements sexuels spécifiques, soit les tentatives de relations sexuelles, les contacts oraux-génitaux et les comportements impliquant une pénétration, sont généralement jugés problématiques chez tous les enfants de 12 ans et moins qui les présentent (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston et Shafran, 1998; Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper et Beile, 1991; Heiman, Leiblum, Esquilin et Pallitto, 1998). Des comportements sexuels plus fréquemment observés chez les enfants (comme toucher ses parties génitales, l'exhibitionnisme ou le voyeurisme) peuvent aussi être jugés problématiques s'ils deviennent une préoccupation importante pour l'enfant en interférant avec son développement (p. ex. remplace des activités qui sont appropriées d'un point de vue développemental) ou s'ils persistent malgré les interventions d'un adulte (Araji, 1997; Johnson, 2000). Les experts s'entendent également pour affirmer que d'autres indicateurs peuvent aussi attester de la présence de CSP, dont l'usage de force, de coercition ou d'intimidation, la présence de blessures physiques ou d'une détresse émotionnelle chez les enfants et l'implication d'enfants de niveaux développementaux différents (Chaffin et al., 2006).

Les CSP perturbent tant les enfants qui les manifestent que leur environnement familial et social (Gagnon et Tourigny, 2011). Bien qu'un enfant de 12 ans et moins ne puisse être déclaré criminellement responsable d'une agression sexuelle commise (Gouvernement du Canada, 2014), près de 2 % des personnes présumées avoir commis une infraction sexuelle au Québec en 2013 sont des enfants de 11 ans et moins (Gouvernement du Québec, 2015). D'ailleurs, l'expérience de l'enfant victime d'agression sexuelle est perçue aussi négativement et aussi dommageable par celui-ci, peu importe que l'auteur de l'agression sexuelle soit un enfant, un adolescent ou un adulte (Allen, Tellez, Wevodau, Woods et Percosky, 2014; Sperry et Gilbert, 2005).

Étiologie des CSP

Jusqu'à présent, peu de modèles théoriques ont été proposés par les chercheurs pour expliquer le développement des CSP, outre certains modèles explicatifs des conséquences des agressions sexuelles vécues par les enfants. Or, ces modèles ne sont utiles que pour une certaine proportion d'enfants manifestant des CSP qui ont été victimes d'agression sexuelle. Face à cette limite, Friedrich (2007) a adapté le modèle théorique de Greenberg, Speltz et DeKlyen (1993), conçu pour décrire le développement de comportements perturbateurs, afin d'expliquer spécifiquement le développement des CSP. Cependant, le modèle de Friedrich présente certaines faiblesses, notamment celle de reléguer au second plan le rôle de l'attachement précoce, pourtant central dans le modèle de Greenberg et al. (1993). Ainsi, dans le cadre de cette recension, une adaptation plus fidèle du modèle générique de Greenberg et al. (1993) sera utilisée pour expliquer le développement des CSP chez les enfants, tout en s'appuyant sur le modèle spécifique de Friedrich (2007). Le modèle proposé conçoit le développement et le maintien des CSP par le biais des interactions entre cinq domaines de risque : 1) les facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement, 2) les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant, 3) les pratiques parentales coercitives, 4) la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant, et 5) la qualité de l'attachement parent-enfant. Le modèle suggère qu'une accumulation de facteurs de risque augmente la probabilité de présenter des problèmes de comportement, dont les CSP font partie, et que ce sont les interactions entre les différents facteurs de risque qui conduisent aux difficultés. Au-delà des interactions entre les différents domaines, ce modèle tient également compte que les CSP des enfants puissent être une manifestation comportementale d'un développement psychosexuel perturbé à la suite d'une agression sexuelle ou d'une exposition inappropriée à la sexualité. Pour le moment, il est toutefois impossible d'établir spécifiquement l'importance relative de chaque domaine ou de se prononcer sur les combinaisons de domaines ayant le plus d'impact sur le développement des CSP.

De façon plus spécifique, le premier domaine concerne l'ensemble des facteurs individuels prédisposant l'enfant à présenter des problèmes de comportement. Certaines

caractéristiques biologiques résultant de dysfonctions du lobe frontal gauche seraient impliquées dans le développement de problèmes de comportement chez les enfants (Greenberg et al., 1993). À ce sujet, Barkley (1997) ainsi que Pennington et Ozonoff (1996) ont répertorié un nombre important d'études montrant des performances plus faibles quant aux fonctions exécutives, en particulier celles impliquant l'inhibition, chez des enfants présentant des comportements perturbateurs. Des déficits au niveau cognitif et langagier pourraient être transmis génétiquement alors que d'autres pourraient résulter d'un trauma périnatal, d'une exposition à des toxines (plomb, alcoolisme fœtal, drogues), d'un trauma physique (p. ex. trauma crânien à l'enfance) ou provenir de l'effet de privation sur la croissance neuroanatomique (Greenberg et al., 1993). Alors que Greenberg et al. (1993) s'attardent principalement aux caractéristiques biologiques, Friedrich (2007) élargit ce domaine à d'autres caractéristiques individuelles. Certains traits de tempérament (p. ex. inflexibilité) et le genre masculin ont notamment été invoqués comme ayant un impact sur le développement de problèmes de comportement (Lahey, Waldman et McBurnett, 1999).

Le deuxième domaine regroupe un éventail de stressseurs qui affectent la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant. Ainsi, les caractéristiques du parent (faible éducation, problème de santé mentale, problème de consommation, criminalité), le fonctionnement conjugal (présence de violence conjugale) et les caractéristiques de l'environnement de vie telles que la pauvreté ou la surpopulation de la maison nuisent à la qualité des soins offerts par les parents aux enfants. Evans (2003) suggère que l'effet cumulatif des stress vécus est davantage lié aux difficultés de comportement chez l'enfant que chacun des stressseurs pris individuellement. Ce cumul de stress peut avoir un effet direct sur le développement de comportements perturbateurs chez l'enfant (Friedrich, 2007), de même qu'un effet indirect, en influençant négativement les pratiques parentales, qui se répercutent à leur tour sur les comportements des enfants (Greenberg et al., 1993).

Le troisième domaine réfère aux pratiques parentales coercitives qui constituent le facteur dont les liens avec les comportements perturbateurs sont les plus documentés. Ainsi, les pratiques parentales punitives ou inappropriées constituent de forts prédicteurs des

comportements perturbateurs chez les enfants (Keenan, 2003; Sheehan et Watson, 2008). Toutefois, il semble qu'une relation bidirectionnelle puisse être observée, de sorte que les comportements perturbateurs peuvent engendrer à leur tour des pratiques parentales punitives ou inappropriées. Friedrich (2007) ajoute que l'enfant peut apprendre à entrer en contact avec les autres de façon coercitive par modelage des comportements du parent ou d'expériences de maltraitance. De plus, il semble que l'absence de comportements positifs de la part du parent à l'égard de son enfant a également un impact important dans l'étiologie des comportements perturbateurs (Greenberg et al., 1993). L'absence d'échanges sociaux positifs, d'intérêt accordé aux activités de l'enfant et d'expression affective de la part du parent rendent l'enfant davantage susceptible de présenter des comportements perturbateurs.

Afin d'appliquer le modèle de Greenberg et al. (1993) aux enfants manifestant des CSP, Friedrich (2007) a proposé l'inclusion d'un quatrième domaine lié à la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant. Ainsi, il est proposé que les enfants manifestant des CSP apprennent à entrer en relation avec les autres de façon sexuellement intrusive ou à diriger l'intérêt sexuel vers eux-mêmes en raison de facteurs perturbant leur développement psychosexuel. Parmi ceux-ci se trouvent, entre autres facteurs, la victimisation sexuelle ou l'exposition inadéquate à la sexualité dans l'environnement familial (p. ex. un niveau élevé de comportements sexuels dans la famille, être témoin de comportements sexuels inappropriés entre adultes, être exposé à de la pornographie).

Finalement, la qualité de l'attachement précoce est susceptible d'influencer le développement des comportements perturbateurs (Greenberg et al., 1993). Le développement d'un attachement sécurisé en bas âge agit comme un facteur de protection en favorisant l'établissement de relations positives avec les parents ainsi qu'une régulation émotionnelle plus efficace dans les années subséquentes (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978; Richters et Waters, 1991). À l'inverse, un attachement insécurisé agit comme un facteur de risque aux difficultés relationnelles, à l'absence d'auto-contrôle et au développement de comportements perturbateurs, par la cristallisation des modèles de

relations interpersonnelles caractérisées par la colère, l'absence de confiance et l'insécurité. Sans pour autant en diminuer l'impact, la relation d'attachement parent-enfant varie dans le temps en fonction des événements et des caractéristiques du milieu familial, soulevant le fait que l'attachement est en interaction constante avec les autres domaines du modèle (Greenberg et al., 1993).

Dans les dernières décennies, plusieurs recensions des écrits portant sur les facteurs associés aux CSP chez les enfants ont été publiées (Araji, 1997; Elkovitch, Lutzman, Hansen et Flood, 2009; Gagnon et Tourigny, 2011; Kambouropoulos, 2005; Silovsky et Swisher, 2008; St-Amand, Saint-Jacques et Silovsky, 2011). Malgré l'intérêt indéniable de ces recensions, aucune ne peut être qualifiée de « recension systématique » puisque : 1) elles n'ont pas rendu explicite leur méthodologie de recension, en omettant de préciser les stratégies utilisées pour identifier les études (mots-clés utilisés, banques de données sondées, critères d'inclusion et d'exclusion des études), le nombre total d'études retenues ou la méthode utilisée pour extraire les résultats et les synthétiser, 2) elles ne précisent pas les efforts faits afin d'identifier l'ensemble des études existantes sur le sujet, et 3) elles n'ont généralement pas pris en compte la qualité des études dans la synthèse des résultats (*Center for Reviews and Dissemination [CRD], 2008*). Ces lacunes ont pour conséquence qu'il devient impossible de statuer sur l'exhaustivité des études recensées ainsi que sur la qualité de la synthèse présentée.

Souhaitant dépasser les différentes limites des recensions préalablement publiées au sujet des facteurs associés aux CSP manifestés par les enfants, la présente recension systématique des écrits a pour objectif de déterminer quels sont les facteurs individuels, familiaux et sociaux qui distinguent les enfants de 12 ans et moins qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas.

Méthode

La méthode de cette recension systématique s'appuie sur celle proposée par le *Centre for Reviews and Dissemination* de l'Université de York (2008). Cette méthode,

utilisée internationalement et reconnue comme une pratique exemplaire (Tacconelli, 2010), adhère à un devis scientifique strict basé sur une méthode de recension explicite, transparente et reproductible. Ainsi, cette méthode guide l'élaboration du protocole de recension, l'identification et la sélection des études, l'évaluation de la qualité des études retenues, l'extraction des résultats, la synthèse des résultats ainsi que le transfert des connaissances. Chacune des étapes est soumise à des normes rigoureuses afin de garantir la qualité de la recension systématique. Dans la présente démarche, le protocole de recension a été élaboré et réalisé par un comité formé de trois auteurs de l'article. Une bibliothécaire formée à la recherche bibliographique a également été consultée afin de valider le protocole d'identification des études.

Élaboration du protocole de recension et identification des études

L'identification des études primaires a été menée en février 2014, sans limite quant à la date de publication, dans les banques de données électroniques relatives aux sciences humaines, à la psychologie ou à la médecine (PsychINFO, *Academic Search Complete*, CINAHL, *Education Research Complete*, ERIC, FRANCIS, MEDLINE, PsycARTICLES, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* et SocINDEX) en utilisant des mots clés et un vocabulaire standard provenant des thésaurus. Les mots-clés *sexual* behavi* problem* OR coercive sexual* behavi* OR inappropriate sexual* behavi* OR reactive sexual* behavi* OR problematic masturbatory behavi* OR sexually aggressive behavi* OR sexually abusive behavi* AND child** ont été utilisés. La même stratégie de recherche a été appliquée dans *Proquest Dissertations and Thesis* afin de repérer les thèses et les mémoires liés à l'objectif de recherche. Le moteur de recherche internet *Google Scholar* ainsi que la banque de données *OAIster*, spécialisée en littérature grise, ont été utilisés afin d'identifier toute autre étude, rapport, chapitre de livre ou résumé de conférence présentant des données empiriques portant sur les enfants manifestant des CSP. De plus, un examen des tables des matières des deux plus récents numéros de cinq périodiques clés a été réalisé. Finalement, des auteurs du domaine ont été sollicités afin d'identifier les études non publiées ou en cours. Un total de 2585 références a ainsi été repéré par l'auteure principale à partir de cette stratégie d'identification des études.

Sélection des études

Les titres et les résumés de tous les écrits identifiés ont été évalués indépendamment par deux personnes (la 1^{ère} et la 4^e auteure) en fonction des critères d'inclusion préalablement définis dans le protocole de recension, soit :

1. Étude comparant statistiquement au moins un groupe d'enfants manifestant des CSP avec au moins un groupe d'enfants ne manifestant pas de CSP;
2. Étude présentant de façon explicite les critères menant à l'identification du groupe d'enfants manifestant des CSP. Les études discutant d'une fréquence élevée de comportements sexuels normaux et problématiques sans présenter le seuil à partir duquel les auteurs considèrent cette fréquence élevée comme étant problématique ont été exclues;
3. Étude rapportant des résultats spécifiques aux enfants de 12 ans et moins ou dont l'âge moyen de l'échantillon est de 12 ans et moins;
4. Étude écrite en français ou en anglais.

Lorsque les informations contenues dans le titre et le résumé de l'écrit ne permettaient pas de statuer sur l'éligibilité du texte dans la présente recension, les deux évaluatrices ont statué à partir de la lecture complète du texte. Avec un coefficient Kappa de Cohen s'élevant à 0,92, l'accord entre les deux évaluatrices est jugé excellent selon Shrout (1998). Les désaccords ont été résolus par consensus au sein du comité formé.

Des 2585 références identifiées au départ, 22 références ont été incluses dans cette recension (ces références sont marquées d'un astérisque dans la bibliographie), soit 15 articles scientifiques, cinq thèses ou mémoires et deux rapports de recherche. En regroupant les différents écrits réalisés à partir d'un même échantillon, la présente recension compte 18 études distinctes portant sur les facteurs associés à la présence des CSP. Un résumé de la démarche d'identification et de sélection des études est présenté à la Figure 1. Les stratégies de recherche utilisées, de même que la liste des références éligibles exclues et leur motif d'exclusion sont disponibles auprès de l'auteure principale.

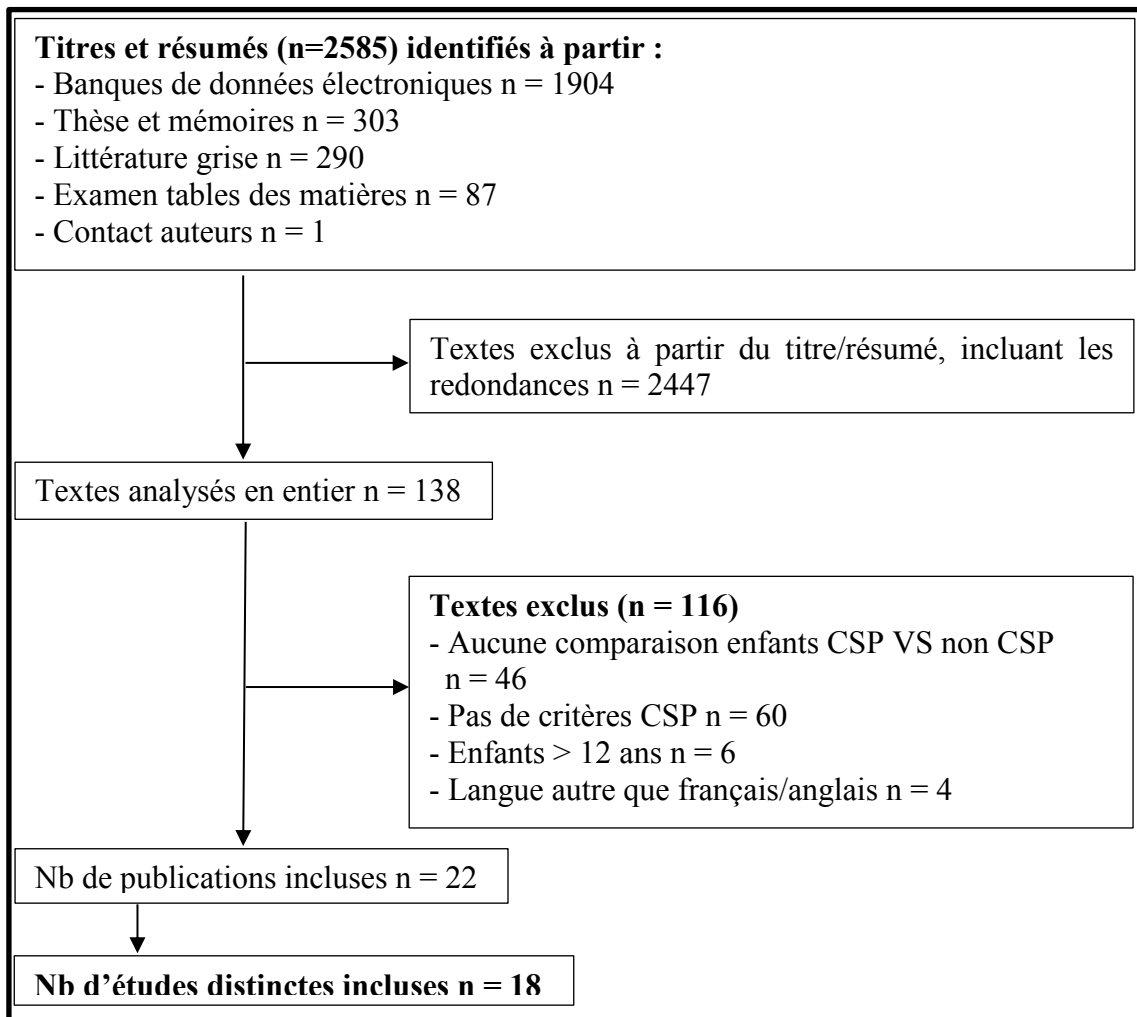


Figure 1 : Synthèse des études identifiées et sélectionnées

Évaluation de la qualité méthodologique des études et extraction des résultats

Les limites méthodologiques des études primaires contenues dans une recension systématique représentent une des sources potentielles de biais lors de l'analyse et l'interprétation des résultats (Sanderson, Tatt et Higgins, 2007). Comme la qualité méthodologique s'avère un concept complexe et relativement subjectif qui varie d'un auteur à l'autre (Deeks, Dinnes, D'Amico, Sowden, Sakarovitch, Song et al., 2003), il est recommandé d'utiliser un petit nombre de critères spécifiques au devis et au sujet d'étude (Sanderson et al., 2007). Ainsi, quatre critères-clés ont été utilisés pour juger de la qualité méthodologique des 18 études retenues. Le premier critère renvoie à la méthode utilisée par

les auteurs pour attester de la présence ou non de CSP. Ce critère revêt une importance capitale puisqu'il affecte directement la validité interne des études. Les différentes études ont donc été regroupées selon la méthode de catégorisation de l'échantillon, classée par ordre décroissant de validité, soit :

1. À partir d'un instrument de mesure validé servant à mesurer spécifiquement la présence/absence de CSP chez les enfants;
2. À partir du jugement clinique d'intervenants dans le domaine;
3. À partir du jugement du personnel de recherche;
4. À partir d'un seuil clinique issu d'un instrument de mesure qui n'est pas conçu spécifiquement pour mesurer la présence/absence de CSP chez les enfants, mais à partir duquel les auteurs ont eux-mêmes défini de façon théorique un seuil clinique.

Trois autres critères ont été évalués : 1) la capacité d'établir un lien prédictif entre les différentes variables à l'étude et la présence des CSP (devis longitudinal vs transversal), 2) la capacité des analyses statistiques à tenir compte des interactions entre les variables (analyses statistiques multivariées vs univariées), et 3) la puissance statistique suffisante pour pouvoir détecter une relation entre le facteur étudié et les CSP. Les quatre critères présentés ont servi à l'interprétation des résultats. Plus le nombre de critères atteints est élevé, plus la qualité méthodologique de l'étude est jugée élevée. La qualité méthodologique des 18 études sélectionnées a été évaluée par la 1^{ère} et la 4^e auteure, de façon indépendante (à l'exception du calcul de la puissance statistique qui a été effectué par la 1^{ère} auteure et validé par la 4^e auteure). L'accord entre les évaluateuses, mesuré par un coefficient Kappa de Cohen de 0,88, est jugé comme étant élevé par Shrout (1998). Les désaccords ont été réglés par consensus au sein du comité.

Finalement, les caractéristiques des études retenues, de même que leurs résultats, ont été résumés par l'auteure principale à l'aide d'une grille d'extraction systématique des données construite par l'auteure. Cette façon de faire permet une extraction constante des données, réduit les biais et améliore la fidélité de l'extraction. L'exactitude de l'entièreté

des données extraites a été validée par la 4^e auteure, ce qui est conforme avec la procédure proposée par le CRD (2008). Les désaccords ont été résolus par consensus entre les évaluatrices.

Résultats

Description des échantillons étudiés

Un résumé des caractéristiques des échantillons des 18 études portant sur les facteurs associés aux CSP est présenté au Tableau 1. Les études ont été réalisées en majorité auprès d'enfants provenant des États-Unis et du Canada. Les échantillons à l'étude sont généralement composés d'enfants provenant d'une population clinique, alors qu'ils sont référés pour une évaluation ou un traitement pour agression sexuelle ou pour CSP, référés aux services sociaux ou placés sous les soins de la protection de l'enfance. Peu d'études ont utilisé une modalité d'échantillonnage aléatoire, la plupart ayant opté pour une modalité d'échantillonnage de convenance. Les taux de participation à l'étude oscillent entre 41 % et 100 %.

Le nombre d'enfants participant varie considérablement (entre 40 et 5976); 28 % des études sont constituées d'un échantillon de 100 enfants et moins. Les enfants sont âgés de trois à 20 ans, la moyenne se situant entre 4,9 ans et 11,5 ans. Les échantillons sont mixtes, à l'exception de deux études qui comportent un échantillon exclusivement masculin. Finalement, en excluant les six études composées entièrement d'enfants agressés sexuellement, entre 12 % et 70 % des enfants étudiés ont été victimes d'agression sexuelle.

Tableau 1 : Caractéristiques des échantillons en fonction de la mesure des CSP utilisée.

Auteurs, date (type de publication)	Caractéristiques de l'échantillon							
	Prov. échant.	Population d'enfants	Mod. échant.	N	% partici.	Âge Étend. / M	% gars	% AS
Présence/absence des CSP établie à partir d'un jugement clinique								
Bonner et al., 1999 (R)	É-U.	Référés pour éval./traitement agr. sexuelle (AS) ou CSP Gr1 : CSP Gr2 : sans CSP	C	253 201 52	89,4 - -	6-12 / - - / 7,8 - / 8,5	59,7 63 46,1	42,7 48 31
Buchta, 2009 (T)	É-U.	Référés pour éval./traitement AS Gr1 : AS avec CSP Gr2 : AS sans CSP	C	240 48 192	93,8 - -	8-12 / 9,9 - / 9,9 - / 9,9	32,1 58,3 25,5	100
Burton, 1996 (T), 1999 (A)	É-U.	Référés/ pris en charge par services de protection Gr1 : sexuellement agressifs (CSP) Gr2 : physiquement agressifs (non-CSP) Gr3 : non agressifs (non-CSP)	C	69 37 17 15	55,6 - - -	6-12 / 9,6 - / 9,9 - / 9,7 - / 8,7	100	46,4 65 19 33
Carpentier et al., 2006 (A)	É-U.	Référés pour éval. CSP et compt. dérangeants Gr1 : CSP tx CBT Gr2 : CSP tx par le jeu Gr3 : Compt. dérangeants (non-CSP)	C	291 64 71 156	- 75,8 75,8 -	5-12 / 8,6 - / 8,8 - / 8,1 - / 8,8	70,4 63 60 78	-
Chromy, 2003 (T), 2007 (A)	É-U.	En traitement AS Gr1 : AS avec CSP Gr2 : AS sans CSP	C	125 66 59	- - -	4-12 / 7,5 - / 6,9 - / 8,2	41,6 45,5 37,3	100
Gale et al., 1988 (A)	É-U.	Évalués dans clinique santé mentale Gr1 : CSP Gr2 : sans CSP	C	202 20 182	- - -	< 7 / - - -	50 - -	18,3 75 12
Hall et al., 1996 (R), 1998 (A)	Canada	Ayant reçu traitement AS Gr1 : CS attendu (sans CSP) Gr2 : CSP dirigé vers soi Gr3 : CSP dirigé vers les autres	C	100 22 15 62	65 - - -	3-7 / 4,9 - - -	37 - - -	100
Hershkowitz (2014) (A)	Israël	Victimes d'AS (rapportées à la police) Gr1 : AS sans CSP Gr2 : AS avec CSP	C	314 157 157	100	3-14 / 10,0 - 6-14 / 11,59	100	100
Lightfoot et Evans, 2000 (A)	NZ	Référés/ pris en charge par services de protection Gr1 : CSP Gr2 : sans CSP	C	40 20 20	100	7-16 / 11,4 7-16/ 11,3 7-16/ 11,4	60 60 60	15 15 15
Szanto et al., 2012 (A)	É-U.	Référés/ pris en charge par services de protection Gr1 : sans CSP Gr2 : Problème sexualité (CSP) Gr3 : Compt sex. réactifs (CSP) Gr4 : Compt sex. agressifs (CSP)	C	5976 4343 1155 261 83	100	5-20 / 11,5 - - - -	49,5 - - - -	27,7 22,2 27,0 81,1 68,3

		Gr5 : Compt sex réactifs et agressifs (CSP)		134		-	-	84,3
Présence/absence des CSP établie à partir d'un jugement provenant du personnel de recherche								
Kulesz et Wyse, 2007 (A)	É-U.	En traitement AS Gr1 : AS sans CSP Gr2 : AS avec CSP	A	100 70 30	100	80% < 13 - 100% < 12	28 - 30	100
Présence/absence des CSP établie à partir d'un instrument de mesure non spécifique aux CSP								
Allen et al., 2015 (A)	É-U.	Référés pour éval./traitement AS Gr1 : avec CSP Gr2 : sans CSP	C	392 203 189	-	8-12 / 9,8	33,7 40,9 25,9	100
Baker et al., 2008 (A)	É-U.	Pris en charge par services de protection/services normatifs Gr1 : CSP Gr2 : sans CSP	C	231 39 194	-	10-12 / -	-	-
Långström et al., 2002 (A)	Suède	Jumeaux suédois Gr1 : CSP Gr2 : sans CSP	P	1298 42 1232	75 - -	7-9 / -	59,1	-
Lepage, 2008 (M) Lepage et al., 2010 (A)	Canada	Référés/ pris en charge par services de protection Gr1 : CSP dirigé vers soi Gr2 : sans CSP dirigé vers soi	A	187 29 158	41 - -	6-11 / 8,4 - / 8,3 - / 8,4	60,4 72,4 71,9	35,3 20,9 37,9
		Référés/ pris en charge par services de protection Gr1 : CSP dirigé vers autres Gr2 : sans CSP dirigé vers les autres	A	187 28 159	41 - -	6-11 / 8,4 - / 8,0 - / 8,5	60,4 78,6 57,2	23,5 39,3 20,8
Lévesque et al., 2010 (A)	Canada	Référés/ pris en charge par services de protection Gr1 : CSP Gr2 : sans CSP	A	188 54 134	41 - -	6-11 / 8,9	61	23
Manel, 2009 (T)	Canada	Référés pour traitement AS et enf. de la communauté Gr1 : AS et agressifs sexuellement (CSP) Gr2 : AS et non agressifs sexuellement (non CSP) Gr3 : Non AS et non CSP	C	83 32 26 25	-	4-12 / 8,1 - / 7,9 - / 9,4 - / 7,2	47 50 42,3 48	69,9 100 100 0
Tarren-Sweeney, 2008 (A)	Aust.	Référés/ pris en charge par services de protection Gr1 : CSP Gr2 : sans CSP	C	347 57 290	56	4-11 / 7,8	51 53,8 35,6	12,4

A = Article, M = Mémoire, R = Rapport de recherche, T = Thèse; Prov. échant. = pays de provenance de l'échantillon; Aust. = Australie, É-U. = États-Unis, NZ = Nouvelle Zélande; Gr = groupe; AS = agressés sexuellement; DPJ = Direction de la protection de la jeunesse; Mod. échant. = modalité d'échantillonnage; P = échantillon populationnel, A = sélection aléatoire; C = de convenance.

Description méthodologique des études recensées

Le premier critère d'évaluation de la qualité méthodologique (Tableau 2) renvoie à la méthode utilisée par les auteurs pour attester de la présence ou non de CSP. D'abord, aucune étude n'a utilisé un instrument de mesure validé servant à mesurer spécifiquement la présence ou l'absence des CSP chez les enfants. Dix des 18 études ont distingué les enfants manifestant des CSP et ceux n'en présentant pas à partir du jugement clinique d'un intervenant. De ce nombre, cinq études sont composées d'enfants qui sont en voie de participer ou qui participent à un programme d'intervention pour enfants présentant des CSP ou ayant vécu une agression sexuelle. Les autres études sont constituées d'enfants référés ou pris en charge par les services de protection de l'enfance ou référés à une clinique de santé mentale et ont pour but de comparer les enfants présentant des CSP à d'autres populations cliniques d'enfants. Ces dix études, qui utilisent le jugement clinique des intervenants, possèdent la plus haute validité écologique puisque cette évaluation se produit dans un contexte clinique et a pour but de déterminer si l'enfant doit recevoir une intervention spécifique pour enfants agressés sexuellement ou qui manifestent des CSP. Ce jugement est émis par un professionnel œuvrant spécifiquement auprès d'enfants présentant des difficultés comportementales, augmentant ainsi la validité écologique de cette méthode de classification. Ces études se caractérisent également par le fait que les informations relatives aux comportements sexuels des enfants ont été documentées de façon prospective, généralement par le biais d'une entrevue clinique réalisée auprès du parent. Ce faisant, l'intervenant a la possibilité de prendre en compte plusieurs sources d'informations, en questionnant les parents, l'enfant lui-même, les autres enfants impliqués, les intervenants de l'enfant, et ainsi trianguler les informations, augmentant par le fait même la validité de son jugement. Pour presque toutes les études utilisant le jugement clinique, les comportements sexuels jugés problématiques étaient de nature interpersonnelle, c'est-à-dire que les CSP impliquaient un autre enfant, alors que seulement deux études ont également considéré les CSP dirigés vers soi. Toutefois, outre la nature des comportements, les critères opérationnels sur lesquels se sont appuyés les intervenants pour statuer de la présence ou non de CSP chez l'enfant ne sont pas spécifiés, faisant en sorte que nous n'avons pas une idée précise des critères distinguant les enfants présentant des CSP de ceux présentant des

comportements sexuels normaux. Malgré cette limite, il demeure que, pour l'ensemble des raisons mentionnées ci-haut, ces études sont considérées avoir la meilleure qualité méthodologique concernant la mesure des CSP.

Par ailleurs, sept études ont utilisé un questionnaire standardisé auprès des parents afin de classer les enfants en fonction de la présence ou de l'absence de CSP, dont le *Child Sexual Behavior Inventory* (Friedrich, 1997), le *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991) et l'*Assessment Checklist for Children* (Tarren-Sweeney, 2007). Cependant, aucun de ces questionnaires n'a été construit pour identifier la présence de CSP chez un enfant, ce qui contribue au fait que ces études présentent une validité écologique réduite. Au sein de ces études, la variable dépendante (groupes d'enfants avec et sans CSP) a été définie de manière rétrospective à des fins de recherche; les enfants de ces études n'ont donc pas été identifiés avec des CSP pour des besoins d'intervention. Parmi ces sept études, une majorité a intégré à la fois des comportements sexuels impliquant une autre personne et des comportements sexuels dirigés vers soi dans la définition des CSP. Certaines études proposent une sélection d'items afin de déterminer ceux qui sont problématiques parmi l'ensemble des comportements sexuels qui composent l'instrument de mesure. Toutefois, outre la nature et la fréquence des comportements sexuels, les items ne tiennent pas compte de certains éléments pourtant indispensables pour distinguer un comportement sexuel sain d'un CSP, notamment la prise en compte du contexte dans lequel surviennent les comportements ainsi que leur persistance. Par exemple, l'item « touche les parties sexuelles d'un adulte » ne devrait pas être considéré comme un comportement problématique s'il est effectué de façon accidentelle ou par un jeune enfant. D'ailleurs, les items ou les seuils utilisés pour statuer sur la présence des CSP chez les enfants varient d'une étude à l'autre pour un même questionnaire, indiquant que cette méthode d'identification conduit à évaluer des facteurs associés à un construit particulièrement variable. De plus, cette méthode de classification ne permet de tenir compte que d'une seule source d'information concernant les comportements sexuels des enfants, généralement le parent. Ainsi, ces études présentent différentes limites venant affecter directement la validité écologique et la validité de construit.

À l'exception de l'étude de Hershkowitz (2014), la totalité des études a utilisé un devis de recherche transversal. Contrairement au devis longitudinal, ce type de devis ne permet pas de savoir si le facteur étudié est un facteur de risque, une conséquence ou un facteur de maintien des CSP. Ainsi, l'étiologie des CSP manifestés par les enfants reste, à ce jour, largement inexplorée.

Le troisième critère servant à statuer de la qualité méthodologique des études renvoie à la stratégie d'analyses statistiques utilisée. Près d'une étude sur deux (44 %) a eu recours exclusivement à une stratégie d'analyse statistique de type univarié pour examiner la relation entre un facteur associé donné et la présence de CSP chez les enfants, limitant la validité interne des études en ne tenant pas compte de l'influence d'autres variables (Onwuegbuzie et Daniel, 2003).

Enfin, la puissance statistique de chacune des analyses statistiques a été calculée à partir du logiciel G*Power (Faul, Erdfelder, Lang et Buchner, 2007), par le truchement de trois déterminants : le seuil de signification, la taille de l'échantillon et la taille de la différence à détecter. La puissance statistique est un indice qui informe sur la capacité d'une analyse à détecter une différence significative entre deux groupes lorsque cette différence existe réellement (voir Yergeau, 2009, pour une explication complète du concept). Il s'avère pertinent d'estimer la puissance statistique selon la taille des différences à détecter entre deux groupes, ce qui renvoie à des effets de petite, moyenne ou de grande taille, tel que proposé par Cohen (1988). Il devient alors possible de calculer la capacité d'un devis à détecter un effet de petite, moyenne ou grande taille. Les études qui présentent une faible puissance statistique, c'est-à-dire en deçà de 0,80 (Cohen, 1988), ont peu de probabilité de détecter une différence significative entre deux groupes alors que cette différence existe réellement. Les résultats indiquent qu'aucune étude recensée n'atteint le seuil optimal de 0,80 pour détecter un effet de petite taille. Près de la moitié des études (40 %) n'atteignent pas le seuil optimal pour être en mesure de détecter un effet de moyenne taille. Toutefois, la totalité des études sont en mesure de détecter un effet de grande taille.

Tableau 2 : Évaluation de la qualité des études sélectionnées.

Études	Devis	Types d'analyses	Puissance statistique ¹		
			Effet de petite taille	Effet de moyenne taille	Effet de grande taille
Présence/absence des CSP établie à partir d'un jugement clinique					
Bonner et al., 1999	T	U	0,25	0,89	0,99
Buchta, 2009	T	U-M	0,18	0,86	0,99
Burton, 1996, 1999	T	U	0,10	0,43	0,84
Carpentier et al., 2006	T	U	0,31	0,97	0,99
Chromy, 2003, 2007	T	U	0,19	0,77	0,99
Gale et al., 1988	T	U	0,23	0,98	0,99
Hall et al., 1996, 1998	T	U-M	0,11	0,63	0,98
Hershkowitz, 2014	L	U-M	0,42	0,99	0,99
Lightfoot et Evans, 2000	T	U	0,10	0,48	0,89
Szanto et al., 2012 ²	T	M	-	-	-
Présence/absence des CSP établie à partir d'un jugement provenant du personnel de recherche					
Kulesz et Wyse, 2007	T	U	0,15	0,62	0,95
Présence/absence des CSP établie à partir d'un instrument de mesure non spécifique aux CSP					
Allen et al., 2015	T	U-M	0,31	0,99	0,99
Baker et al., 2008	T	U-M	0,12	0,66	0,99
Långström et al., 2002	T	U	0,25	0,89	0,99
Lepage, 2008 / Lepage et al., 2010	T	U-M	0,16	0,68	0,97
Lévesque et al., 2010	T	U-M	0,23	0,87	0,99
Manel, 2009 ²	T	M	-	-	-
Tarren-Sweeney, 2008 ²	T	M	-	-	-

Devis : T = devis transversal; L = devis longitudinal

Type d'analyses : U = stratégie d'analyse statistique univariée; M = stratégie d'analyse statistique multivariée

¹ Dans la mesure où l'on retrouve fréquemment plusieurs tests statistiques pour répondre aux objectifs d'une recherche, la puissance statistique rapportée correspond à la plus faible valeur obtenue.

² La nature multivariée des analyses statistiques ne permet pas de calculer une puissance statistique.

Facteurs associés à la présence des CSP

Les résultats des 18 études recensées portant sur les facteurs associés à la présence des CSP chez les enfants sont présentés en fonction des cinq domaines du modèle théorique proposé (Tableau 3).

Facteurs individuels prédisposant aux problèmes de comportement. Les enfants manifestant des CSP sont plus susceptibles de présenter une variété de difficultés comportementales comparativement aux enfants ne manifestant pas de CSP. En effet, les études concluent généralement que les enfants manifestant des CSP démontrent davantage de comportements extériorisés (7 des 11 études qui ont testé cette variable arrivent à cette conclusion), une fréquence de comportements sexuels (qui inclut des comportements normaux et problématiques) plus élevée (7/8) et plus de comportements délinquants ou

agressifs (6/6). Les enfants manifestant des CSP se distinguent également au regard d'une présence plus grande de comportements intériorisés (anxiété, dépression) (7/12). Il faut toutefois noter que l'association significative entre les comportements intériorisés et les CSP se trouve principalement dans les études ayant classé les enfants avec ou sans CSP par le biais d'un questionnaire, alors que cette association ne se trouve généralement pas dans les études ayant utilisé le jugement clinique. Finalement, les enfants manifestant des CSP sont plus à risque de présenter des symptômes de stress post-traumatique que les autres enfants (4/6).

Une vaste gamme de comportements traduisant des déficits sur le plan des compétences sociales sont davantage présents chez les enfants manifestant des CSP. Cinq des sept études ayant évalué des variables liées aux compétences sociales et présentant une bonne qualité méthodologique concluent que les enfants manifestant des CSP présentent des déficits quant aux compétences sociales (p. ex. empathie, perception négative d'autrui, intensité et modulation de la colère, évitement de l'affect).

En ce qui concerne les caractéristiques biologiques, le genre représente le facteur le plus souvent étudié, soit dans 12 études. De façon générale, les études possédant une meilleure qualité méthodologique indiquent que les garçons sont plus à risque de manifester des CSP que les filles, ceci étant particulièrement vrai pour les études ayant utilisé le jugement clinique. L'âge des enfants a également été étudié dans neuf études. Quatre d'entre elles indiquent que les enfants plus jeunes sont plus prédisposés à manifester des CSP que les enfants plus vieux, alors que les autres ne trouvent pas de différences. Enfin, trois des cinq études qui se sont intéressées à l'origine ethnique concluent que celle-ci ne joue pas un rôle significatif dans la présence de CSP chez les enfants, dont deux avaient la puissance statistique nécessaire pour détecter une différence significative.

D'autres caractéristiques individuelles, notamment l'utilisation moindre du soutien d'un adulte ou d'un ami (1/1) ou la présence de certains traits de tempérament (p. ex. insensibilité, persistance, humeur) (3/3), ont été associées à la manifestation de CSP chez

les enfants. Enfin, les enfants manifestant des CSP ne semblent pas se distinguer des autres enfants en ce qui a trait à l'intelligence (3/3) et aux difficultés d'apprentissage/de lecture (3/3).

Stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant.

Les résultats portant sur les stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant sont mitigés, en raison du nombre restreint d'études qui se sont intéressées à des facteurs similaires. Néanmoins, une plus forte proportion d'enfants avec CSP vivent dans une famille monoparentale ou dont les parents sont divorcés (3/4), comparativement aux enfants sans CSP. Les enfants qui présentent des CSP sont également plus nombreux que les enfants sans CSP à avoir vécu différents événements stressants, comme la mort d'un membre de la famille immédiate ou la perte permanente du père (2/2) ou le retrait du domicile familial (2/4). Enfin, certaines études possédant une bonne qualité méthodologique concluent que les enfants manifestant des CSP sont plus susceptibles de vivre dans une famille à faible statut socioéconomique (2/5). Les différents stresseurs qui affectent la capacité du parent à fournir des soins optimaux à leur enfant, dont la détresse psychologique (1/2) et le niveau de stress vécu (1/2), devraient toutefois faire l'objet d'études supplémentaires pour mieux comprendre leur lien avec les CSP.

Enfin, les résultats indiquent que les parents d'enfants manifestant des CSP ne se distinguent pas des autres parents quant à la présence de problèmes de santé mentale ou de symptômes de stress post-traumatiques (5/5).

Pratiques parentales coercitives. Peu de liens significatifs ont été établis entre la présence de CSP chez les enfants et les pratiques parentales coercitives. Des 10 études ayant examiné le lien entre abus physique et CSP, quatre concluent à la présence d'un lien significatif. Hall, Mathews et Pearce (1998) rapportent, à l'aide d'une analyse multivariée, que les enfants manifestant des CSP sont 11 fois plus susceptibles d'avoir été victimes d'abus physique que les enfants n'en manifestant pas. Les études avec une qualité méthodologique élevée (p. ex. Bonner, Walker et Berliner, 1999; Buchta, 2009)

n'observent toutefois pas un tel lien entre l'abus physique et les CSP. De plus, les résultats indiquent une tendance selon laquelle l'abus émotionnel, l'abus verbal et la négligence ne seraient pas liés aux CSP (6/8). Cependant, la majorité des études indiquant une absence de lien manquent de puissance statistique pour déceler un tel lien. Quelques études (3/6) ont établi un lien entre le fait d'être témoin de violence (témoin de violence conjugale, témoin d'activités criminelles, témoin de violence dans la communauté, témoin de violence à l'école) et la présence de CSP. Finalement, les parents d'enfants manifestant des CSP perçoivent leur enfant plus négativement que les parents d'enfants qui ne présentent pas de CSP (2/2).

Perturbation du développement psychosexuel de l'enfant. La victimisation sexuelle des enfants demeure la forme de maltraitance vécue la plus étudiée. Les études concluent dans une forte proportion (7/8) que les enfants manifestant des CSP sont davantage à risque d'avoir été victimes d'agression sexuelle que les enfants ne manifestant pas de CSP. De plus, parmi les six études composées exclusivement d'enfants ayant été victimes d'agression sexuelle, certaines caractéristiques des agressions sexuelles vécues indiquant une sévérité plus élevée (p. ex. agressions impliquant une pénétration, fréquence élevée des agressions) sont liées à la présence de CSP chez les enfants. Finalement, les enfants manifestant des CSP sont davantage susceptibles d'avoir été exposés à des gestes sexuels explicites dans le milieu familial ou exposés à la nudité (de façon directe ou par le biais de la pornographie) que les enfants ne manifestant pas de tels comportements, comme l'indiquent les deux études s'étant penchées sur ce lien.

Qualité de l'attachement parent-enfant. Malgré que certains des facteurs présentés précédemment puissent représenter un indicateur de relation d'attachement parent-enfant détériorée (p. ex. mauvais traitements envers l'enfant, perception négative du parent envers l'enfant), aucune étude n'a exploré directement le rôle de l'attachement en tant que facteur associé aux enfants manifestant des CSP.

Tableau 3 : Facteurs associés ($p \leq .05$) à la présence des CSP chez les enfants de 12 ans et moins en fonction de la mesure des CSP utilisée.

	Domaine 1 : Caractéristiques individuelles prédisposant aux problèmes de comportement	Domaine 2 : Stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux	Domaine 3 : Pratiques parentales coercitives	Domaine 4 : Perturbation du développement psychosexuel
PRÉSENCE/ABSENCE DES CSP ÉTABLIE À PARTIR D'UN JUGEMENT CLINIQUE				
Bonner et al., 1999	<ul style="list-style-type: none"> • + jeune • Garçon • + Caucasiens / - Afro-américains • Anxiété/dépression • Symptômes de stress post-traumatique (SSPT) • Compt. extériorisés • Troubles des conduites/trouble d'attention avec/sans hyperactivité • Compt. délinquants/agressifs/symptômes oppositionnels • Dysthymie • Probl. pensée • Probl. attention • Compt. sexuels • Probl. école/amis/activités • Intérêt pour les gens • Intensité colère / modulation colère - • Évitement de l'affect • Perception négative d'autrui <i>Anxiété de séparation, énurésie/encoprésie, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de l'ajustement, phobie, retrait, plaintes somatiques, probl. social, intelligence, estime de soi, difficulté d'apprentissage, service santé mentale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mort membre fam. immédiate • Taux divorce • Faible statut socio-économique • Stress parental • Fonctionnement parental problématique <i>Âge du parent, sexe du parent, origine ethnique du parent, nombre (nb) enf., emploi du parent, scolarité du parent, hospitalisation de l'enfant, probl. santé mentale du parent, abus alcool et drogue du parent, histoire de victimisation du parent, cohésion familiale</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • enf. + âgé lors abus émotionnels/négligence • donneur de soin connaît enf. depuis - longtemps • - d'attitudes parentales positives + d'une expérience d'abus, + d'une forme d'abus, abus physique, abus émotionnel, négligence, témoin violence, âge abus physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Agression sexuelle (AS) • Témoin compt. sex. entre adultes <i>Âge AS</i>
Buchta, 2009 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Garçon • Compt. sexuels* • - de compétences sociales* <i>Âge, SSPT*</i> 		<i>Abus physique</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Traits de tempérament (difficultés de communication*, insensibilité*, argumente*) <i>Trait de tempérament prosocial*</i> 			

Burton, 1996; 1999	<ul style="list-style-type: none"> • Compt. agressifs/délinquants • Compt. extériorisés • Compt. sexuels • Intensité des problèmes comportementaux Anxiété, probl. attention, probl. social, plaintes somatiques, probl. pensée, retrait, compt. intériorisés, compétences sociales, compétences résolution de probl., quotient intellectuel (QI), niveau développemental, distorsions cognitives 		<ul style="list-style-type: none"> • Abus physique Sévérité de l'abus physique 	<ul style="list-style-type: none"> • AS • Sévérité de l'AS
Carpentier et al., 2006	<ul style="list-style-type: none"> • Fille Âge, origine ethnique, compt. extériorisés, compt. intériorisés 	Statut socio-économique		
Chromy, 2003, 2007	<ul style="list-style-type: none"> • + jeune • Compt. sexuels • Compt. délinquants/d'assaut • Encoprésie Sexe, origine ethnique, compétences, retrait, plaintes somatiques, probl. pensée, compt. agressifs, probl. attention, compt. intériorisés, compt. extériorisés, énurésie, mettre le feu, cruauté envers animaux, automutilation, pensées suicidaires/homicidaires 	Nb personnes / enf. dans la maisonnée, statut socio-économique		<ul style="list-style-type: none"> • AS + fréquente • AS à un + jeune âge Age de l'abuseur, durée de l'AS, type d'AS
Gale et al., 1988				<ul style="list-style-type: none"> • AS
Hall et al., 1996, 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Probl. de frontière non sexuelle • Gestes sexualisés ou masturbation fréquente/compulsive • Empathie - • Expression affect - • Pseudomaturité Sexe, SSPT 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte permanente du père Coupure relationnelle parent, placement de l'enf., frontières perméables (mère), stress parental chronique, SSPT chez le parent, négligence vécue par la mère, inversion rôle parent-enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Abus physique* (OR = 11,0) • Abus émotionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Excitation sexuelle pendant AS* (OR = 15,5) • Sadisme pendant AS • Abuseur donne soins • Regarder abuseur lors d'acte sexuel • Impliqué activement pendant AS • Ambival. responsabilité AS Attitude sexuelle problématique dans milieu fam., style d'interaction sexualisée dans milieu fam., relation proche avec abuseur, durée + fréquence AS, usage force, implication d'autres enfants durant AS
Hershkowitz, 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Référé à une thérapie Retard intellectuel 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivre dans famille monoparentale* • Retrait du domicile familial 	<ul style="list-style-type: none"> • Abus physique • Expérience traumatique 	<ul style="list-style-type: none"> • + âgé au moment de l'AS* • Fréquence AS*

		<ul style="list-style-type: none"> • Statut d'immigrant du parent • Faible statut socio-économique <i>Nb d'enfant dans la famille, rang dans la famille</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • AS commise par parents/membres famille/amis* • Sévérité AS (pénétration) • Curiosité ou intérêt lors de l'AS • Actif lors de l'AS (non passif/résistant) <i>Usage menace/ force, référé à un examen médical, témoignage à la Cour</i>
Lightfoot et Evans, 2000	<ul style="list-style-type: none"> • - utilisation du soutien d'un adulte/ami <i>Retard académique, probl. sexuels, compt. extériorisés, compt. intériorisés, nb de descripteurs de soi positifs</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence rupture d'attachement + <i>Structure familiale, dossier ouvert en protection de la jeunesse, statut socio-économique, probl. santé mentale du parent, soutien social disponible</i> 	<i>Nb abus, abus physique, abus verbal/ émotionnel, violence entre adultes du milieu familial</i>	<ul style="list-style-type: none"> • AS suspectée
Szanto et al., 2012	<ul style="list-style-type: none"> • + âgé* • Garçon* • + Afro-américain* • SSPT • Besoins liés au fonctionnement général • Probl. santé mentale • Compt. à risque (délinquance) • - de compétences sociales 		<ul style="list-style-type: none"> • Abus physique* • Témoin violence familiale* • Témoin activités criminelles* • Violence dans la communauté* • Violence à l'école* <i>Abus émotionnel*, négligence*, trauma médical*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • AS*
PRÉSENCE/ABSENCE DES CSP ÉTABLIE À PARTIR D'UN JUGEMENT PROVENANT DU PERSONNEL DE RECHERCHE				
Kulesz et Wyse, 2007	<ul style="list-style-type: none"> • Compt. intériorisés • Compt. extériorisés <i>Sexe</i> 			
PRÉSENCE/ABSENCE DES CSP ÉTABLIE À PARTIR D'UN INSTRUMENT DE MESURE NON SPÉCIFIQUE AUX CSP				
Allen et al., 2015 ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Garçon • Anxiété*/dépression* • Colère* <i>Âge, origine ethnique</i> 			
	<ul style="list-style-type: none"> • SSPT* • Dissociation* • Préoccupations sexuelles* / Détresse sexuelle* 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Compt. intériorisés* • Compt. extériorisés* 			
Baker et al., 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Compt. intériorisés* • Compt. extériorisés* • Anxiété* • Bris de règles* • Compt. agressifs* 	<ul style="list-style-type: none"> • Placement unité de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Perception négative de l'enfant de la part du parent* • Événements traumatiques* 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Probl. social* • Probl. pensée* • Probl. attention* <i>Retrait*, plaintes somatiques*</i>			
Långström et al., 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Fact. génétiques* 	<ul style="list-style-type: none"> • Fact. environnementaux partagés* • Facteurs environnementaux individuels* 		
Lepage, 2008 ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Tempérament : Persistance* (OR = 2,045) <i>Tempérament : activité*, tempérament : adaptabilité*, tempérament : intensité*, tempérament : humeur*, tempérament : réactivité*, compt. intériorisés*, compt. extériorisés*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Abus physique/émotionnel vécu par le parent* (OR = 2,3) <i>Dépression parentale*, problèmes de santé mentale du parent*, détresse parentale*, fonctionnement familial problématique*, négligence/AS vécue par parent*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Témoin violence familiale* (OR= 1,9) <i>abus physique*, abus verbal*, discipline inconsistante*, relation parent-enfant*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • AS*(OR = 3,4)
Lepage, 2008 / Lepage et al., 2010 ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Tempérament : humeur* (OR = 2,3) • Tempérament : persistance* (OR = 2,1) <i>Tempérament : activité*, tempérament : adaptabilité*, tempérament : intensité*, tempérament : distractabilité*, tempérament : réactivité*, sexe*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse parentale* (OR = 1,7) <i>Dépression parentale*, tentative de suicide du parent*, problèmes de santé mentale du parent*, fonctionnement familial problématique*, abus physique/négligence/AS vécu par parent*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Témoin violence familiale* (OR = 1,7) <i>abus physique*, abus verbal*, discipline inconsistante*, relation parent-enfant*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • AS* (OR = 4,5)
Lévesque et al., 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune âge* (OR = 0,74) • Compt. extériorisés* (OR = 1,1) <i>Sexe*</i> 		<ul style="list-style-type: none"> • Abus verbal* (OR = 2,7) <i>Négligence*, abus physique*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la sexualité* (OR = 1,7) <i>AS*</i>
Manel, 2009	<ul style="list-style-type: none"> • Jeune âge • Compt. sex. /Questionnements sexuels • Compt délinquants • Compt extériorisés • Compt intériorisés • SSPT* (OR = 0,9) • Dissociation • Colère face au trauma: 1>2>3 <i>Sexe, style d'attribution, honte, culpabilité</i> 			
Tarren-Sweeney, 2008	<ul style="list-style-type: none"> • Fille* (OR=2,0) • Compt. interpers. non-réciproque* (OR = 1,2) • Compt. interpers. indiscriminé* (OR = 1,3) <i>Age*, compt. interpersonnels pseudomature*, difficulté lecture*</i> 	<i>Type de milieu de garde*, nb d'évènements adverses dans la dernière année*, problèmes de santé du parent*, parent incertain du retour de son enfant*</i>	<ul style="list-style-type: none"> • + âgé à l'entrée en protection de l'enfance* (OR=1,4) • Durée + faible de placement* (OR= 0,3) <i>nb de placement*, ordonnance de protection expirée avant 16 ans*, temps d'exposition maltraitance*, abus verbal*/ émotionnel*, témoin violence conjugale*, abus physique*, négligence*, supervision inadéquate*</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • AS avec contact* (OR= 3,9) <i>AS sans contact*</i>

Les variables en gras sont significatives et sont davantage présentes chez les enfants qui manifestent des CSP que chez ceux qui n'en manifestent pas, alors que les variables en italique sont non sign. Les rapports de cote (*odd ratio*) ont été rapportés (OR = x) lorsque les analyses statistiques réalisées permettaient de les identifier. Notez que certains facteurs du tableau réfèrent à des construits similaires, mais ceux-ci sont présentés tels qu'ils sont mesurés par l'étude, par souci de précision.

+ = plus; - = moins.

* Résultat issu d'une analyse statistique multivariée.

^a Les résultats provenant d'analyses statistiques distinctes sont séparés par une ligne.

^b L'étude de Lepage (2008) présente des résultats distincts liés aux CSP dirigés vers soi et aux CSP dirigés vers les autres (aussi rapportés dans Lepage et al., 2010). Pour plus de précision, les résultats ont été indiqués séparément.

Discussion

La présente recension systématique avait pour objectif de déterminer les facteurs associés aux CSP manifestés par les enfants de 12 ans et moins. L'analyse des résultats indique en premier lieu que plusieurs domaines du modèle théorique proposé pourraient contribuer à expliquer, du moins en partie, la présence de CSP chez les enfants. Alors que le domaine des caractéristiques individuelles prédisposant aux problèmes de comportement a été largement étudié, les autres domaines du modèle, soit les stressseurs affectant les parents à fournir des soins optimaux, les pratiques parentales coercitives, la perturbation du développement psychosexuel et particulièrement la qualité de l'attachement parent-enfant, ont reçu moins d'attention de la part des chercheurs. Toutefois, les résultats laissent croire que les CSP se développent en fonction de trajectoires complexes et variées et non selon une trajectoire unique (Chaffin et al., 2006; Friedrich, 2007) et soulèvent l'importance d'explorer et de tenir compte des interactions entre les différents domaines d'influence dans la dynamique des CSP.

Un second constat est que les enfants manifestant des CSP présentent davantage de difficultés ou éléments d'adversité comparativement aux enfants ne manifestant pas ce type de comportement, et ce, dans plusieurs domaines de risque du modèle proposé. Les résultats les plus appuyés empiriquement rapportent que les enfants manifestant des CSP sont davantage susceptibles de présenter une variété de difficultés comportementales et d'avoir été victimes d'agression sexuelle, ce qui a également été confirmé par les recensions antérieures (Araji, 1997; Chaffin et al., 2006; Friedrich, 2007; Gagnon et Tourigny, 2011). Alors que le lien entre l'agression sexuelle et les CSP a été davantage documenté, peu d'études ont cherché à approfondir spécifiquement le lien entre les CSP et les comportements extériorisés. Certains auteurs argumentent en faveur de l'inclusion des CSP dans un construit plus large de comportements extériorisés (Silovsky, Niec, Bard et Hecht, 2007), tandis que d'autres suggèrent que les CSP diffèrent des comportements extériorisés, en regard des facteurs associés et des conséquences (Lévesque, Bigras et Pauzé, 2010; Vizard, 2006). Les mécanismes communs et spécifiques impliqués dans le

développement des CSP et des comportements extériorisés mériteraient d'être mis en lumière dans les études futures.

Un troisième constat concerne le fait que les études recensées concluent de façon inconsistante au sujet de l'impact des autres formes de maltraitance, soit l'abus physique, l'abus émotionnel et le fait d'être témoin de violence conjugale. Ces événements de vie sont pourtant présentés dans d'autres modèles théoriques comme jouant un rôle central dans le développement des CSP. À cet effet, les modèles théoriques axés sur le trauma (p. ex. le *Trauma Outcome Process Approach*; Rasmussen, 1999) soutiennent qu'un trauma précoce est susceptible de provoquer des sentiments négatifs (colère, isolement, etc.) et des cognitions erronées chez les enfants qui en sont victimes, favorisant ainsi l'apparition de symptômes comportementaux, dont les CSP font partie (Cunningham et MacFarlane, 1996). Bien que ces modèles axés sur le trauma semblent validés par la présence d'un taux élevé de victimes de maltraitance parmi les enfants présentant des CSP, les résultats indiquent cependant que ce ne sont pas tous les enfants manifestant des CSP qui ont été victimes de maltraitance. Les limites méthodologiques des études recensées (p. ex. manque de puissance statistique) et la composition des échantillons, qui sont majoritairement de nature clinique, pourraient expliquer cette difficulté à identifier un lien significatif entre les différentes formes de maltraitance vécue (à l'exception de l'agression sexuelle) et la présence de CSP chez les enfants. Étant donné que la plupart des études sont composées d'enfants recevant des services ou référés aux services de protection de l'enfance, il est davantage difficile de déceler des différences significatives puisque l'ensemble des jeunes à l'étude présente un profil détérioré.

Enfin, les connaissances empiriques issues des études portant sur les facteurs associés aux CSP manifestés par les enfants sont affectées par un nombre important de limites méthodologiques. L'absence d'une définition opérationnelle et commune des CSP, l'utilisation de devis transversal et de stratégies d'analyses statistiques univariées, de même qu'une faible puissance statistique caractérisent généralement les études recensées, nuisant considérablement à la compréhension du phénomène.

Forces et limites

Cette recension portant sur les facteurs associés aux CSP chez les enfants est la première à être réalisée de façon systématique. Elle présente également l'avantage de porter un regard critique sur la qualité méthodologique des études recensées. Toutefois, certaines limites méritent d'être soulevées. Premièrement, un biais de langue affecte l'exhaustivité des études sélectionnées (p. ex. des études turques et allemandes ont été exclues). Deuxièmement, bien que des stratégies de recherche documentaire aient été mises en place afin de minimiser les biais de publications, il est possible que certaines études non publiées en raison de résultats non significatifs aient été omises. Malgré ces limites, plusieurs implications cliniques et pistes pour les recherches futures émergent de cette recension.

Implications cliniques

En l'absence de critères mesurables, observables et consensuels, distinguer un enfant présentant des comportements sexuels se situant à l'intérieur du développement psychosexuel normal d'un enfant manifestant des CSP représente tout un défi pour les intervenants. Au-delà de la définition générale des CSP fournie par l'ATSA, six éléments sont fournis par Chaffin et al. (2006) pour qualifier les comportements sexuels jugés problématiques, soit qu'ils: 1) surviennent à une fréquence ou une intensité élevée, 2) interfèrent avec le développement social ou cognitif de l'enfant, 3) intègrent la force, la coercition ou l'intimidation, 4) sont associés à des blessures physiques ou à une détresse émotionnelle chez les enfants impliqués, 5) surviennent entre des enfants de stade développemental, de grandeur ou de statut différent, ou 6) persistent malgré les interventions d'un adulte (Chaffin et al., 2006). Ces indicateurs, qui tiennent compte du contexte dans lequel les CSP se produisent, gagneraient à être documentés par les intervenants lors de l'évaluation. À cet effet, le questionnaire *Child Sexual Behavior Checklist* (CSBCL – 2^e édition; Johnson et Friend, 1995), qui permet de documenter la présence de 150 comportements sexuels sains et problématiques chez les enfants de 12 ans et moins, s'avère utile puisqu'il permet également la prise en considération des différents éléments liés au contexte de survenue des comportements sexuels. L'établissement d'une définition opérationnelle des CSP serait non seulement utile pour les intervenants évaluant

ce type de difficultés comportementales, mais permettrait également aux enfants de recevoir une intervention modulée en fonction de la sévérité des comportements présentés.

Les résultats indiquent que plusieurs domaines du modèle théorique proposé pourraient jouer un rôle dans le développement des CSP. Ceci suggère que les intervenants accordent une importance particulière aux caractéristiques de l'enfant et de son environnement familial lors de l'évaluation et de l'intervention auprès d'enfants présentant des CSP. D'ailleurs, les lignes directrices en matière d'évaluation d'enfants présentant des CSP recommandent que l'évaluation s'appuie non seulement sur les caractéristiques psychologiques et comportementales de l'enfant, mais également sur plusieurs caractéristiques de l'environnement familial, dont la capacité du parent à superviser l'enfant, les pratiques disciplinaires et la relation parent-enfant. Cette prise en compte de tous les domaines permettra d'orienter l'intervenant vers la formulation d'objectifs d'intervention adaptés à chacun des enfants et leurs parents (Chaffin et al., 2006, Friedrich, 2007).

Les résultats de cette recension révèlent également qu'un nombre important de problèmes de nature non sexuelle sont présents chez les enfants manifestant des CSP dans différents domaines du modèle proposé. Par conséquent, les programmes de traitement leur étant destinés devraient couvrir l'ensemble de ces cibles d'intervention, en s'attardant particulièrement à la présence de difficultés comportementales de nature non sexuelle ainsi qu'à la victimisation sexuelle antérieure, facteurs les plus fortement associés aux CSP. Actuellement, les experts recommandent de privilégier un traitement de nature cognitive-comportementale, combinée à la participation active du parent afin de réduire les CSP (Chaffin et al., 2006). Dans l'ensemble, les programmes de traitement destinés aux enfants manifestant des CSP dont l'efficacité a été démontrée abordent l'expression des émotions, la reconnaissance des CSP, l'enseignement des habiletés de contrôle et l'éducation à la sexualité. Les parents sont, pour leur part, invités à développer des habiletés de gestion des comportements. Alors que la participation des parents est considérée comme le principal agent de changement des CSP des enfants (St-Amand, Bard et Silovsky, 2008), les

dynamiques d'attachement et les relations familiales ont été traditionnellement ignorées dans les différents traitements disponibles, même s'il appert que ces éléments pourraient contribuer au problème (Gil et Shaw, 2014). Ainsi, l'établissement de relations saines devrait faire partie des objectifs centraux des traitements destinés aux enfants manifestant des CSP (Friedrich, 2007).

De plus, pour une grande proportion d'enfants, les CSP sont liés à un ensemble plus large de problèmes de comportement et ne se manifestent généralement pas comme une difficulté isolée (Friedrich, 2007). Par conséquent, les CSP peuvent représenter une cible d'intervention parmi un ensemble de difficultés vécues par l'enfant et sa famille. L'utilisation de programmes d'intervention visant à réduire efficacement les problèmes de comportement de nature non sexuelle pourrait s'avérer un choix judicieux pour les enfants dont la cible d'intervention prioritaire n'est pas les CSP mais un autre problème comportemental (Chaffin et al., 2006). De la même manière, les enfants présentant des CSP ayant été victimes d'agression sexuelle pourraient bénéficier de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006; Deblinger et Helfin, 1996), considérée comme une pratique exemplaire pour intervenir auprès des victimes d'agression sexuelle (Silverman, Ortiz, Viswesvaran, Burns, Kolko, Putnam et Amaya-Jackson, 2008). L'inclusion de certaines interventions spécifiques liées aux CSP (p. ex. réduction de l'exposition à la sexualité dans le milieu familial, gestion adéquate des comportements sexuels de l'enfant, éducation à la sexualité) à des programmes d'intervention généraux probants pourrait être bénéfique, spécialement pour les enfants dont les CSP sont une cible secondaire d'intervention.

Pistes pour les recherches futures

Des limites importantes liées à l'étude des CSP manifestés par les enfants sont mises en lumière dans cette recension. Ainsi, les recherches futures devraient 1) s'attarder à la création d'un outil d'évaluation spécifique aux CSP qui tiendrait compte des six éléments identifiés par Chaffin et al. (2006) (p. ex. le contexte dans lequel surviennent les comportements sexuels, leur intensité et leur persistance, leur interférence avec le

développement, etc.), 2) utiliser des devis longitudinaux pour distinguer les facteurs de risque et les facteurs de maintien des CSP et pour tenir compte de la trajectoire évolutive des CSP, basée sur le principe de continuité ou de discontinuité des problèmes comportementaux (de nature sexuelle ou non), 3) privilégier les analyses statistiques multivariées afin de mieux saisir le rôle de chacun des facteurs dans le développement et le maintien des CSP, et 4) s'assurer d'avoir la puissance statistique nécessaire pour détecter les relations significatives. Les études à venir devraient également veiller à inclure un groupe de comparaison populationnel afin d'assurer une plus grande variance au sein de l'échantillon et ainsi mieux saisir l'impact des facteurs étudiés sur la présence de CSP chez les enfants. De plus, des études supplémentaires sont nécessaires pour identifier les différences et les similitudes entre les enfants manifestant des CSP victimes ou non d'agression sexuelle ou d'autres formes de maltraitance, de même qu'entre les enfants manifestant des comportements extériorisés, ce qui permettrait d'offrir des services adaptés aux besoins des enfants manifestant des CSP en fonction de leur profil spécifique.

Par ailleurs, le rôle de la qualité de l'attachement dans le développement des CSP chez les enfants représente une avenue particulièrement intéressante à documenter puisque l'impact de ce facteur sur l'apparition de différents problèmes de comportement chez les enfants a largement été démontré (Schuengel, Oosterman et Sterkenburg, 2009). Le domaine de la perturbation du développement psychosexuel, qui s'est intéressé presque exclusivement au rôle de l'agression sexuelle dans le développement des CSP, mériterait également d'être davantage investi pour mieux saisir l'impact des transformations sociétales en regard de la sexualité (p. ex. l'hypersexualisation des jeunes filles, une plus grande accessibilité à la pornographie) ainsi que de l'exposition à la sexualité dans le milieu familial sur les enfants.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Allen, B., Tellez, A., Wevodau, A., Woods, C. L. et Percosky, A. (2014). The impact of sexual abuse committed by a child on mental health in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(12), 2257-2272.
- *Allen, B., Thorn, B. L. et Gully, K. J. (2015). A comparison of self-reported emotional and trauma-related concerns among sexually abused children with and without sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 20(2), 136-140.
- Araji, S. K. (1997). Identifying, labeling, and explaining children's sexually aggressive behaviors. Dans S. K. Araji (dir.), *Sexually aggressive children: Coming to understand them* (p. 1-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- *Baker, A. J. L., Gries, L., Schneiderman, M., Parker, R., Archer, M. et Friedrich, W. N.. (2008). Children with problematic sexualized behaviors in the child welfare system. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 87(1), 5-27.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- *Bonner, B. L., Walker, C. E. et Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. (Grant No. 90-CA-1469). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Repéré à <http://www.dshs.wa.gov/>
- *Buchta, L. G. (2009). *Children with sexual behavior problems: An examination of characteristics before and after treatment* (Thèse de doctorat inédite). University of Utah, Salt Lake City.
- *Burton, D. L. (1996). *Cognitive factors in sexually aggressive children* (Thèse de doctorat inédite). University of Washington, Washington.
- *Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence and Victims*, 14(2), 161-178.

- *Carpentier, M., Silovsky, J. F. et Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488.
- Center for Reviews and Dissemination (2008). *Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York. Repéré à http://www.york.ac.uk/inst/crd/index_guidance.htm
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., ... Madden, C. (2006). *Report of the Task Force on children with sexual behavior problems*. Document téléaccessible à l'adresse : <http://www.atsa.com/pdfs/Report-TFCSBP.pdf>
- *Chromy, S. J. (2003). *Indicators and predictors of sexual behavior problems in sexually abused children: Psychological, behavioral and victimization characteristics* (Thèse de doctorat inédite). University of Central Florida, Orlando.
- *Chromy, S. J. (2007). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 25-33.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. et Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Cunningham, C. et MacFarlane, K. (1996). *When children abuse: Group treatment strategies for children with impulse control problems*. Brandon, VT : Safer Society Press.
- Deblinger, E. et Helfin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Deeks, J. J., Dinnes, J., D'Amico, R., Sowden, A. J. Sakarovitch, C., Song, F., ... Altman, D. G. (2003). Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technology Assessment*, 7(27), 1-173.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J. et Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598.
- Evans, G. W. (2003). A multimethodological analysis of cumulative risk and allostatic load among rural children. *Developmental Psychology*, 39, 924-933.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. et Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory, Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems. Family-based attachment-focused therapy*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. et Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101(4). Repéré à www.pediatrics.aappublications.org/content/101/4/e9.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. et Beile, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456-464.
- Gagnon, M. M. et Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome I* (p. 333-362). Montréal, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- *Gale, J., Thompson, R. J., Moran, T. et Sack, W. H. (1988). Sexual abuse in young children : Its clinical presentation and characteristic patterns. *Child Abuse & Neglect*, 12, 163-170.
- Gil, E. et Shaw, J. A. (2014). *Working with children with sexual behavior problems*. New York, NY: Guilford Press.
- Gouvernement du Canada (2014). *Code criminel, L.R.C. (1985), ch. C-46*. Repéré à <http://lois-laws.justice.gc.ca/PDF/C-46.pdf>
- Gouvernement du Québec (2015). *Infractions sexuelles au Québec – Faits saillants 2013*. Repéré à http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2013/infractions_sexuelles_2013.pdf
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L. et DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191-213.
- Hackett, S., Carpenter, J., Patsios, D. et Szilassy, E. (2013). Interprofessional and interagency training for working with young people with harmful sexual behaviours: An evaluation of outcomes. *Journal of Sexual Aggression*, 19(3), 329-344.

- *Hall, D. K. et Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth: A technical report*. Toronto, Ontario: Central Toronto Youth Services.
- *Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045-1063.
- Heiman, M. L., Leiblum, S., Esquelin, S. C. et Pallitto, L. M. (1998). A comparative survey of beliefs about normal childhood sexual behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 289-304.
- *Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(3), 291-305.
- Johnson, T. C. (1993). Sexual behaviors: A continuum. Dans E. Gil et T.C. Johnson (dir.), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children and children who molest* (p. 41-52). Rockville, MD: Launch Press.
- Johnson, T. C. (2000). Sexualized children and children who molest. *SIECUS Report*, 29(1), 35-39.
- Johnson, T. C. et Friend, C. (1995). Assessing young children's sexual behaviors in the context of child sexual abuse evaluations. Dans T. Ney (dir.), *True and false allegations of child sexual abuse: Assessment and case management* (p. 49-72). Philadelphie, PA: Brunner/Mazel.
- Kambouropoulos, N. (2005). Understanding the background of children who engage in problem sexual behaviour. Dans P. Staiger (dir.). *Children who engage in problem sexual behaviours : Context, characteristics and treatment. A review of the literature* (p. 14-31). Ringwood: Australian Childhood Foundation and Deakin University.
- Keenan, K. (2003). *Le développement et la socialisation de l'agressivité pendant les cinq premières années de la vie*. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. Repéré à www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/KeenanFRxp.pdf
- *Kulesz, K. M. et Wyse, W. J. (2007). Sexually abused children: Symptomatology and incidence of problematic sexual behaviors. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(1), 27-45.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D. et McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.

- *Långström, N., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 343-350.
- *Lepage, J. (2008). *Caractéristiques des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ayant des comportements sexuels inappropriés* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- *Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. et Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés. *Sexologies*, 19, 119-126.
- *Lévesque, M., Bigras, M. et Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: Same etiology? *Aggressive Behavior*, 36(6), 358-370.
- *Lightfoot, S. et Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1185-1198.
- *Manel, W. S. (2009). *Differentiating sexually aggressive and non-sexually aggressive child sexual abuse survivors: The role of adjustment, emotions, and cognitions* (Thèse de doctorat inédite). University of Windsor, Windsor.
- Onwuegbuzie, A. J. et Daniel, L. G. (2003). Typology of analytical and interpretational errors in quantitative and qualitative educational research. *Current Issues in Education*, 6(2), 1-51.
- Pennington, B. F. et Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Rasmussen, L. (1999). The Trauma Outcome Process: An integrated model for guiding clinical practice with children with sexually abusive behavior problems. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(4), 3-33.
- Richters, J. E. et Waters, E. (1991). Attachment and socialization: The positive side of social influence. Dans M. Lewis et S. Feinman (dir.), *Social influences and socialization in infancy* (p. 185-213). New York, NY: Plenum Press.
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48.
- Sanderson, S., Tatt, I. D. et Higgins, J. P. T. (2007). Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology : A systematic review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology*, 36, 666-676.

- Schuengel, C., Oosterman, M. et Sterkenburg, P. S. (2009). Children with disrupted attachment histories: Interventions and psychophysiological indices of effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(26). doi:10.1186/1753-2000-3-26.
- Sciaraffa, M. et Randolph, T. (2011). « You want me to talk to children about what? ». Responding to the subject of sexuality development in young children. *Young Children*, 66, 32-38.
- Sheehan, M. J. et Watson, M. W. (2008). Reciprocal influences between maternal discipline techniques and aggression in children and adolescents. *Aggressive Behavior*, 34, 245–255.
- Shrout, P. E. (1998). Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7(3), 301-317.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. et Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36, 378–391.
- Silovsky, J. F. et Swisher, L. M. (2008). Sexual development and sexual behavior problems. Dans M. L. Wolraich, P. Dworkin, D. Drotar et E. Perrin (dir.), *Evidence and practice in developmental and behavioral pediatrics: A comprehensive textbook* (p. 805-825). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W. et Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.
- Sperry, D. M. et Gilbert, B. O. (2005). Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse & Neglect*, 29, 889-904.
- St-Amand, A., Bard, D. E. et Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166.
- St-Amand, A., Saint-Jacques, M-C. et Silovsky, J. F. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux. Bilan des connaissances. *Canadian Social Work Review*, 28(2), 225-253.
- *Szanto, L., Lyons, J. S. et Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231-249.
- Tacconelli, E. (2010). Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. *The Lancet*, 10(4), 226.

- Tarren-Sweeney, M. (2007). The Assessment Checklist for Children – ACC: A behavioral rating scale for children in foster, kinship and residential care. *Children and Youth Services Review*, 29, 672-691.
- *Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
- Thigpen, J. W. (2009). Early sexual behavior in a sample of low-income, African American children. *Journal of Sex Research*, 46(1), 67-79.
- Vizard, E. (2006). Sexually abusive behavior by children and adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 2-8.
- Yergeau, E. (2009). Étude sur la puissance statistique des devis de recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(2), 199-221.

TROISIÈME CHAPITRE - ARTICLE 2

1. AVANT-PROPOS DE L'ARTICLE 2

Le deuxième article de la thèse est un article empirique portant sur les profils psychosociaux des enfants référés pour CSP ou suite à une agression sexuelle vécue. Cet article a publié en ligne en 2015 dans le journal *Sexual Offender Treatment*.

Vous trouverez à l'Annexe C tous les compléments d'information liés à cet article, soit : 1) l'autorisation d'utilisation des données octroyée par les Centres jeunesse de Lanaudière, 2) le certificat d'approbation éthique émis par le Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, 3) les règles de publication du journal *Sexual Offender Treatment*, 4) la preuve de soumission de l'article, 5) le rôle joué par la candidate dans la conception de cet article, de même que celui des coauteurs, et 6) le formulaire « Autorisation d'intégration d'un article écrit en collaboration à un mémoire ou une thèse ».

2. PRÉCISIONS D'ORDRE MÉTHODOLOGIQUE

L'échantillon utilisé dans le cadre de cet article est constitué d'enfants référés, avec leur consentement verbal, pour une évaluation par les intervenants de deux centres jeunesse du Québec et d'un organisme communautaire. Ils sont référés en fonction du motif de signalement ou de la demande de consultation (agression sexuelle ou CSP).

Par conséquent, l'échantillon comporte 1) des enfants référés pour CSP, c'est-à-dire dont les CSP ont été fondés cliniquement qui sont en voie de recevoir un programme d'intervention pour enfants présentant des CSP (ayant vécu ou non une agression sexuelle, tel que rapporté par l'adulte accompagnateur), et 2) des enfants dont une agression sexuelle a été jugée fondée et qui reçoivent des services réguliers en protection de la jeunesse mais sans CSP nécessitant une intervention, tel que jugé par les intervenants référents.

L'ensemble des enfants de l'échantillon (référés pour CSP ou référés pour agression sexuelle) ont été soumis aux mêmes procédures d'évaluation. Pour le groupe d'enfants référés pour CSP, l'adulte répondant était l'adulte qui était en voie d'accompagner l'enfant dans le programme d'intervention pour enfants qui présentent des CSP. Pour le groupe d'enfants référés pour agression sexuelle, l'adulte répondant était la personne qui détient l'autorité parentale. Notons que, dans les cas où l'enfant est placé hors de son milieu familial et que les parents biologiques refusent de participer à l'évaluation, la personne responsable de l'enfant dans son milieu de vie (parent d'accueil, éducateur en foyer de groupe, travailleur social) a complété le protocole d'évaluation. Comme les répondants qui ne sont pas un parent biologique de l'enfant peuvent avoir une connaissance plus limitée de celui-ci et de son contexte familial, certaines variables à l'étude comportent des données manquantes.

PSYCHOSOCIAL PROFILES OF CHILDREN REFERRED FOR TREATMENT FOR
SEXUAL BEHAVIOR PROBLEMS OR FOR HAVING BEEN SEXUALLY ABUSED

Isabelle Boisvert¹
Marc Tourigny¹
Nadine Lanctôt¹
Mélanie M. Gagnon²
and
Claudia Tremblay³

¹ Department of Psychoeducation, University of Sherbrooke

² Centre d'expertise Marie-Vincent

³ CIUSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

This article is part of the first author's doctoral thesis. She would like to thank the following organizations for their financial support: the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC), the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse of the University of Montreal, the Faculty of Education of the University of Sherbrooke, the Centre Jeunesse de Montréal – Institut universitaire, and the Centres Jeunesse de Lanaudière.

Abstract

Aim/Background: Both children with sexual behavior problems and children who have been sexually abused have a variety of similar psychosocial profiles, and the treatments offered to these two groups of clients overlap considerably. An important question then is whether these two groups require specifically tailored programmes. To investigate this question, this study attempted: 1) to identify psychosocial profiles of children referred for services either because they had displayed sexual behavior problems or because they had been sexually abused, and 2) to compare the proportion of children from each of these two client groups among children with each of the profiles identified.

Material/Methods: The participants in this study consisted of 147 children living in Quebec (Canada) and their parents or primary care takers. The children's ages ranged from 6 to 12 years ($M = 9.3$), and the gender ratio was 62% male, 38% female. Out of these 147 children, 117 had been referred for a specific course of treatment for children with SBPs, while 30 had been referred to children's protection services because they had been sexually abused. Semi-structured interviews and standardized questionnaires were used to measure children's psychosocial profiles (individual characteristics predisposing them to behavior problems, stressors affecting their parents' ability to provide optimal care, coercive parenting practices, and disruptions in psychosexual development).

Results: Using a latent-class analysis, the children in the sample were classified as presenting three different psychosocial profiles: 1) resilient children, 2) children involved in an intergenerational cycle of abuse, and 3) children whose functioning was highly impaired. Within each of these three profiles, the proportions of children referred for sexual behavior problems and children referred for having been sexually abused were about equal.

Conclusions: The results support the hypothesis that children referred for sexual behavior problems and children who have been sexually abused can benefit from the same

treatments, provided that these treatments are tailored to the specific characteristics of the three psychosocial profiles identified in this study.

Keywords: sexual behavior problems, sexual abuse, children, typology.

Résumé

Contexte théorique : La diversité des profils d'enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques (CSP) et des enfants victimes d'agression sexuelle ainsi que le chevauchement important entre les traitements offerts à ces deux clientèles amènent à questionner la pertinence de leur offrir un traitement spécifique. Dans cette optique, cette étude vise à : 1) identifier les différents profils psychosociaux d'enfants référés à des services en raison de leurs CSP ou suite à une agression sexuelle subie, et 2) comparer la proportion d'enfants issus de ces deux clientèles dans chacun des profils identifiés.

Méthodologie: Cent quarante-sept (147) enfants québécois (62 % de garçons) âgés de 6 à 12 ans et leur figure parentale ont participé à l'étude, dont 117 enfants en voie de recevoir un traitement pour enfants qui présentent des CSP et 30 enfants dont un antécédent d'agression sexuelle a été jugée fondée par les services de protection de l'enfance. Les indicateurs du profil psychosocial (caractéristiques individuelles prédisposant aux problèmes de comportements, stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux, pratiques parentales coercitives et perturbation du développement psychosexuel) ont été documentés lors d'une entrevue semi-structurée et de questionnaires standardisés.

Résultats: À partir d'une analyse de classes latentes, trois profils psychosociaux d'enfants ont été identifiés : 1) les enfants résilients, 2) les enfants impliqués dans un cycle intergénérationnel de maltraitance, et 3) les enfants au fonctionnement grandement perturbé. Les enfants référés pour des CSP ou pour agression sexuelle se répartissent également dans chacun des profils.

Conclusions: Les résultats soutiennent que les enfants issus des deux clientèles pourraient bénéficier d'interventions communes qui tiennent compte des spécificités des trois profils psychosociaux identifiés.

Mots-clés: comportements sexuels problématiques, agression sexuelle, enfants, typologie.

Introduction

Children with sexual behavior problems (SBPs) and those who have been sexually abused share several commonalities. The two phenomena often occur in the same individual, the theoretical models used to explain them are similar, and the treatments provided to deal with both problems overlap considerably. Although these commonalities suggest that these two groups of children may share certain needs, past studies have often dealt with the two groups separately. For example, in order to refer children to treatments appropriate for their psychosocial profiles, various typologies have been proposed, but always either for children with SBPs or for children who had been sexually abused, rather than for both. Employing a sample including both children who had been referred for SBPs and children who had been referred for having been sexually abused, we attempted to determine whether any particular psychosocial profiles could be identified among children from these two groups and, if so, whether any of these profiles was associated more with one than with the other.

Similarities Between Children with SBPs and Children Who Have Been Sexually Abused

The vast majority of children go through the various stages of their sexual development in a healthy fashion, but some children deviate from this path and display SBPs. SBPs include behaviors that involve sexual body parts and that are developmentally inappropriate or potentially harmful to themselves or others (Chaffin *et al.*, 2006). Experiencing sexual abuse has long been identified as the main causal factor in the development of childhood SBPs. In trauma-focused theoretical models (for example, Finkelhor & Browne, 1985), SBPs in children are conceptualized as a reaction to sexual abuse or to other traumatic events. Wolfe (2007) regards SBPs as one of the specific symptoms of child sexual abuse (along with post-traumatic stress symptoms, dissociation, and depression). There is also a substantial co-occurrence of SBPs and childhood sexual abuse. According to the literature, 20%–77% of all children who have been sexually abused

display SBPs, while 15%–84% of all children who display SBPs have been sexually abused (Boisvert, Tourigny, Lanctôt, & Lemieux, 2016).

As research on SBPs in children intensified in the late 1990s, understanding of the origins of these problems improved, and new theoretical models were developed that were more complex and less focused on sexual abuse alone. One of these was Friedrich's model (2007), adapted from the model proposed by Greenberg, Speltz, & DeKlyen (1993) to describe the early development of disruptive behavior problems in general. Friedrich's model incorporated a set of developmental and familial determinants that play a role in the emergence of SBPs in children. Boisvert and colleagues (2016) revised Friedrich's model to better match the premises of the model originally proposed by Greenberg and colleagues (1994). This revised version of Friedrich's model explains the development of SBPs in children through the interactions among five risk domains: 1) individual factors predisposing children toward behavior problems, 2) stressors affecting parents' ability to give their children optimal care, 3) coercive parenting practices, 4) disruptions in children's psychosexual development, and 5) parent-child attachment issues. This model posits that an accumulation of these risk factors increases the likelihood of a child's having SBPs and that it is the interactions among these factors that cause SBPs to emerge. This model does not eliminate the role of sexual abuse, but does show the heterogeneity of the factors that explain the emergence of SBPs, both in children who have been sexually abused and in children who have not. This model also highlights potential heterogeneity of the profiles of children who have SBPs and has several similarities with the theoretical models used to explain the development of symptoms following sexual abuse, including the importance ascribed to the interactions between children and their environment (Spaccarelli, 1994).

A review of the treatment programs offered to children with SBPs or to children who have been sexually abused also shows the substantial overlap between these two clienteles. The meta-analysis by St-Amand, Bard, and Silovsky (2008) identified a number of specialized treatment programs offered to these two groups with the objective of reducing SBPs. The authors report that many of these treatments: 1) teach children methods

of relaxation, rules about interpersonal boundaries, and ways of managing negative emotions, as well as educating children about sexuality and developing their ability to protect themselves and prevent sexual abuse; 2) use cognitive-behavioral strategies; and 3) require the children's parents to participate so that they can learn how to better support their children and develop skills for managing their children's behavior (St-Amand *et al.*, 2008).

Diversity of Profiles Among Children with SBPs and Among Children Who Have Been Sexually Abused

The overlap between the domains of SBPs and child sexual abuse suggests that some proportions of children with either SBPs or who have been sexually abused may have common psychosocial characteristics and common treatment needs. Testing this hypothesis has been difficult as few studies have children from both groups within the same sample.

Previous research exploring both groups independently provides some evidence that both groups have some common needs. Two studies of samples of children with SBPs (Burton, Nesmith, & Badten, 1997; Silovsky & Niec, 2002) compared the characteristics of those children who also had histories of sexual abuse with the characteristics of those who did not. Burton and colleagues (1997) found that children who had SBPs and who had been previously sexually abused were younger at the time of their first episode of SBPs, displayed more aggressive sexual behaviors, and had abused more victims than the children with SBPs who had not experienced sexual abuse themselves. Interestingly, these two groups did not differ significantly in the proportion of their members who considered their SBPs to be normal behavior. Silovsky and Niec (2002) found that those children with SBPs who had been sexually abused showed no significant differences from those who had not in terms of symptoms of post-traumatic stress, symptoms of depression, aggressive or intrusive sexual behaviors, and parental stress. Though the results of both of these studies still need to be replicated, they do suggest that children with SBPs, whether or not they have been sexually abused, may have certain needs in common.

In a second set of studies, authors examined the similarities and differences within populations of child victims of sexual abuse, according to whether or not they displayed SBPs (Allen, Thorn, & Gully, 2015; Buchta, 2009; Chromy, 2007; Hall, Mathews, & Pearce, 1998; Hershkowitz, 2014; Kulesz & Wyse, 2007). Overall, these studies found that children who had been sexually abused and had SBPs had more internalizing and externalizing behavior problems than children who had been sexually abused but did not have SBPs. These two groups of children, however, showed no differences in prosocial interpersonal behaviors (Buchta, 2009), post-traumatic stress symptoms (Buchta, 2009; Hall *et al.*, 1998), or parental and familial variables, such as parental stress, post-traumatic stress symptoms in parents, and sexualized attitudes in the family setting (Hall *et al.*, 1998).

Other research suggests that the profiles of children with SBPs vary widely, both in the kinds of SBPs that they display and in their sociodemographic, individual, and family characteristics (Chaffin *et al.*, 2006). A number of studies have attempted to identify distinct subgroups among children with SBPs (for example, Bonner, Walker, & Berliner, 1999; Hall, Mathews, & Pearce, 2002; Johnson & Feldmeth, 1993; Pithers, Gray, Busconi, & Houchens, 1998; Rasmussen, Burton, & Christopherson, 1992). But only the typology used by Pithers and colleagues (1998) included a set of demographic, individual, and family variables (and not just variables related to sexual behavior) to classify the children with SBPs. These authors performed a cluster analysis on a sample of 127 children with SBPs who had been referred to child-protection service. This analysis identified five subgroups of children with SBPs: 1) sexually aggressive, 2) non-symptomatic 3) highly traumatized, 4) rule breakers, and 5) abuse-reactive. These subgroups differed in their sociodemographic characteristics (age and gender), their maltreatment history (number of abusers, type of abuse), the characteristics of the SBPs that they displayed (nature of their actions, number of children involved, etc.), their other behavior problems (externalizing behaviors, internalizing behaviors), and the stress experienced by their parents.

Few authors have attempted to empirically identify distinct subgroups of sexually abused school-age children on the basis of their symptoms and their intensity (Daignault &

Hébert, 2009; Hébert, Parent, Daignault, & Tourigny, 2006; Sawyer & Hansen, 2014). Among these authors, only Sawyer and Hanson (2014) have used abuse-specific symptoms (SBPs and post-traumatic stress symptoms) as clustering variables. The resulting typology, obtained with a sample of 107 child victims of sexual abuse, revealed four distinct profiles: 1) highly distressed, 2) problem behaviors, 3) subclinical, and 4) self-reported distress. The children in the Highly Distressed group were characterized by high scores for all of the domains measured (depression, anxiety, fears related to victimization, post-traumatic stress symptoms, externalizing behaviors, internalizing behaviors, and sexual behaviors). The children in the Problem Behaviors group showed a high frequency of externalizing, internalizing, and sexual behaviors. The children in the Subclinical group did not have any problems of a clinical nature, but the children in the Self-Reported Distress group reported moderate levels of depression and anxiety.

To sum up, the results of this small number of studies that have explored the characteristics of children with SBPs and children who have been sexually abused suggest that some proportion of the children in these two groups may have some common characteristics and common needs with regard to treatment.

Objectives of This Study

The first objective of this study was to explore whether we could identify subgroups of children with similar psychosocial profiles within two different groups of children that frequently use psychosocial services: children who have been referred for SBPs and children who have been referred for being sexually abused. The second objective was to examine whether the proportions of children from these two groups were similar from one profile to another—in other words, to see whether certain profiles were more associated with one of these groups than with the other.

Analytical Approach

In this study, we used a person-oriented approach (for a description, see Bergman & Trost, 2006 and von Eye & Bogat, 2006) rather than a variable-oriented approach, so as to

reflect the heterogeneity of the children referred for SBPs and for sexual abuse and to identify the profiles of children who might benefit from similar treatments. Constituting a sample that included both children who had been sexually abused and children who had SBPs made it possible to determine whether particular psychosocial profiles were more common among these two client groups.

Method

Sample and Study Design

The sample consisted of 147 children living in the Canadian province of Quebec. Their ages ranged from 6 to 12 years ($M = 9.3$, $SD = 1.9$), 61.9% were male, and the majority were white (Table 1). At the time of their clinical assessment, 70% of these children were accompanied by a biological or adoptive parent, while 30% were accompanied by another parental figure (ex: foster parent). Over half of these children (55%) came from families with annual incomes of less than \$25,000 (Can).

Out of the total sample, 117 were children with SBPs who had been referred by workers from a community agency or from child-protection system to participate in a treatment program for children with SBPs (Tremblay & Gagnon, 2000). To be eligible for this program, at the time of referral the children had to: 1) be 6 to 12 years old, 2) have SBPs, as determined by a clinical assessment and as defined by the following criteria: the repetitive nature of their problem behaviors, their inability to cease these behaviors even with adult supervision, the persistence of these behaviors over time and in different settings, and the extent to which these children engaged in sexual acts normally engaged in by adults, and 3) be accompanied by a parent or other significant adult who would participate in their treatment. Once the written consent of their parents or guardians had been obtained, but before they began the treatment program, all of these children with SBPs and their accompanying adults received a clinical assessment. Among these 117 children who had been referred to be treated for SBPs, 46.1% also reported sexual abuse, as reported by their parents or caregiver.

The remaining 30 children in the sample had reported histories of sexual abuse that were deemed to be well founded by the child-protection system, but did not have SBPs that required specific treatment. These children were receiving the regular services offered by this system and were recruited by professionals with whom they worked.

The majority of the children in the group referred for SBPs were boys ($\chi^2 = 19.846$, $df = 1$, $p < .001$). This group was significantly younger ($t = -2.276$; $df = 145$, $p < .05$) than the group who were referred because they had been sexually abused. The members of the two groups did not differ significantly, however, in their ethnic origin, the identity of their accompanying adult, or their family's annual income.

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Centres jeunesse de Québec-Institut universitaire, a university-affiliated center in Quebec City (Quebec, Canada), that provides psychosocial services to children and youth while also conducting research and providing training.

Table 1 : Psychosocial profile indicators and other characteristics of the sample (percentages and raw scores)

	Children referred for SBPs (n = 117)	Children referred as sexually abused (n = 30)	Total sample (n = 147)
Percentage of males^a	70.9%	26.7%	61.9%
Mean age (years)^b	9.08	9.93	9.25
White ethnicity (n = 123)	96.0%	95.7%	95.9%
Accompanying adult			
Biological or adoptive parent	66.7%	83.3%	70.1%
Foster parent or case worker	33.3%	16.7%	29.9%
Annual family income (n = 109)			
Less than \$25,000	59.5%	40.0%	55.0%
\$25,001 to \$45,000	23.8%	32.0%	25.7%
\$45,001 or more	16.7%	28.0%	19.3%
<u>Domain 1: Individual factors predisposing children to behavior problems</u>			
Externalizing behaviors			
Delinquent and aggressive behaviors (n = 132) ^c	23.54	17.40	22.14
Sexual behaviors (n = 128) ^d	17.21	7.83	15.02
Trauma-related symptoms (n = 116)			
Anxiety	9.39	10.85	9.73
Depression	9.15	10.48	9.46
Post-traumatic stress	11.24	13.85	11.84
Dissociation	9.90	10.52	10.04
Sexual concerns	8.16	7.11	7.91
Social skills (n = 133)	52.47	56.03	53.27
<u>Domain 2: Stressors affecting parents' ability to give their children optimal care</u>			
Parent sexually abused in childhood (n = 142)	41.6%	58.6%	45.1%
Parent experienced other forms of abuse in childhood (score from 0 to 3) (n = 142)	.68	.76	.70
<u>Domain 3: Coercive parenting practices (maltreatment)</u>			

Physical abuse (n = 146)	57.3%	44.8%	54.8%
Neglect (n = 145)	53.4%	44.8%	51.7%
Psychological abuse (n = 146)	56.4%	65.5%	58.2%
Domain 4: Disruption of child's psychosexual development			
Exposure to sexuality (n = 112)	1.41	1.17	1.35

^a $\chi^2 = 19.846$ (df = 1; p < .001); ^bt = -2.276 (df = 145; p < .05); ^ct = 2.453 (df = 130; p < .05); ^dt = 4.111 (df = 126; p < .001)

Psychosocial Profile Measurements

The children and adults in the sample individually completed the interview protocol developed by Gagnon (1999), which consisted of a semi-structured interview and several standardized measuring instruments, based on a review of the literature on the factors associated with SBPs in children and the consequences of child sexual abuse. This protocol was administered by a research assistant in the child's home. The variables used to document the children's psychosocial profiles were drawn from four of the five risk domains of the revised theoretical model of Friedrich (2007), described earlier in this article. The fifth domain could unfortunately not be included (parent-child attachment), as no measures of this construct were included in the databases used.

1. Individual factors predisposing children to behavior problems. The French-language version of the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach & Rescorla, 2001) was used to collect data on the child's behavioral and emotional problems during the preceding six months, as reported by the accompanying parent or other significant adult. This instrument contains 113 items rated by frequency, where 0 = not true, 1 = somewhat or sometimes true, and 2 = very true or often true. For the present study, we used the ASEBA externalizing scale, which comprises delinquent and aggressive behaviors and for which we obtained a Cronbach's alpha of .92.

To measure the frequency of the children's normal and problematic sexual behaviors during the preceding six months, we used the French-language version of the Child Sexual Behavior Inventory (CSBI; Friedrich *et al.*, 1992), as translated by Wright, Sabourin, and Lussier (1994). This inventory was completed by the child's accompanying adult. It consists of 38 items rated on a four-point scale ranging from 0 (never) to 3 (at least once per week). The scale that we used in this study to capture sexualized behaviors (CSBI Total scale) had a high Cronbach's alpha (.91).

To assess the presence of trauma-related symptoms, we had the children complete the French-language version of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC;

Briere, 1996), translated from the English by Philippe-Labbé, Lachance, and Saintonge (1999). This instrument consists of 54 items rated on a four-point scale, where 0 = never and 3 = almost all of the time. It measures the frequency of children's symptoms associated with traumatic events on six subscales: Depression, Anxiety, Post-Traumatic Stress, Dissociation, Anger and Sexual Concerns. The Anger subscale showed a high correlation with delinquent and aggressive behaviors as measured by the ASEBA and so was removed from the analyses. In the present study, the internal consistency of the remaining subscales ranged from .79 to .82.

To measure the children's skills in cooperation, self-assertion, self-control, and empathy, we used the French-language version of the Social Skills Rating System (SSRS; Gresham & Elliott, 1990), as translated by Gagné (1993). This instrument includes 34 items where children are rated on questions relating to their social skills on a three-point scale where 0 = never and 2 = very often. The Cronbach's alpha for this scale was .90 in the present sample.

2. Stressors affecting parents' ability to give their children optimal care. In the semi-structured interviews, the parental figures reported whether they had been victims of sexual, physical or emotional abuse or neglect when they were children. The percentage of these accompanying adults who reported that they had been sexually abused as children was defined as a separate variable, while a combined score on a scale of 0 to 3 was calculated for physical abuse, emotional abuse and neglect.

3. Coercive parenting practices. The indicators for coercive parenting practices as a risk domain were represented by the known or suspected presence of three types of child maltreatment: physical abuse, psychological abuse and neglect. This information was obtained from the accompanying adults in the semi-structured interview.

4. Disruption of child's psychosexual development. In the semi-structured interviews, the child's parent or guardian indicated whether the children had witnessed: 1) nudity on

television or in a movie, 2) sexual relations on television or in a movie, and/or 3) sexual activity between their parents. These indicators of disruption of children's psychosocial development come from the Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich *et al.*, 1992), described earlier. They are scored Yes or No and are summed to obtain a score for exposure to sexuality, on a scale from 0 to 3.

Analytical Strategy

To identify the children's various psychosocial profiles, we performed a latent-class analyses using Mplus software, Version 7.2 (Muthen & Muthen, 2007). This type of analysis is used to identify subgroups of individuals with similar characteristics and to distinguish them from individuals with different characteristics. It can be used to identify the most parsimonious number of groups, based on the existing data. To select the model that achieves the greatest homogeneity within the classes and the greatest heterogeneity among them, we compared models with two to five classes, applying traditional measures of classification quality: the log likelihood ratio, Akaike Information Criterion (AIC; Akaike, 1987), Bayesian Information Criterion (BIC; Schwartz, 1978), entropy (Grant, Scherrer, Neuman, Todorow, Price, & Bucholz, 2006) and interpretability of the latent classes. Smaller values for the log likelihood ratio, AIC and BIC indicate a better fit between the model and the data (Hagenaars & McCutcheon, 2002), while a higher entropy value indicates better differentiation among the subgroups (Kline, 2005). The Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test (LMR LRT) (Lo, Mendell, & Rubin, 2001) indicates the improvement in the fit from one model to the next when the p value is significant.

The continuous indicators for the psychosocial profiles were standardized for the sample as a whole using Z scores. By reducing the mean for the sample to a score of 0, this standardization makes it possible to situate the members of one class with respect to all of the other individuals in the sample. Scores of 1 and -1 correspond respectively to one standard deviation above and one standard deviation below the mean, and there is general consensus that scores above 0.3 or below -0.3 identify the indicators that characterize the class (Brennan, Breitenbach, Dietrich, Salisbury, & van Voorhis, 2012). We treated the

dichotomous indicators as categorical variables in the analyses. On the basis of our analytical results, we assigned to each of the profiles that we identified a name describing the characteristics that distinguished the children with that profile from the sample as a whole. Lastly, we performed a chi-square test to determine whether the proportions of children referred for SBPs and children referred for having been sexually abused differed significantly from one profile group to another.

Results

Table 1 shows the values of all the indicators measured to establish the psychosocial profiles of the children referred for SBPs, the children referred for having been sexually abused, and the two combined. These results show that the two groups of children were similar for all indicators except for externalizing behaviors: the children referred for SBPs scored significantly higher for delinquent and aggressive behaviors (23.5 versus 17.4) and for sexual behaviors (17.2 versus 7.8, respectively). Note that the children in this sample came from a clinical population and were characterized by high rates of maltreatment: more than half had been victims of at least one of the three forms of maltreatment that we measured, and 45% of the parents in the sample reported having been sexually abused during their own childhood.

Model Selected

After comparing the models with two, three, four, and five latent classes, we selected the one with three classes, as this model showed the best fit according to a number of criteria (Table 2). Although the AIC and BIC decreased gradually as the number of classes increased, the rate of decrease slowed considerably starting with the three-class model. Although adding a third class did not significantly improve the quality of the classification ($p = .59$) compared with the two-class model, we selected the three-class model because it showed better entropy than the 2-classes model and because, from a clinical standpoint, it reflected three psychosocial profiles that were recognizable from the clinical and scientific literature on children with SBPs and children who have been sexually abused.

Table 2 : Goodness of fit of four models from latent-class analysis

	2-class model	3-class model	4-class model	5-classmodel
	2 classes vs 1	3 classes vs 2	4 classes vs 3	5 classes vs 4
LMR-LRT				
Log likelihood (c+1 classes)	-2134.882	-1997.78	-1949.792	-1909.106
-2log likelihood	274.204	95.976	81.372	67.641
p-value	.0064	.5899	.4136	.5207
Model fit				
AIC	4073.56	4007.584	3956.211	3918.57
BIC	4190.187	4169.067	4162.551	4169.766
Adjusted BIC	4066.77	3998.182	3944.198	3903.945
N for each class in model	94, 53	80, 44, 23	40, 6, 80, 21	37,46,38,6,20
Entropy	.791	.820	.865	.826

LMR-LRT: Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test; AIC: Akaike Information Criterion; BIC: Bayesian Information Criterion

The Three Psychosocial Profiles in the Selected Model

Table 3 shows the characteristics of the children with the three psychosocial profiles defined by our three-class model. These three profiles are as follows: 1) resilient children (n = 80); 2) children involved in an intergenerational cycle of abuse (n = 44); and 3) children with highly impaired functioning (n = 23). Names were assigned to these profiles on the basis of the indicators that had the highest values in each profile. These profiles reflect empirical constructs based on analytical results. The children's average age and gender ratio did not vary significantly from one profile to the next ($F = 1.158$, $p \geq .05$; $\chi^2 = 11.235$, $df = 2$, $p \geq .05$).

The resilient children displayed fewer individual factors that predisposed them to behavior problems and were less likely to have been subjected to coercive parenting practices (child maltreatment). More specifically, these children displayed fewer delinquent and aggressive behaviors ($Z = -0.397$) and fewer trauma-related symptoms (Z scores of -0.481 to -0.706) than the children in the two other groups, and the percentages who had experienced neglect, psychological abuse, or physical abuse were also lower (40.5% to 46.2%).

Compared with the children in the two other groups, a higher percentage of the children involved in an intergenerational cycle of abuse had been subjected to maltreatment by their parents, and especially to psychological abuse (86.4%) and physical abuse (72.7%). Also, more of their parents reported having been victims of abuse as children (57.1% of these parents said that they had been sexually abused in childhood; the Z score for parents in this group who had experienced other forms of abuse was 0.300). These children also scored higher for trauma-related symptoms (Z scores of 0.355 to 0.378), except for sexual concerns, and also had a higher frequency of delinquent and aggressive behaviors (Z = 0.355) than both other groups.

We have described the third group of children as having highly impaired functioning because they showed a number of problems in all four of the risk domains in the model. Among the three groups, these children had the highest Z scores for delinquent and aggressive behaviors (0.704), sexual behaviors (0.585), and trauma-related symptoms (1.021 to 1.573). Interestingly, however, these children also had better social skills (Z = 0.362) than the two other groups. The children in this third group were also more likely to have been victims of neglect (72.7%) and had been more exposed to sexuality (Z = 0.718) than the rest of the children in the sample.

Table 3 : Z scores of indicators for three psychosocial profiles of children

	Resilient children (n = 80)	Children in intergenerational cycle of abuse (n = 44)	Children with highly impaired functioning (n = 23)
<u>Domain 1: Individual factors predisposing children to behavior problems</u>			
Externalizing behaviors			
Delinquent and aggressive behaviors	-.397	.355	.704
Sexual behaviors	-.236	.175	.585
Trauma-related symptoms			
Anxiety	-.697	.378	1.483
Depression	-.680	.357	1.418
Post-traumatic stress	-.679	.355	1.573
Dissociation	-.706	.358	1.486
Sexual concerns	-.481	.198	1.021
Social skills	.094	-.253	.362
<u>Domain 2: Stressors affecting parents' ability to give their children optimal care</u>			
Parent sexually abused in childhood	43.6%	57.1%	27.3%
Parent experienced other forms of abuse in childhood	-.197	.300	.137
<u>Domain 3: Coercive parenting practices</u>			
Physical abuse	46.2%	72.7%	50.0%
Neglect	40.5%	61.4%	72.7%
Psychological abuse	45.0%	86.4%	50.0%
<u>Domain 4: Disruption of child's psychosexual development</u>			
Exposure to sexuality	-.068	-.095	.718

Once these three profiles were identified, further analyses were performed to gain a better understanding of these three psychosocial profiles (Table 4). These analyses showed that higher percentages of the children with highly impaired functioning scored above the clinical thresholds for delinquent and aggressive behavior, sexual behavior, and trauma-related symptoms, while the resilient children were less likely to have problems that met clinical diagnostic criteria. All of the children classified as being involved in an intergenerational cycle of abuse reported having experienced at least one of the three forms of child maltreatment that we considered (physical abuse, psychological abuse, and neglect), which distinguishes them from the children in the two other groups. Among the three groups, this group also had the highest percentage of children victimized by sexual abuse whose parents also reported having been sexually abused as children themselves (40.9%, compared with 20.5% for the resilient children and 22.7% for the children with highly impaired functioning; $\chi^2 = 6.175$, $df = 2$, $p \leq .05$). Lastly, the children with highly impaired functioning were more likely to have experienced one or more out-of-home placements when compared with children in the other two groups (73.9%, compared with 39.2% and 52.3%; $\chi^2 = 8.907$, $df = 2$, $p \leq .01$).

Table 4 : Proportions of children with scores above clinical thresholds for predisposing individual factors and trauma-related symptoms, and other characteristics, for each of the three psychosocial profiles

	Resilient children	Children in intergenerational cycle of abuse	Children with highly impaired functioning	Total	Chi-square (df = 2)
ASEBA-Delinquent and aggressive behaviors	55.4%	84.6%	94.7%	69.7%	16.907***
CSBI-Sexual behaviors	54.9%	74.4%	88.9%	65.6%	9.238*
TSCC-Anxiety ^a	4.8%	52.6%	100.0%	33.3%	61.511***
TSCC-Depression ^a	4.8%	26.3%	87.5%	23.1%	44.818***
TSCC-Post-traumatic stress ^a	1.6%	28.9%	93.8%	23.1%	59.872***
TSCC-Dissociation ^a	1.6%	39.5%	100.0%	27.4%	79.855***
TSCC-Sexual concerns	28.6%	57.9%	81.3%	45.3%	17.893***
Child subjected to at least one form of maltreatment (coercive parenting practice)	83.8%	100.0%	91.5%	89.8%	8.249**
Child sexually abused and had a parent who was sexually abused as a child	20.5%	40.9%	22.7%	27.1%	6.175*
Child experienced one or more out-of-home placements	39.2%	52.3%	73.9%	48.6%	8.907**

^aFisher's exact test was used instead of chi-square analysis because 1 cell had an effective less than 5;

*p< .05; **p< .01; ***p> .001

Table 5 shows the proportion of children who were referred for treatment for SBPs and the proportion who were referred for having been sexually abused, within the three psychosocial profiles identified in our sample. These proportions did not differ significantly among these three groups ($\chi^2 = 1.013$, $df = 2$; $p = .603$). In other words, children who were referred for SBPs were equally likely as children who were referred for sexual abuse to be in each of the three psychosocial profiles.

Table 5 : Proportions of children referred for SBPs and children referred for having been sexually abused, for each of the three psychosocial profiles

	Resilient children (n = 80)	Children in intergenerational cycle of abuse (n = 44)	Children with highly impaired functioning (n = 23)	Total sample
Children referred for SBPs	82.5%	75.0%	78.3%	79.6%
Children referred for having been sexually abused	17.5%	25.0%	21.7%	20.4%

$\chi^2 = 1.013$ ($df = 2$; $p = .603$)

Discussion

This study produced two major findings. First, it identified three distinct psychosocial profiles among children who were either referred for SBPs or for having been sexually abused: resilient children, children involved in an intergenerational cycle of abuse, and children whose functioning was highly impaired. Second, this study found that membership in these three profiles did not differ according to the reason that children were referred. These findings indicate that these two groups of children (SBP and sexually abused) show similar profiles, and might benefit from treatments specifically tailored to the individual and family characteristics of each profile, rather than being treated simply according to the reason for referral (having SBPs versus having been sexually abused).

The three-class typology that we have identified echoes some findings in past studies that attempted to identify subgroups among children with SBPs or children who had

been sexually abused. First of all, our study identified a profile of children whom we describe as “resilient”. These children were less likely to have been victims of physical abuse, psychological abuse, or neglect than the two other groups, but nevertheless, a full 83.8% had been victims of at least one of these three forms of maltreatment. Compared, however, with the two other groups, these children had substantially fewer externalized problems and far fewer trauma-related symptoms. For all of the indicators measured in this study, the percentage of children with scores above the clinical thresholds was lower in this group (ranging from 1.6% to 55.4%) than for children in the two others profiles. In other words, the children in this profile can be described as victims of maltreatment who show few particular difficulties. In past studies reviewed by Webster (2001), the percentage of child victims of sexual abuse who were asymptomatic ranged from 21% to 49%. Other typological studies of child victims of sexual abuse have also reported a subgroup who do not seem to have any particular problems (Daignault & Hébert, 2009; Hébert *et al.*, 2006; Sawyer & Hanson, 2014). Similarly to our study, Sawyer and Hansen (2014) identified a subgroup of sexually abused children who were characterized by scores below the clinical thresholds on all of their indicators: externalized problems, internalized problems, sexual behaviors, post-traumatic stress symptoms, depression, anxiety, and fears following victimization (in the authors’ terminology, “Subclinical” children). Likewise, the typology of Pithers *et al.* (1998), developed for children with SBPs, identified a “nonsymptomatic” subgroup that did not display any clinical problems with regard to externalizing or internalizing behaviors and who were less likely to have received a psychiatric diagnosis.

Three frequently cited hypotheses are proposed as to why some children do not seem to show any problems after experiencing a trauma are as follows: first, some children have been subjected to less severe forms of abuse and have not experienced it as disruptive, second, some children are more resilient and cope better with traumatic events because of certain protective factors that are either intrinsic to themselves or present in their environment, and third, the consequences of the abuse emerge in later stages of development (Hébert, 2011).

In the second psychosocial profile of children identified—children who were involved in an intergenerational cycle of abuse—a high proportion had been victims of maltreatment by their parents, especially in terms of their experiences of physical and psychological abuse. The parents of these children were also the ones most likely to have experienced some form of abuse in childhood themselves. There also seems to have been more continuity of sexual victimization across the generations in this group; of the children in this group who had been sexually abused, 40.9% had a parent who reported having also been sexually abused as a child. Comparing this profile to profiles identified in previous research is difficult, as other studies have not included parent's own experiences of abuse as a variable. According to the model of intergenerational transmission of sexual victimization developed by Baril and Tourigny (2015), however, when mothers of sexually abused children have themselves been sexually abused as children, the complex traumatic effects that they experience may affect their functioning as parents and have repercussions on their children's development and well-being. For example, compared with other mothers, mothers who have been sexually abused as children take a more negative view of themselves as parents, report less confidence in their relationships with their children, and more frequently report using physical punishment to resolve conflicts with their children (for a more detailed discussion, see Baril & Tourigny, 2015). Thus, mothers who are survivors of childhood sexual abuse are likely to face more challenges than mothers who are not, especially when it comes to communicating about sex and monitoring their children's activities (Cavanaugh & Classen, 2009).

These kinds of problems among parents were associated with increased risk that their children would develop emotional, physical, social, behavioral, and relationship problems, as suggested by the externalizing behaviors and trauma-related symptoms observed among the children in our “intergenerational cycle” group. The model of Friedrich (2007) suggests likewise, by recognizing how stressors on parents (such as having experienced abuse during childhood) can affect not only their ability to provide optimal care for their children, but also result development of SBPs in their children. Mothers who have been victims of sexual abuse may be more permissive and have more difficulty in

setting limits (both sexual and non-sexual) with their children (see Dillilo & Damashek, 2003 for a review). These mothers also display more liberal sexual attitudes than mothers who have not been abused (Meston, Heiman, & Trapnell, 1999), which may in turn disrupt their children's psychosexual development and lead to the emergence of SBPs (Friedrich, 2007).

The third profile of children—those with highly impaired functioning—showed a higher frequency of behavioral problems and trauma-related symptoms than the children in the other two profiles (the vast majority of children in this third profile scored above the clinical threshold on all of the measures). Higher proportions of these highly impaired children had been victims of neglect, and they had been more exposed to sexuality. Our supplementary analyses also indicated that the proportion of these children who had experienced one or more placements outside the family home was much higher than in the two other groups (73.9%). This uprooting from the family setting can have serious consequences and may explain the high degree of impairment observed in these children, including the high frequency of symptoms of post-traumatic stress. In this regard, some authors say that placement outside the home is a trauma in itself and must be considered in addition to the parental abuse and neglect that caused these placements (Samuels & Pryce, 2008).

This profile of highly impaired children is similar to subgroups of children with severe problems in other typological studies of children with SBPs (such as the “rule breaker group” in Pithers *et al.*, 1998) and of sexually abused children (such as the “severe distress group” in Hébert *et al.*, 2006; the “highly distressed group” in Sawyer & Hanson, 2014; and the “polyclinical group” in Daignault & Hébert, 2009). Like our third profile, these groups showed high scores for delinquent and aggressive behaviors, sexual behaviors, and symptoms of post-traumatic stress.

In addition to identifying three psychosocial profiles in both groups of clients composing our sample—children referred for SBPs and children referred because they had

been sexually abused—this study found that profile membership did not differ across reason for referral. This finding further confirms that these two groups of children show significant overlap with regard to the theoretical models that apply to them, the associated factors, and their psychosocial profiles. It thus suggests that children with SBPs and children who have been sexually abused have a set of common characteristics and might benefit from similar treatments, based on their psychosocial profiles rather than on the reason that they have been referred. However, to confirm this finding, further studies must be conducted with samples that include both groups of children.

Strengths and Limitations

The typology presented in this study has the advantage of having been constructed using psychosocial factors from a number of recognized risk domains both for children with SBPs and for children who have been sexually abused. Although previous studies have used individual and family factors to identify subgroups within populations of children who had been sexually abused, this approach has rarely been taken for children with SBPs. Hence this study represents a considerable step forward. This study has the further advantage of having used a large enough sample to provide adequate statistical power.

Some limitations must be considered in the interpretation of the present findings. First, it contains no official data from police or child-protection services to assess if respondents might have been denying, minimizing, or distorting some of the information provided. If, for example, we had used more than one respondent to document the various forms of maltreatment that the children were reported to have experienced, including sexual abuse of children referred for SBPs, we might have obtained a more complete picture of each child. Second, a high proportion of the children interviewed in this study were living away from their families of origin and so were accompanied not by their own parent, but instead by some other responsible adult, such as a foster parent, a case worker, or an educator from their group home or rehabilitation center. Such adults, though they may be significant in the children's lives, have not known them for very long and may have limited

information on subjects such as the children's history of being abused. In this situation, it can be very hard to develop a complete psychosocial profile for a child through the accompanying adult. Third, although we had hoped to document all five of the risk domains in the proposed adaptation of Friedrich's model, we were unable to document one of them: the quality of the parent-child attachment. In future studies, this domain should be examined as well, to obtain a better understanding of the development of SBPs and of the problems that arise after a child has been sexually abused (Beaudoin, Hébert, & Bernier, 2013; Friedrich, 2007).

Clinical Implications

The recommendations for treatment of children with SBPs (Chaffin *et al.*, 2006) and children who have been sexually abused (Saunders, Berliner, & Hanson, 2004; Silverman *et al.*, 2008) stress that short-term cognitive-behavioral treatment in which the parents participate has been proven effective. However, these recommendations do not offer clinicians any guidance on how to take the children's psychosocial profiles into account and how to adjust treatment to meet the specific needs associated with them.

It might therefore prove advantageous to adopt a treatment approach that could be adjusted to better suit the risk domains most closely associated with each of the three profiles that we found. Such a component-based approach affords flexibility regarding both the treatment objectives and the sequence in which the various treatment procedures are used; it has been found effective for children with anxiety, or depression, or behavior problems (Chorpita *et al.*, 2013). Also, as the resources available for providing treatment become increasingly scarce, it becomes important to distinguish among: 1) children whose parents simply need support and reassurance, 2) children whose behavior is disturbing enough to benefit from regular treatment, and 3) children who require immediate, continued assistance (Friedrich, 2007).

Best practices for both of the clienteles discussed in this article call for parents to participate as treatment partners to better support their children (St-Amand *et al.*, 2008).

But even those programs that are recognized as following best practices do very little to address stressors that affect parents' ability to give their children optimal care—in particular, having their own history of being abused. Measures to address the impact of parents' having been abused would be especially beneficial for children who fit the profile of being involved in an intergenerational cycle of abuse. The Intergenerational Trauma Treatment Model (ITTM) seems to be the only one that attempts to help parents not only meet their traumatized children's needs more effectively, but also deal with the effects of the traumas that they themselves experienced as children (Lawson & Quinn, 2013). The ITTM includes not only measures to alleviate children's trauma-related symptoms, but also cognitive-behavioral treatments for the parents, with goals that include reducing their symptoms of post-traumatic stress, teaching them how to regulate their own emotions and behavior, and improving their ability to respond empathically to their children's needs (Scott & Copping, 2008). Another option would be to combine recognized best treatment practices for children with treatments to help parents deal with the consequences of having been abused themselves, especially sexually (see Taylor & Harvey, 2010, for a meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults who were sexually abused in childhood).

Children with highly impaired functioning obviously require immediate, sustained attention from the clinical community. But because of the severity of these children's trauma-related symptoms, some authors recommend stabilizing children before the start of any treatment to reduce their externalizing behaviors (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008; Ford & Cloitre, 2009). The treatment priorities should be as follows: 1) identify and reduce the elements that threaten the safety of the child and his or her family, in particular self-mutilating and suicidal behavior and any form of maltreatment; 2) establish a working alliance among the child, his or her parents, and the therapist; and 3) increase the child's ability to self-regulate (Ford & Cloitre, 2009). Once the child has been stabilized, various individual or group cognitive-behavioral therapies of proven effectiveness can be used to reduce a wide range of disruptive behaviors and to support prosocial functioning (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008).

Lastly, because resilient children have fewer behavior problems, they could be offered a program whose main goal is to support their psychosexual development. The meta-analysis by St-Amand and colleagues (2008) suggests that certain topics, such as the child's sexual education and strategies for protecting the child and preventing child abuse, are worth discussing with the parents of children with SBPs and children who have been sexually abused, to increase treatment efficacy. If parents are taught how to quickly detect the latent consequences of sexual abuse that can emerge later in the child's development, and are helped to develop certain skills for managing their children's behavior and supervising their activities, the ultimate outcome for the child will be more successful.

In conclusion, this study has shown that children referred for SBPs and children referred because they have been sexually abused have a similar set of psychosocial profiles and could benefit from the same treatments, tailored to each of these profiles. We hope that this knowledge may serve as the starting point for creating services adapted to the specific needs of these two groups of child clients so as to optimize their development.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, *52*, 317-332.
- Allen, B., Thorn, B. L., & Gully, K. J. (2015). A comparison of self-reported emotional and trauma-related concerns among sexually abused children with and without sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, *20*(2), 136-140.
- Baril, K., & Tourigny, M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, *1*, 28-63.
- Beaudoin, G., Hébert, M., & Bernier, A. (2013). Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. *European Review of Applied Psychology*, *63*, 147-157.
- Bergman, L. R., & Trost, K. (2006). The person-oriented versus the variable-oriented approach: Are they complementary, opposites, or exploring different worlds? *Merrill-Palmer Quarterly*, *52*(3), 601-632.
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N., & Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, *45*(1), 173-207.
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. (Grant No. 90-CA-1469). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Retrieved from <http://www.dshs.wa.gov/>.
- Brennan, T., Breitenbach, M., Dietrich, W., Salisbury, E. J., & van Voorhis, P. (2012). Women's pathways to serious and habitual crime: A person-centered analysis incorporating gender responsive factors. *Criminal Justice and Behavior*, *39*, 1480-1508.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Buchta, L. G. (2009). *Children with sexual behavior problems: An examination of characteristics before and after treatment*. Unpublished doctoral dissertation, University of Utah, USA.

- Burton, D. L., Nesmith, A. A., & Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect, 21*(2), 157-170.
- Cavanaugh, C. E., & Classen, C. C. (2009). Intergenerational pathways linking childhood sexual abuse to HIV risk among women. *Journal of Trauma & Dissociation, 10*, 151–169.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., *et al.* (2006). *Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems*. Association for the treatment of sexual abusers. Retrieved from <http://www.atsa.com/sites/default/files/Report-TFCSBP.pdf>.
- Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., *et al.* (2013). Long-term outcomes for the child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 999-1009.
- Chromy, S. J. (2007). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment & Crisis Intervention, 7*(1), 25-33.
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioural and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 33*(2), 102-115.
- DiLillo D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment, 8*, 319–333.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 215 – 237.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 530-541.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for children and adolescents. In C. Courtois & J. D. Ford (eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 59-81). New York: Guilford Press.

- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems. Family-based attachment-focused therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S. K., *et al.* (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment, 4*(3), 303-311.
- Gagné, R. (1993). *Traduction en français du Social Skills Rating System (Gresham, F.M. & Elliott, S., 1990)*. Unpublished document. Montréal, QC.
- Gagnon, M. M. (1999). *Rapport synthèse: informations relatives à l'enfant et à son milieu de vie. Protocole d'entrevue semi-structurée*. Unpublished document. Montréal, QC: Université de Montréal.
- Grant, J. D., Scherrer, J. F., Neuman, R. J., Todorow, A. A., Price, R. K., & Bucholz, K. K. (2006). A comparison of the latent class structure of cannabis problems among adult men and women who have used cannabis repeatedly. *Addiction, 101*, 1133-1142.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology, 5*(1-2), 191-213.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System Manual*. Minnesota : American Guidance Service.
- Hagenaars, J. A., & McCutcheon, A. L. (2002). *Applied latent class analysis*. New York: Cambridge University Press.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 22*(10), 1045-1063.
- Hall, D. K., Mathews, F., & Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect, 26*(3), 289-312.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. In M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (pp. 149-204). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Parent, N., Daignault, I. V., & Tourigny, M. (2006). A typological analysis of behavioral profiles of sexually abused children. *Child Maltreatment, 11*(3), 203-216.

- Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(3), 291-305.
- Johnson, T. C., & Feldmeth, J.R. (1993). Sexual behaviors: A continuum. In E. Gil & T. C. Johnson (eds.), *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest* (pp. 41-52). Rockville, MD: Launch Press.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kulesz, K. M., & Wyse, W. J. (2007). Sexually abused children: Symptomatology and incidence of problematic sexual behaviors. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(1), 27-45.
- Lawson, D. M., & Quinn, J. (2013). Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. *Journal of Clinical Psychology*, 69(5), 497-509.
- Lo, Y., Mendell, N., & Rubin, D. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika*, 88, 767-778.
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, 36, 385-395
- Muthen, L. K., & Muthen, B. O. (2007). *Mplus user's guide* (4th ed.). Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.
- Philippe-Labbé, M.-P., Lachance, L., & Saintonge, S. (1999, Octobre). *Le Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) et l'Adolescent Dissociative Experiences Scale CA- DES) comme outils de dépistage: résultats préliminaires d'une validation canadienne-française*. Paper presented at the meeting of the Société québécoise pour la recherche en psychologie, Québec, Canada.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A., & Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.
- Rasmussen, L. A., Burton, J., & Christopherson, B. J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1(1), 33-48.

- Samuels, G. M., & Pryce, J. M. (2008). "What doesn't kill you makes you stronger": Survivalist self-reliance SA resilience and risk among young adults aging out of foster care. *Children and Youth Services Review, 30*(10), 1198-1210.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). *Guidelines for psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse* (revised). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Sawyer, G. K., & Hansen, D. J. (2014). Heterogeneous symptom patterns of sexually abused children in treatment: Understanding the complexity of the problem. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(8), 900-917.
- Schwartz, G. E. (1978). Estimating the dimension of a model. *Annals of Statistics, 6*(2), 461-464.
- Scott, K. L., & Copping, V. E. (2008). Promising directions for the treatment of complex childhood trauma: The intergenerational trauma treatment model. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention, 1*(3), 273-283.
- Silovsky, J. F., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment, 7*(3), 187-197.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 156-183.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116*(2), 340-362.
- St-Amand, A., Bard, D. E., & Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment, 13*(2), 144-166.
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review, 30*, 749-767.
- Tremblay, C., & Gagnon, M. M. (2000). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques. Guide d'intervention destiné aux animateurs - volets enfants et parents*. Unpublished document, Joliette, QC: Centres jeunesse de Lanaudière.
- von Eye, A., & Bogat, G. A. (2006). Person-oriented and variable-oriented research: Concepts, results, and development. *Merrill-Palmer Quarterly, 52*(3), 390-420.

- Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools, 38*(6), 533-547.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp. 685-748), New York, NY: Guilford.
- Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (1994). *Traduction en français et validation du Children's Sexual Behavior Inventory*. Department of psychology, University of Montréal, Montréal, QC.

QUATRIÈME CHAPITRE - DISCUSSION GÉNÉRALE

Trois parties distinctes composent le présent chapitre de discussion générale. D'abord, la première partie propose une discussion des résultats des articles concernant : 1) le lien entre l'agression sexuelle et les CSP, et 2) les caractéristiques communes aux deux clientèles à l'étude (enfants référés pour CSP et enfants référés pour agression sexuelle). La deuxième partie vise à exposer les implications des résultats obtenus en lien avec l'intervention psychoéducatrice. Finalement, la dernière partie souligne les forces et les limites de la thèse ainsi que les pistes de recherches futures.

1. DISCUSSION DES RÉSULTATS ISSUS DES DEUX ARTICLES

Dans les prochaines sous-sections, différentes hypothèses découlant des résultats de cette thèse permettant d'approfondir notre compréhension du lien spécifique entre l'agression sexuelle et les CSP seront exposées. De plus, des caractéristiques communes aux enfants référés soit pour agression sexuelle ou pour CSP ont été identifiées, ce qui peut laisser présager que ces deux clientèles puissent partager des besoins d'intervention communs.

1.1 Approfondissement de notre compréhension du lien entre l'agression sexuelle et les CSP

Plusieurs résultats issus des deux articles contenus dans cette thèse contribuent à approfondir notre compréhension du lien entre l'agression sexuelle et les CSP. D'abord, les résultats confirment qu'une proportion importante d'enfants présente les deux problématiques. En effet, les études recensées dans l'article 1 rapportent qu'entre 15 % et 84 % des enfants qui présentent des CSP ont été victimes d'agression sexuelle. De plus, les résultats de cet article soulignent que l'agression sexuelle représente un facteur fortement

associé aux CSP. En effet, la vaste majorité des études recensées s'étant penchées sur ce lien concluent que les enfants manifestant des CSP sont davantage susceptibles d'avoir été victimes d'agression sexuelle que les enfants ne manifestant pas de CSP. Un antécédent d'agression sexuelle chez les enfants présentant des CSP avait également été systématiquement relevé dans les autres états des connaissances déjà publiés (Araji, 1997; Elkovitch *et al.*, 2009; Gagnon et Tourigny, 2011; Kambouropoulos, 2005; Silovsky et Swisher, 2008; St-Amand *et al.*, 2011). Enfin, l'échantillon de l'article 2, dont 46 % des enfants référés pour CSP présente un antécédent d'agression sexuelle, tel que rapporté par le parent, vient également confirmer qu'une proportion importante d'enfants présente les deux problématiques.

En réunissant une clientèle d'enfants référés soit pour des CSP ou pour une agression sexuelle au sein d'un même échantillon, les résultats de l'article 2 démontrent qu'il est possible d'identifier trois profils psychosociaux d'enfants et qu'aucun profil psychosocial n'est davantage associé à l'une ou l'autre des clientèles, suggérant que ces profils sont valables autant pour les deux clientèles. De plus, l'examen de la littérature scientifique montre que les trois profils psychosociaux identifiés dans cette thèse semblent similaires aux profils identifiés autant dans les typologies spécifiques aux enfants victimes d'agression sexuelle que dans les typologies spécifiques aux enfants qui présentent des CSP, tel que présenté dans l'article 2.

Tout en gardant en tête que ce ne sont pas tous les enfants victimes d'agression sexuelle qui développeront des CSP et que ce ne sont pas tous les enfants qui présentent des CSP qui ont été victimes d'agression sexuelle, l'ensemble des résultats présentés précédemment contribue à démontrer un chevauchement important au niveau des caractéristiques psychosociales entre ces deux clientèles.

1.1.1 L'agression sexuelle comme un facteur de risque au développement des CSP

Dans son modèle théorique explicatif du développement des CSP, Friedrich (2007) a intégré l'agression sexuelle vécue comme un facteur susceptible d'influencer l'émergence des CSP. Toutefois, ce modèle fournit peu d'explications sur les mécanismes conduisant les enfants victimes d'agression sexuelle à développer des CSP.

Pour approfondir notre compréhension du développement des CSP chez les enfants victimes d'agression sexuelle, les différents modèles théoriques expliquant le développement des séquelles suite à l'agression sexuelle, dont le *Traumagenic Dynamics of Sexual Abuse Model* (Finkelhor et Browne, 1985) et le *Trauma-Outcome Process Assessment Model* (TOPA; Rasmussen, 2004), peuvent fournir des pistes de réflexion intéressantes sur la trajectoire qui peut mener les enfants agressés sexuellement à développer des CSP.

Dans ces modèles, les CSP sont conceptualisés comme une réaction comportementale face à l'agression sexuelle vécue par l'enfant. Par exemple, le modèle de Finkelhor et Browne (1985) indique que, suite à une sexualisation traumatique engendrée par l'agression sexuelle, la sexualité de l'enfant se développerait de façon dysfonctionnelle et inappropriée. L'agression sexuelle aurait pour effet de faire prendre conscience à l'enfant de l'existence de la sexualité, ce qui peut être particulièrement vrai chez les jeunes enfants qui, en raison de leur stade de développement, n'ont pas encore exploré pleinement leur sexualité. Puisque les enfants victimes d'agression sexuelle ont été exposés de façon précoce à la sexualité, certains peuvent être mal outillés pour gérer les sensations sexuelles ressenties. En étant victimes d'agression sexuelle, ceux-ci peuvent avoir pris conscience du plaisir physique engendré par une stimulation génitale et peuvent se servir des comportements sexuels comme moyen pour s'apaiser. De plus, en étant « récompensé » par l'intermédiaire d'échanges d'affection, d'attention ou de privilèges suite aux comportements sexuels émis, l'enfant victime d'agression sexuelle pourrait apprendre à utiliser des comportements sexualisés pour interagir avec les autres ou pour obtenir la satisfaction à ses besoins. Une

sexualisation traumatique peut également survenir lorsque certaines parties de l'anatomie de l'enfant sont particulièrement investies de la part de l'agresseur, créant des distorsions cognitives chez l'enfant quant à l'importance et à la signification de ces parties corporelles. Enfin, la sexualisation traumatique pourrait également survenir lorsque l'enfant victime d'agression sexuelle associe des sentiments négatifs, dont la peur et la colère, aux comportements sexuels (Finkelhor et Browne, 1985). Toutefois, le degré et la forme de la sexualisation traumatique peuvent varier considérablement en fonction de l'expérience d'agression sexuelle vécue. Par exemple, il est possible que les agressions sexuelles qui impliquent l'excitation sexuelle de l'enfant soient susceptibles d'engendrer davantage de sexualisation que lorsque l'agresseur utilise de façon passive un enfant et que ce dernier n'est pas excité sexuellement.

Pour sa part, le modèle de Rasmussen (2004) s'appuie sur la prémisse selon laquelle les individus peuvent réagir de trois façons face à une situation traumatique, soit : 1) en intériorisant leurs émotions et en émettant des comportements autodestructeurs, 2) en extériorisant leurs émotions et en émettant des comportements abusifs, et 3) en exprimant leurs émotions afin de comprendre et d'intégrer l'expérience traumatique aux autres expériences de vie. Ainsi, ce modèle stipule qu'en l'absence des habiletés nécessaires pour réguler les émotions qui surgissent suite à un événement traumatique, les enfants peuvent présenter des comportements sexuels dirigés vers soi ou vers les autres pour comprendre ou contrôler les aspects traumatiques de l'agression sexuelle vécue.

Ainsi, différents éléments tirés des modèles axés sur le trauma nous permettent de mieux comprendre pourquoi certains enfants victimes d'agression sexuelle sont susceptibles de développer des CSP.

1.1.2 Les CSP comme un facteur augmentant la vulnérabilité de l'enfant à être victime d'agression sexuelle

Bien que le modèle de Friedrich (2007) considère l'agression sexuelle comme étant un facteur de risque aux CSP, l'absence d'études longitudinales nous empêche de statuer

sur la séquence réelle d'apparition des différents facteurs en cause. Ainsi, les études transversales réalisées autant auprès des enfants victimes d'agression sexuelle que des enfants qui présentent des CSP ne nous permettent pas d'exclure la possibilité que les CSP puissent agir en tant que facteur de risque augmentant la vulnérabilité de l'enfant à être victime d'agression sexuelle.

En effet, il est possible d'émettre certaines hypothèses découlant de la littérature scientifique portant sur les facteurs de risque de l'agression sexuelle afin d'expliquer pourquoi les enfants qui présentent des CSP seraient plus susceptibles d'être victimes d'agression sexuelle. D'abord, parmi les facteurs de risque à l'agression sexuelle recensés par Wolfe (2007), différentes caractéristiques liées à l'enfant, dont le fait de présenter des problèmes de comportements, augmenteraient le risque que l'enfant soit victime d'agression sexuelle. Les difficultés comportementales, dont les CSP, peuvent ainsi augmenter la vulnérabilité de l'enfant par rapport à un agresseur potentiel. En second lieu, les enfants qui présentent des problèmes de comportements de nature sexuelle pourraient devenir des cibles privilégiées pour un agresseur sexuel. Bien que cette hypothèse n'ait jamais été explorée empiriquement, il est possible de supposer qu'un enfant qui présente des comportements d'exhibitionnisme ou qui maintient une proximité physique par manque de frontières interpersonnelles se place dans une situation qui pourrait faciliter le passage à l'acte d'un agresseur sexuel. En troisième lieu, une série de facteurs familiaux et parentaux liés à une réduction de la capacité du parent à superviser son enfant (p. ex. : la consommation d'alcool et de drogue, une relation parent-enfant difficile et l'absence d'un des parents) favoriseraient l'émergence des CSP chez les enfants, selon le modèle explicatif de Friedrich. Or, ces caractéristiques familiales et parentales sont également susceptibles d'augmenter la vulnérabilité de l'enfant à être victime d'une agression sexuelle future (Baril et Tourigny, 2015).

Par conséquent, deux trajectoires pourraient conduire les enfants à présenter les deux problématiques à l'étude : 1) l'agression sexuelle pourrait être un facteur de risque au développement des CSP, et 2) certains éléments laissent croire que la présence de CSP

pourrait également augmenter la vulnérabilité de l'enfant à être victime d'agression sexuelle. La seconde trajectoire, qui demeure à être validée empiriquement, vient accentuer la nécessité de prévenir les agressions sexuelles chez les enfants qui présentent des CSP.

1.2 Caractéristiques communes aux enfants référés pour des CSP ou suite à une agression sexuelle

Les résultats de cette thèse permettent également d'exposer certaines caractéristiques communes aux enfants référés pour des CSP ou suite à une agression sexuelle qui peuvent laisser présager qu'ils partagent des besoins d'intervention communs. Ces caractéristiques, dont les symptômes liés au trauma, les problèmes de comportements extériorisés et la victimisation du parent dans l'enfance, seront discutées dans cette section.

1.2.1 L'état de stress post-traumatique et le trauma complexe auprès des deux clientèles

Les résultats de l'article 2 démontrent que deux profils d'enfants référés pour CSP ou suite à une agression sexuelle présentent des symptômes importants liés au trauma. Alors que les enfants du profil « cycle intergénérationnel de maltraitance » présentent des symptômes de trauma modérés, les enfants du profil « fonctionnement hautement perturbé » démontrent un niveau élevé de symptômes de trauma. Ainsi, une proportion considérable des enfants issus des deux clientèles à l'étude présente des symptômes liés au trauma, dont des symptômes de stress post-traumatique. Cette caractéristique commune aux deux clientèles laisse présager la présence sous-jacente d'un besoin d'intervention commun.

D'abord, pour plusieurs auteurs, la présence d'un état de stress post-traumatique pourrait s'avérer être un des mécanismes pouvant expliquer le développement des séquelles chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Hébert, 2011; Rasmussen, 2004). Selon l'*American Psychiatric Association* (APA, 2013), un événement traumatique réfère à une situation dans laquelle un individu a été exposé (directement ou indirectement) à un ou des événements durant lesquels : 1) des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, 2)

ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou encore 3) ont été menacés ou victimes d'une agression de nature sexuelle. Les manifestations d'un état de stress post-traumatique incluent : 1) des réviviscences de l'évènement (p. ex. souvenirs ou cauchemars répétitifs et intrusifs, réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli associés à l'évènement traumatique), 2) de l'évitement des stimuli liés au traumatisme (p. ex. efforts pour éviter de penser ou de parler de l'évènement, efforts pour éviter les éléments rappelant le trauma), 3) des altérations cognitives et émotionnelles (p. ex. attribution persistante et erronée du blâme, isolement social, diminution marquée de l'intérêt pour les activités, incapacité à se remémorer certains éléments de l'évènement), et 4) une hyperactivation du système nerveux (p. ex. troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, etc.). Par conséquent, l'agression sexuelle constitue une forme de trauma pouvant conduire une proportion considérable d'enfants qui en sont victimes à développer des symptômes de stress post-traumatique.

Quant à eux, les différents symptômes de trauma présents chez les enfants référés pour CSP pourraient découler non seulement d'une agression sexuelle, mais également d'autres formes de maltraitance vécues. En effet, les résultats de l'article 2 indiquent qu'entre 50 % et 86 % des enfants contenus dans les profils « cycle intergénérationnel de maltraitance » et « fonctionnement hautement perturbé » ont été victimes soit d'abus physique, d'abus psychologique ou de négligence.

Par ailleurs, les résultats de la thèse démontrent que certains enfants victimes d'agression sexuelle ou référés pour CSP présentent des symptômes plus intenses de stress post-traumatique que d'autres. Plus spécifiquement, les symptômes de stress post-traumatique plus intenses chez les enfants issus du profil « fonctionnement hautement perturbé » pourraient s'expliquer par la présence d'un trauma complexe. En effet, il a été établi que subir des événements traumatiques prolongés, répétés et survenant dans la période développementale critique de l'enfance, pourrait conduire à des altérations du développement qui vont bien au-delà des principaux symptômes de l'état de stress post-traumatique (van der Kolk, 1996). Afin de représenter plus justement la vaste gamme de

conséquences provenant de ces types de traumatismes, plusieurs auteurs ont raffiné la conception du trauma afin d'y introduire la notion de trauma complexe (Cook, Blaustein, Spinazzola et van der Kolk, 2003; Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre, *et al.*, 2005; Herman, 1992; van der Kolk, Pynoss, Cicchetti, Cloitre, D'Andrea, Ford, *et al.*, 2009).

Ainsi, en plus des symptômes qui sont présents dans l'état de stress post-traumatique classique, les enfants qui présentent un trauma complexe sont susceptibles de présenter des altérations dans plusieurs domaines de fonctionnement, notamment dans leurs relations avec les autres (p. ex. problèmes relationnels et d'attachement), des difficultés à réguler leurs émotions (p. ex. difficultés à reconnaître les émotions et à les gérer) et des difficultés à réguler leurs comportements (p. ex. mauvais contrôle des pulsions, agressivité) (Cook *et al.*, 2005; Herman, 1992). Ces difficultés pourraient, par conséquent, représenter des conséquences découlant d'un trauma complexe chez les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux ayant des CSP (via les différentes formes de maltraitance vécues).

Les caractéristiques des agressions sexuelles ou des mauvais traitements subis (p. ex. leur durée, leur sévérité), qui sont des indicateurs du trauma complexe, pourraient entre autres expliquer la variation observée quant à l'intensité des symptômes liés au trauma chez les enfants. À ce titre, Wolfe et Birt (1997) ont avancé l'hypothèse selon laquelle il serait possible qu'une agression sexuelle soudaine et unique engendre certains symptômes classiques de stress post-traumatique, alors que la constellation de symptômes découlant d'un trauma complexe pourrait être présente suite à des agressions sexuelles subies de façon chronique et répétée. De plus, les données empiriques suggèrent qu'un nombre important d'enfants victimes d'agression sexuelle subissent également d'autres formes de mauvais traitements, dont l'abus physique et le fait d'être témoin de violence conjugale (Spinazzola, Ford, Zucker, van der Kolk, Silva, Smith, *et al.*, 2005; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday et Spinazzola, 2005). Ces enfants polyvictimisés vivant dans un environnement familial dysfonctionnel pourraient ainsi être plus susceptibles de présenter

une détérioration dans plusieurs domaines de fonctionnement qui vont au-delà des symptômes classiques de l'état de stress post-traumatique.

En somme, une proportion considérable des deux clientèles à l'étude présente des symptômes liés à un traumatisme vécu, dont des symptômes de stress post-traumatique, ce qui laisse présager qu'elles pourraient partager un besoin commun d'intervention lié à la réduction de ces symptômes. De plus, la sévérité de la maltraitance subie pourrait expliquer, en partie, la variation observée quant à l'intensité des symptômes liés au trauma vécus par les enfants.

1.2.2 Les problèmes de comportements extériorisés auprès des deux clientèles

En second lieu, les résultats de cette thèse soulignent l'importance des problèmes de comportements extériorisés, autant chez les enfants référés suite à une agression sexuelle ou pour CSP. En effet, outre l'agression sexuelle, les problèmes de comportements extériorisés s'avèrent également être un facteur fortement associé aux enfants qui présentent des CSP (article 1). Enfin, les problèmes de comportements extériorisés représentent une variable importante pour caractériser deux des trois profils psychosociaux d'enfants référés pour des CSP ou suite à une agression sexuelle (article 2). En effet, alors que les enfants impliqués dans un cycle intergénérationnel de maltraitance présentent des scores importants mais modérés de comportements agressifs et délinquants, les enfants au fonctionnement grandement perturbé présentent les scores les plus élevés sur ces variables, comparativement au reste de l'échantillon. De plus, des analyses complémentaires réalisées dans le cadre de l'article 2 indiquent qu'une proportion similaire d'enfants référés pour CSP (73 %) et d'enfants référés suite à une agression sexuelle (57 %) se situent au-dessus du seuil clinique pour ces variables ($p = 0,08$). Ainsi, l'identification des problèmes de comportements extériorisés comme étant une caractéristique commune chez les deux clientèles laisse croire qu'une certaine proportion d'enfants issus de celles-ci pourrait bénéficier d'interventions qui visent la réduction des problèmes de comportements extériorisés.

D'abord, plusieurs parallèles entre les problèmes de comportements extériorisés et les CSP chez les enfants peuvent être observés, ce qui a d'ailleurs conduit certains auteurs à suggérer que les CSP devraient être considérés comme étant une des manifestations possibles des problèmes de comportements extériorisés (Friedrich, 2005; Silovsky, Niec, Bard et Hecht, 2007). Ces différents parallèles nous fournissent des pistes intéressantes pour mieux comprendre la présence de problèmes de comportements extériorisés chez les enfants qui manifestent des CSP.

Premièrement, il est possible d'observer des similitudes entre la définition et la manifestation des CSP et celle des problèmes de comportements extériorisés. À ce titre, Silovsky *et al.* (2007) et Silovsky et Swisher (2008) rapportent que ces deux problématiques : 1) impliquent la désinhibition, 2) incluent un ensemble de comportements qui vont au-delà des normes socialement établies, 3) incluent une composante d'agression envers soi ou envers les autres, et 4) entraînent des difficultés significatives sur le plan social. En présence de telles similitudes quant à la définition des deux phénomènes, il devient hautement probable d'observer une cooccurrence importante entre les CSP et les problèmes de comportements extériorisés. Par exemple, dans leur étude réalisée auprès d'enfants âgés de 6 à 12 ans qui présentent des CSP, Gray *et al.* (1997) rapportent qu'une proportion importante des enfants de l'échantillon présentent d'autres difficultés comportementales, dont un trouble des conduites (73 %), un trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (41 %) ou un trouble oppositionnel (27 %). Ces taux élevés apparaissent d'ailleurs représentatifs d'autres études réalisées auprès d'enfants qui présentent des CSP (p. ex. : Bonner *et al.*, 1999; Chromy, 2003; Langstrom *et al.*, 2002; Meyer-Bahlburg *et al.*, 2000).

Au-delà des similitudes à l'égard de la définition/manifestation, la présence de problèmes de comportements extériorisés chez les enfants référés pour CSP pourrait également être expliquée par le chevauchement important entre les facteurs qui contribuent au développement des deux phénomènes. Par exemple, des antécédents de maltraitance, de

nombreux conflits parent-enfant, une supervision parentale inadéquate, un manque d'implication positive de la part du parent envers son enfant, un niveau de stress maternel élevé, la présence de conflits conjugaux et un faible niveau socio-économique, ont tous été évoqués comme facteurs associés, autant dans les écrits portant sur les enfants qui présentent des CSP (voir article 1) que dans ceux portant sur les enfants qui présentent des problèmes de comportements extériorisés (Egeland, Yates, Appleyard et van Dulmen 2002; Moffitt, Caspi, Harrington et Milne, 2002; Tremblay, Nagin, Séguin, Zoccolillo, Zelazo, Boivin, *et al.*, 2004). D'ailleurs, le chevauchement important entre les facteurs qui contribuent au développement des deux phénomènes a conduit Friedrich (2007) à s'inspirer fortement d'un modèle explicatif du développement précoce des problèmes de comportements extériorisés pour formuler son modèle explicatif du développement des CSP. Cependant, malgré le fait que les CSP et les problèmes de comportements extériorisés semblent partager une étiologie commune, Lévesque Bigras et Pauzé (2010) ont fait ressortir une étiologie partiellement différente puisque seul un antécédent d'abus verbal a été identifié comme étant un prédicteur commun aux CSP et aux problèmes de comportements extériorisés.

Enfin, la littérature portant sur les adolescents auteurs d'agression sexuelle fournit une hypothèse intéressante pour expliquer la cooccurrence entre les CSP et les problèmes de comportements extériorisés. En effet, différentes recensions des écrits portant sur les caractéristiques des adolescents auteurs d'agression sexuelle ont établi que ceux-ci présentent fréquemment des comportements antisociaux ou un diagnostic de troubles de la conduite (Becker, 1998; Boyd, Hagan et Cho, 2000; Righthand et Welch, 2005). De plus, la méta-analyse de Caldwell (2010), qui inclut 63 études documentant la récidive sexuelle et non sexuelle des adolescents auteurs d'agression sexuelle ($n = 11\ 219$), démontre que la moyenne des taux de récidive de nature non sexuelle se situe à 43 % (étendue de 11 % à 80 %, $ÉT = 19\%$), ce qui suggère que les adolescents auteurs d'agression sexuelle sont également à risque de commettre des délits de nature non sexuelle. La forte probabilité que les adolescents auteurs d'agression sexuelle présentent, à un moment ou un autre de leur développement, d'autres difficultés comportementales a amené certains auteurs à expliquer

de façon parcimonieuse les agressions sexuelles commises par les adolescents comme étant une des manifestations possibles d'une tendance générale à la déviance (Childs et Sullivan, 2013; Gottfredson et Hirschi, 1990). Selon cette conceptualisation, l'ensemble des difficultés comportementales s'expliquerait par une cause commune, soit une propension générale à la déviance ou encore un « syndrome général de la déviance ». Ce principe fournit une hypothèse intéressante pour expliquer pourquoi plusieurs enfants qui présentent des CSP manifestent également d'autres difficultés comportementales.

En somme, les similitudes quant à la définition et aux facteurs associés aux CSP et aux problèmes de comportements extériorisés, de même que le syndrome général de la déviance pourraient expliquer, en partie, pourquoi certains enfants référés pour CSP, et particulièrement les enfants du profil au fonctionnement hautement perturbé (article 2), présentent également des problèmes de comportements extériorisés.

En parallèle, la présence de problèmes de comportements chez les enfants victimes d'agression sexuelle serait une conséquence de l'agression sexuelle. En effet, les recherches menées au cours des 30 dernières années sur les séquelles des agressions sexuelles démontrent que les problèmes de comportements extériorisés représentent une des séquelles possibles de l'agression sexuelle (Hébert, 2011). À cet effet, la recension systématique de Kendall-Tackett *et al.* (1993) portant sur les conséquences de l'agression sexuelle chez les enfants, indique que près du quart (21 %) des enfants victimes d'agression sexuelle présentent des comportements agressifs ou antisociaux, alors que 37 % manifestent des problèmes de comportements d'ordre général. Les comportements extériorisés pourraient représenter des symptômes d'une perturbation cognitive et émotionnelle suite à l'agression sexuelle. Les enfants qui présentent des réactions émotives intenses suite à l'agression sexuelle peuvent ne pas être en mesure de moduler efficacement leurs réactions. Ces difficultés d'autorégulation se traduiraient par des comportements extériorisés, dont des crises de colère, des comportements agressifs et une réaction exagérée face aux stimuli (Berliner, 2011). De plus, certains enfants victimes d'agression sexuelle peuvent ressentir une colère extrême face à l'injustice de l'agression sexuelle subie et aux conséquences qui

découlent de l'agression sexuelle, notamment face à un placement ou à un témoignage à la Cour (Berliner, 2011), ce qui pourrait provoquer le développement de problèmes de comportements extériorisés.

Les études s'étant intéressées aux profils d'enfants victimes d'agression sexuelle permettent également d'illustrer la présence de problèmes de comportements extériorisés chez cette clientèle. Par exemple, Sawyer et Hanson (2014) ont rapporté, parmi un échantillon constitué de 107 enfants victimes d'agression sexuelle en voie de participer à un traitement, que près de la moitié des enfants (47 %) ont été classés dans l'un ou l'autre des deux profils dont le score moyen quant aux problèmes de comportements extériorisés se situe au-dessus du seuil clinique. Toutefois, il a été avancé que les problèmes de comportements extériorisés que l'on retrouve chez les enfants victimes d'agression sexuelle pourraient être davantage liés à certains stressors présents dans l'environnement de l'enfant, dont un environnement familial perturbé, plutôt que découler directement de l'agression sexuelle vécue (Wolfe, 2007).

En conclusion, les problèmes de comportements extériorisés sont présents chez une proportion considérable d'enfants référés pour CSP, de même que chez les enfants référés suite à une agression sexuelle. Cette caractéristique commune laisse présager que certains enfants issus des deux clientèles pourraient partager un besoin commun, soit celui de réduire les problèmes de comportements extériorisés.

1.2.3 Une histoire de victimisation dans l'enfance chez les parents des deux clientèles

Une troisième caractéristique commune aux enfants référés pour CSP et aux enfants référés suite à une agression sexuelle mise en lumière dans cette thèse est la présence d'une histoire de victimisation dans l'enfance des parents. En effet, il n'y a pas de différence significative quant à la proportion de parents d'enfants référés pour CSP (42 %) et de parents d'enfants référés suite à une agression sexuelle (59 %) qui rapportent avoir été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance. De plus, aucune différence significative n'est

observée quant à la moyenne des autres formes de maltraitance vécues dans l'enfance des parents d'enfants issus des deux clientèles (0,68 pour les parents d'enfants référés pour CSP et 0,76 pour les parents d'enfants victimes d'agression sexuelle). Cette caractéristique commune indique possiblement un autre besoin d'intervention commun chez certains enfants issus des deux clientèles.

Les mauvais traitements dans l'enfance du parent n'ont pas été spécifiquement identifiés comme un facteur de risque au développement des CSP dans le modèle théorique de Friedrich (2007). Cependant, plusieurs études empiriques indiquent que les conséquences des mauvais traitements subis dans l'enfance du parent, et particulièrement l'agression sexuelle, sont susceptibles de se répercuter dans l'ensemble des domaines de risque liés au développement des CSP.

D'abord, l'ensemble des recherches portant sur les conséquences à l'âge adulte de la maltraitance permet de conclure qu'un passé de maltraitance est un facteur de risque important dans l'apparition de difficultés d'adaptation psychologique et sociale à l'âge adulte, et particulièrement pour les femmes (Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott et Vos, 2012; Webster, 2001). Dans une méta-analyse recensant les difficultés présentées par les victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte, les femmes victimes d'agression sexuelle sont notamment plus susceptibles de présenter au cours de leur vie, comparativement aux femmes non victimes, un diagnostic d'anxiété, de dépression, de troubles alimentaires, d'un état de stress post-traumatique, de troubles de sommeil et de tentatives suicidaires (Chen, Hassan, Paras, Colbenson, Sattler, Goranson, *et al.*, 2010). Certaines études soutiennent également que les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance présenteraient plus de problèmes au plan relationnel à l'âge adulte, dont des difficultés quant aux relations interpersonnelles (Ruscio, 2001; Zlotnick, Johnson, Stout, Zywiak, Johnson et Schneider, 2006) et des difficultés conjugales (DiLillo et Damashek, 2003; DiLillo, Giuffre et Tremblay, 2001; Liang, Williams et Siegel, 2006; Van Roode, Dickson, Herbison et Paul, 2009; Zlotnick *et al.*, 2006). Or, ces séquelles pourraient être incluses dans le domaine

« stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant », qui influence le développement des CSP chez l'enfant.

De plus, différentes études ont indiqué qu'un passé de maltraitance est susceptible d'influencer l'exercice du rôle parental (Bailey, DeOliveira, Wolfe, Evans et Hartwick, 2012; DiLillo et Damashek, 2003; Fitzgerald, Shipman, Jackson, McMahon et Hanley, 2005; Ruscio, 2001). En effet, ces études ont montré que les mères victimes de maltraitance dans l'enfance, dont celles victimes d'agression sexuelle, rapportaient qu'elles avaient moins de contrôle émotionnel dans les situations parentales et qu'elles utilisaient plus fréquemment la punition physique pour résoudre les conflits avec leur enfant que les mères n'ayant pas été victimes d'agression sexuelle. De plus, des scores plus faibles liés aux capacités parentales, dont le soutien offert à l'enfant, l'adéquation des attentes, la relation avec l'enfant, les habiletés de communication et l'encadrement offert ont été observés chez les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance. Par conséquent, la victimisation du parent est susceptible d'influencer négativement les pratiques parentales et l'attachement parent-enfant, qui s'avèrent tous deux des domaines de risque au développement des CSP chez les enfants (Friedrich, 2007).

Enfin, le passé de victimisation sexuelle du parent pourrait également influencer le développement psychosexuel de l'enfant, qui représente un autre domaine de risque au développement des CSP. En effet, certains auteurs ont montré que les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance étaient plus à même de présenter des attitudes libérales concernant la sexualité (Meston, Heiman et Trapnell, 1999), qui se traduisent par une fréquence plus élevée de relations sexuelles et de masturbation, une étendue plus grande d'expériences sexuelles et une plus grande probabilité de s'engager dans des comportements sexuels non restrictifs à un seul partenaire. Ces conséquences de l'agression sexuelle dans l'enfance vécue par la mère pourraient faire en sorte que l'enfant soit exposé, dans son milieu familial, à un ensemble de conduites sexuelles pouvant perturber son développement psychosexuel et favoriser le développement des CSP.

En parallèle, le modèle explicatif du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle, développé par Baril et Tourigny (2015), fournit une piste intéressante pour mieux comprendre le rôle de la victimisation sexuelle du parent dans le risque que leur enfant soit victime d'agression sexuelle. À cet effet, ce modèle indique que plusieurs des conséquences de l'agression sexuelle à l'enfance observées à l'âge adulte exposées précédemment ont été reconnues comme des facteurs de risque de la victimisation sexuelle des enfants. Ainsi, selon le modèle, les difficultés psychologiques, relationnelles et parentales présentes chez les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance augmentent les risques que l'enfant soit victime d'agression sexuelle 1) en diminuant la capacité des parents à superviser efficacement leur enfant, et 2) en rendant l'enfant plus vulnérable. Ainsi, la victimisation sexuelle de la mère semble amener un risque plus important que deux conditions préalables à l'agression sexuelle soient présentes, c'est-à-dire un environnement à risque causé par une faible supervision parentale et le développement de certaines difficultés d'adaptation chez l'enfant. Ces conditions seraient toutes deux recherchées par les agresseurs sexuels d'enfants (Wolfe, 2007).

En somme, une histoire de victimisation dans l'enfance chez les parents, et particulièrement d'une agression sexuelle, représente une caractéristique commune aux enfants issus des deux clientèles (référés pour CSP ou pour agression sexuelle). Alors que la victimisation du parent pourrait influencer plusieurs domaines de risque au développement des CSP, cette même caractéristique pourrait expliquer l'agression sexuelle vécue par un enfant. Cette caractéristique commune entre les enfants issus des deux clientèles laisse, une fois de plus, supposer qu'ils puissent partager des besoins communs d'intervention.

2. IMPLICATION DES RÉSULTATS OBTENUS EN LIEN AVEC L'INTERVENTION PSYCHOÉDUCATIVE

De par les activités professionnelles qui lui sont réservées par la loi, le psychoéducateur doit être en mesure d'évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, d'élaborer des plans d'intervention et de concevoir et animer des programmes

adaptés aux besoins de leur clientèle (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrice du Québec, 2010). À cet effet, les résultats des deux articles de cette thèse suggèrent certaines implications liées aux pratiques psychoéducatives d'évaluation et d'intervention auprès des enfants référés à des services suite à une agression sexuelle et auprès d'enfants référés pour CSP. Ces implications cliniques seront discutées dans cette section.

2.1 Implications des résultats quant à l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP

Les résultats de cette thèse viennent appuyer certaines recommandations en matière d'évaluation auprès des deux clientèles visées par cette thèse. En premier lieu, les résultats issus de l'approche centrée sur les personnes (article 2) soulèvent qu'une meilleure prise en compte du profil global de l'enfant pourrait nous permettre de mieux diriger les enfants et leur famille vers des services qui soient adaptés à l'ensemble des caractéristiques qu'ils présentent, et non pas en fonction du simple motif d'entrée dans les services. En second lieu, l'ensemble des résultats de cette thèse souligne l'importance d'évaluer les traumatismes subis et de dresser un portrait complet des difficultés comportementales présentées par l'enfant, de même que d'évaluer les caractéristiques de l'environnement familial. Ces cibles d'évaluation seront détaillées dans les paragraphes suivants.

2.1.1 Évaluation des antécédents de maltraitance auprès des deux clientèles

En premier lieu, les résultats soulignent l'importance d'évaluer, chez les enfants issus des deux clientèles à l'étude, les antécédents de maltraitance (agression sexuelle, abus physique, abus psychologique et négligence).

Comme l'agression sexuelle s'avère être un facteur fortement associé au développement des CSP chez les enfants (article 1), il est approprié d'évaluer la présence d'une histoire d'agression sexuelle, présente ou passée auprès de cette clientèle. À ce titre, un groupe d'experts américains responsables de produire un guide de pratique pour les professionnels œuvrant auprès des enfants qui présentent des CSP indiquent que

l'identification des enfants dont l'histoire d'agression sexuelle est toujours en cours demeure une priorité, autant pour la protection de l'enfant que pour assurer l'efficacité des interventions qui seront proposées suite à l'évaluation (Chaffin *et al.*, 2006). Pour les enfants victimes d'agression sexuelle, il est recommandé de documenter les caractéristiques des agressions sexuelles subies (p. ex. : la fréquence, la sévérité, la chronicité) puisqu'elles peuvent agir à titre de médiateur dans le développement des séquelles chez les enfants qui en sont victimes (Pearce et Pezzot-Pearce, 2013).

Au-delà de l'agression sexuelle, les résultats de la thèse indiquent que les enfants des deux clientèles sont susceptibles d'avoir vécu d'autres formes de mauvais traitements. Par conséquent, ce résultat suggère d'évaluer les antécédents d'autres types de maltraitance, soit d'abus physique, d'abus psychologique ou de négligence chez l'enfant. Les pratiques probantes en matière d'évaluation auprès de ces deux clientèles abondent d'ailleurs en ce sens, en recommandant d'évaluer de façon systématique l'exposition des enfants aux différents types de mauvais traitements (Chaffin *et al.*, 2006; Cohen, Bukstein, Walter, Benson, Chrisman, Farchione, *et al.*, 2010; Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006). Lors de l'entrevue initiale, il est possible que l'enfant ne signale pas l'ensemble des événements traumatiques subis, que ce soit par réticence à dévoiler certains aspects traumatisants dans un contexte où l'alliance thérapeutique n'est pas encore établie ou pour éviter les pensées ou émotions négatives liées aux traumatismes subis (Lanktree et Briere, 2008). Par conséquent, Wolfe (2007) recommande d'utiliser plusieurs sources d'information, dont le dossier médical, les rapports des intervenants en protection de l'enfance, l'entrevue avec l'enfant et le parent non agresseur, de même que l'utilisation de questionnaire standardisé, afin de favoriser l'obtention d'un portrait plus complet de l'historique de victimisation des enfants évalués.

Afin de documenter les caractéristiques des mauvais traitements subis, les évaluateurs peuvent utiliser différents instruments de mesure créés à cet effet. Par exemple, le *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS; Friedrich, 1992), composé de 23 questions, permet de documenter les caractéristiques de l'agression sexuelle vécue, dont la nature des gestes

subis, la présence de violence physique lors des agressions sexuelles, la fréquence, l'identité de l'agresseur, etc. Pour sa part, le *History of Victimization Form* (HVF; Wolfe, Gentile et Bourdeau, 1987) représente également un questionnaire qui pourrait être utile aux évaluateurs, car il permet de documenter, par le biais de 65 items, non seulement les principales caractéristiques de l'agression sexuelle, mais également des autres formes de maltraitance subies (abus physique, abus psychologique, négligence et exposition à la violence conjugale). Chaque mauvais traitement est décrit en fonction de sa sévérité, de la relation entre l'enfant et l'agresseur, du lien émotionnel existant entre l'enfant et l'agresseur, de la fréquence et de la durée du mauvais traitement. L'HVF est généralement complété par le clinicien à partir des informations recueillies auprès de différentes sources et permet de distinguer les informations suspectées des informations confirmées par une source crédible (Wolfe, 2007).

Enfin, les résultats de cette thèse soulignent l'importance d'évaluer les symptômes de stress post-traumatique pouvant découler des antécédents de mauvais traitements chez les enfants. Afin de déterminer la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et le degré d'altération du fonctionnement de l'enfant, Leigh, Yule et Smith (2015) ont recensé une variété d'instruments permettant d'évaluer ces dimensions. Ces auteurs soulignent cependant que peu des outils recensés permettent de tenir compte des récentes avancées dans le domaine du trauma complexe et des modifications apportées au DSM-V (APA, 2013) concernant les critères diagnostic de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant. Néanmoins, l'évaluateur peut, entre autres, tirer profit de certains guides d'entrevues semi-structurées, réalisées auprès du parent. Parmi ceux-ci, le *Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observational Record for Infants and Young Children* (Scheeringa, Zeanah, Myers et Putnam, 2003), conçu pour recueillir les informations relatives aux symptômes de stress post-traumatique des enfants d'âge préscolaire, et le *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci, *et al.*, 1997), qui évalue entre autres l'état de stress post-traumatique chez les enfants d'âge scolaire, peuvent s'avérer utiles (Leigh *et al.*, 2015).

2.1.2 Évaluation des difficultés de comportements auprès des deux clientèles

En second lieu, les résultats suggèrent d'évaluer les difficultés de comportements, dont les problèmes de comportements extériorisés et les CSP auprès des deux clientèles.

En effet, les résultats de la thèse ont mis en lumière la présence de problèmes de comportements extériorisés chez une proportion considérable d'enfants victimes d'agression sexuelle et d'enfants qui présentent des CSP, ce qui souligne la nécessité d'évaluer cette dimension auprès des deux clientèles. À cet effet, les pratiques probantes en matière d'évaluation auprès des deux clientèles suggèrent de dresser un portrait complet des difficultés comportementales présentées par l'enfant (Chaffin *et al.*, 2006; Saunders *et al.*, 2003).

Afin de guider l'évaluateur, différents écrits faisant état des pratiques probantes en matière d'évaluation auprès des enfants qui présentent des difficultés comportementales peuvent être utiles, notamment les écrits de Mash et Barkley (2009) ou de Whitcomb et Merrell (2013). Ceux-ci suggèrent notamment l'utilisation de l'*Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach et Rescorla, 2001) pour dresser un portrait global du fonctionnement de l'enfant. Cet instrument, qui compte 112 items, permet une évaluation des problèmes comportementaux, des difficultés émotives et des problèmes psychologiques des enfants âgés de 6 ans et plus. L'ASEBA comprend l'Inventaire des comportements de l'enfant (CBCL/6-18; *Child Behavior Checklist for Ages 6-18*), rempli par le parent, de même que le Formulaire d'évaluation par l'enseignant (TRF; *Teacher Report Form*), ce qui permet de contraster la perception de deux évaluateurs. Par ailleurs, les problèmes comportementaux des enfants d'âge préscolaire peuvent également être documentés par l'ASEBA, par le biais du *Child Behavior Checklist for Ages 1½-5*.

De plus, cette thèse a mis en évidence : 1) qu'une proportion importante d'enfants qui présentent des CSP a été victimes d'agression sexuelle, et 2) qu'une proportion importante d'enfants victimes d'agression sexuelle présente des CSP. Ainsi, le portrait complet des

comportements sexuels démontrés par les deux clientèles devrait être dressé lors de l'évaluation, ce que suggèrent d'ailleurs les lignes directrices en matière d'évaluation auprès des deux clientèles (Chaffin *et al.*, 2006; Saunders, Berliner et Hanson, 2003). Ainsi, l'évaluation devrait permettre d'établir une description claire du développement psychosexuel global de l'enfant (Hébert, Berthelot et Gamet, sous presse) et de déterminer si les comportements sexuels qu'il démontre s'inscrivent dans le cadre d'un développement psychosexuel sain ou sont, au contraire, problématiques (Kellogg, 2009).

En présence de CSP, l'évaluateur devrait documenter, outre la nature des comportements, le moment auquel les CSP ont débuté, leur fréquence, ainsi que leur progression ou leur diminution dans le temps. Il peut également être utile de juxtaposer cette chronologie aux événements clés survenus dans la vie de l'enfant et de sa famille (Chaffin *et al.*, 2006). Un évaluateur attentif aux éléments contextuels pourrait ainsi découvrir que les comportements sexuels sont liés à un état émotif puisqu'ils surviennent lors de moments stressants, lorsque l'enfant est déprimé, apeuré ou en colère, ou lorsqu'il se remémore les agressions sexuelles subies. Enfin, si les comportements sexuels impliquent d'autres enfants, certains éléments devraient faire l'objet d'une évaluation attentive. Par exemple, le degré de mutualité, de planification et d'impulsivité des comportements sexuels, de même que l'utilisation de la force lors des comportements sexuels doivent être pris en compte pour déterminer la nécessité de superviser ou de restreindre les contacts de l'enfant avec d'autres enfants afin de les protéger (Chaffin *et al.*, 2006).

Outre l'entrevue clinique avec l'enfant et les adultes le connaissant, la nature et la fréquence des comportements sexuels peuvent être documentées par le biais d'instruments de mesure. Bien qu'il n'existe, à ce jour, aucun instrument de mesure spécifiquement conçu pour dépister la présence de CSP chez les enfants, les évaluateurs peuvent utiliser différents instruments afin de mesurer un éventail de comportements sexuels (sains et problématiques). Parmi ces outils, le *Child Sexual Behavior Checklist* (CSBCL; Johnson, s.d.) tient compte, entre autres, du contexte dans lequel les CSP se manifestent. Cet outil,

bien que moins utilisé que le *Child Sexual Behavior Inventory-III* (CSBI-III; Friedrich, 1997), a été développé spécifiquement pour aider les cliniciens à évaluer les enfants de 12 ans et moins référés pour une évaluation pour CSP. Le CSBCL contient : 1) une liste de 150 comportements d'enfants relatifs à la sexualité, allant de comportements sexuels sains à des comportements dénotant de sévères difficultés au niveau de la sexualité, 2) des items qui évaluent les aspects de la vie de l'enfant qui pourraient augmenter la fréquence des comportements sexuels (p. ex. la nudité à la maison, l'accès à la pornographie, l'histoire d'abus, l'exposition à la violence), et 3) des questions détaillant les comportements sexuels que l'enfant a présentés avec d'autres enfants. Mis en œuvre dans un entretien structuré avec un parent ou un adulte significatif, l'outil spécifie 26 caractéristiques des comportements sexuels des enfants qui devraient soulever des inquiétudes si elles sont identifiées dans l'évaluation. En outre, cet instrument s'avère utile, car il permet de documenter les différents indicateurs fournis par Chaffin *et al.* (2006) pour qualifier les comportements sexuels jugés problématiques. Par exemple, l'instrument documente la fréquence et l'intensité des CSP, l'interférence avec le développement social ou cognitif de l'enfant, l'usage de la force, de la coercition ou de l'intimidation lors des CSP, la présence de blessures physiques ou de détresse émotionnelle chez les enfants impliqués, les différences d'âge, de grandeur ou de statut entre les enfants impliqués, la persistance des CSP malgré les interventions d'un adulte, etc.

2.1.3 *Évaluation des caractéristiques de l'environnement familial auprès des deux clientèles*

Finalement, les résultats de cette thèse font ressortir qu'une proportion considérable des parents d'enfants issus des deux clientèles ont été victimes de mauvais traitements dans l'enfance. Ce résultat suggère la nécessité d'évaluer cette caractéristique auprès des deux clientèles.

Les auteurs s'entendent sur l'importance d'évaluer les antécédents d'agression sexuelle et d'autres formes de mauvais traitement durant l'enfance chez les parents d'enfants victimes d'agression sexuelle (Elliott et Carnes, 2001; Friedrich, 2002).

Toutefois, les antécédents de maltraitance dans l'enfance du parent n'ont pas spécifiquement été identifiés comme cibles d'évaluation chez les enfants qui présentent des CSP (Chaffin *et al.*, 2006). Or, tel que présenté précédemment dans la discussion, la victimisation dans l'enfance du parent peut avoir un impact important sur différents domaines de risque liés au développement des CSP, notamment en affectant négativement la capacité du parent à offrir des soins optimaux à l'enfant et en favorisant l'utilisation de pratiques éducatives coercitives. Ainsi, au-delà de documenter la victimisation dans l'enfance du parent, les experts suggèrent d'évaluer les séquelles de cette victimisation qui pourraient être encore présentes chez le parent (Friedrich, 2002).

Afin de documenter la victimisation dans l'enfance du parent, l'évaluateur pourrait utiliser le *Childhood Trauma Questionnaire – Short Form* (Bernstein, Stein, Newcomb, Walker, Pogge, Ahluvalia, *et al.*, 2003; validation en français de Paquette, Laporte, Bigras et Zoccolillo, 2004), qui mesure la négligence émotionnelle et physique, de même que l'agression physique, sexuelle et émotionnelle vécue dans l'enfance par le biais de 28 items. Enfin, plusieurs questionnaires standardisés pourraient être utilisés pour documenter les séquelles de la maltraitance vécue par le parent dans son enfance, dont Friedrich (2002) et Budd (2001) en font une liste.

En somme, les résultats issus des deux articles de thèse suggèrent l'importance d'évaluer, auprès des deux clientèles à l'étude, le profil psychologique et comportemental de l'enfant, et 2) certaines caractéristiques des parents, dont leur histoire de victimisation dans l'enfance. Cette évaluation du fonctionnement général de l'enfant et de son milieu permettra d'obtenir un portrait global de l'enfant et d'orienter l'intervention en fonction des cibles identifiées comme prioritaires.

2.2 Implications des résultats quant à l'intervention auprès des enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP

Les lignes directrices en matière d'intervention auprès des enfants qui présentent des CSP (Chaffin *et al.*, 2006) ou victimes d'agression sexuelle (Saunders *et al.*, 2003; Silverman, Ortiz, Viswesvaran, Burns, Kolko, Putnam, *et al.*, 2008) soulignent que les traitements d'approche cognitive-comportementale à court terme, combinés à la participation des parents dans le traitement ont démontré leur efficacité. Pourtant, l'existence de divers profils d'enfants qui présentent des CSP et ceux victimes d'agression sexuelle (article 2) suggère l'idée selon laquelle une variété d'interventions doit être envisagée afin de répondre adéquatement aux besoins diversifiés de la clientèle (Saywitz, Mannarino, Berliner et Coher, 2000). À ce titre, des propositions d'interventions spécifiques en fonction de chacun des profils psychosociaux identifiés ont été exposées dans l'article 2.

Depuis la parution de l'article 2, deux nouvelles études sont venues jeter un éclairage supplémentaire sur la réflexion entourant les cibles d'intervention à privilégier auprès des enfants référés pour CSP. En effet, les récents travaux de Tougas (Tougas, Boisvert, Tourigny, Lemieux, Tremblay et Gagnon, 2016; Tougas, Tourigny, Boisvert, Lemieux, Tremblay et Gagnon, 2016) ont exploré la maltraitance vécue par le parent ou l'enfant en tant que facteurs associés à l'efficacité du traitement offert aux enfants qui présentent des CSP. Les résultats de ces études laissent entrevoir que les enfants qui ont vécu de la maltraitance présentent, à la fin du traitement, un profil similaire aux enfants qui n'ont pas vécu de maltraitance sur la majorité des échelles évaluées. De la même manière, les enfants dont le parent a subi de la maltraitance dans l'enfance démontrent, à la fin du traitement, un profil psychosocial similaire aux enfants dont le parent n'a pas été victime de maltraitance durant l'enfance. Par conséquent, bien que le programme évalué n'aborde pas directement la maltraitance vécue par l'enfant ou son parent, il semble que celui-ci permette non seulement de réduire les pratiques parentales coercitives, mais également de résoudre certains blocages qui pourraient être présents chez les parents ayant été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance (par le biais de composantes d'éducation à la sexualité ou

d'expression des émotions). De surcroît, les résultats confirment la pertinence clinique de tenir compte des mauvais traitements vécus par l'enfant et son parent dans l'intervention en matière de CSP. La méta-analyse de St-Amand et ses collaborateurs (2009) abonde également en ce sens en indiquant que les techniques d'exposition graduelle et de narration apparaissent comme des composantes aidant à la réduction des CSP chez les enfants victimes d'agression sexuelle. Ces résultats suggèrent qu'il serait intéressant de considérer l'intégration de ces contenus auprès des enfants qui présentent des CSP qui ont été victimes de maltraitance ou chez les enfants dont le parent a été victimes de maltraitance durant l'enfance.

De plus, il semble qu'une approche modulable du traitement, qui offre une flexibilité tant au regard des cibles d'intervention que du moment privilégié pour aborder chacun des thèmes d'intervention, pourrait s'avérer pertinente pour mieux tenir compte des particularités de chacun des profils identifiés. Bien que récente, cette approche offre des résultats d'efficacité encourageants dans d'autres domaines, notamment auprès des enfants anxieux, dépressifs ou qui présentent des problèmes de conduite (Chorpita, Weisz, Daleiden, Schoenwald, Palinkas, Miranda, *et al.*, 2013). Il a également été démontré qu'un meilleur pairage des services avec les besoins propres à chaque enfant est susceptible de réduire le taux d'abandon en cours de traitement (Skowron et Reinemann, 2005). Par ailleurs, Chorpita, Daleiden et Weisz (2005) soulignent avec justesse que plusieurs programmes d'intervention se définissent principalement sur la base de leur orientation théorique et leur efficacité est également évaluée en ce sens. En effet, dans bien des cas, l'intervention est conceptualisée comme une unité d'analyse globale, plutôt que comme un composé d'ingrédients tous actifs, mais susceptibles de contribuer avec une intensité différente à l'atteinte des objectifs visés (St-Amand, 2011). Or, cette conceptualisation de l'intervention représente une limite importante à notre compréhension des éléments actifs à mettre en place pour intervenir le plus efficacement possible auprès des enfants victimes d'agression sexuelle ou présentant des CSP. En somme, bien que les études disponibles nous informent globalement sur l'efficacité des interventions offertes aux enfants, elles permettent difficilement de répondre à certaines questions qui apparaissent importantes

pour le développement d'une pratique flexible tenant compte de la diversité des profils de la clientèle concernée, dont l'impact des différentes composantes de l'intervention (c'est-à-dire les thèmes abordés dans les différentes rencontres d'intervention) sur l'efficacité (Chaffin *et al.*, 2006).

3. FORCES ET LIMITES DE LA THÈSE AINSI QUE PISTES DE RECHERCHES FUTURES

Cette thèse avait pour objectif général d'approfondir les liens entre les problématiques de l'agression sexuelle et celle des CSP par le biais de deux articles qui traitent de cette question sous des angles différents.

D'abord, l'examen de la littérature a permis de constater que différentes synthèses de connaissances ont été publiées dans les dernières années au sujet des facteurs de risque des CSP. Ces écrits, qui ont tous identifié un antécédent d'agression sexuelle comme étant lié au développement des CSP chez les enfants, présentent néanmoins des limites importantes, dont celles de ne pas avoir rendu explicite leur méthodologie de recension et de ne pas avoir porté d'attention à la qualité méthodologique des études. En réponse à ces limites, cette thèse contribue à l'avancement des connaissances en recensant, pour la première fois, de façon systématique l'ensemble des facteurs, dont l'agression sexuelle, qui distinguent les enfants de 12 ans et moins qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas. Cet article permet également de faire état des nombreuses limites quant à la qualité méthodologique des études recensées et qui sont trop souvent passées sous silence. Finalement, cet article présente l'avantage de proposer une adaptation du modèle théorique de Friedrich (2007) qui semble prometteuse pour expliquer le développement des CSP chez les enfants. Différentes hypothèses abordées dans la discussion de la thèse qui approfondissent notre compréhension du lien entre l'agression sexuelle et les CSP, de même que certaines interactions susceptibles d'influencer ce lien, viennent également bonifier la description limitée du modèle offerte par Friedrich (2007).

En second lieu, certains éléments de la littérature scientifique laissaient croire que les enfants victimes d'agression sexuelle et ceux qui présentent des CSP pourraient partager des caractéristiques communes et certains besoins d'intervention similaires. Or, aucune étude n'avait fait, jusqu'à présent, cette démonstration en jumelant au sein d'un même échantillon des enfants provenant des deux clientèles. De plus, la typologie présentée dans l'article 2 offre l'avantage d'avoir été construite à partir d'un ensemble de facteurs psychosociaux provenant de différents domaines de risque reconnus auprès d'enfants qui présentent des CSP ou qui ont été victimes d'agression sexuelle. La prise en compte de différentes caractéristiques de façon simultanée rejoint d'ailleurs un des grands principes de l'intervention psychoéducative, soit celui de concevoir un enfant en difficulté dans sa globalité (Gendreau, 2001). L'utilisation de l'approche centrée sur les personnes dans le cadre de l'article 2 rejoint les recommandations émises par certains experts d'approfondir notre compréhension des différents profils d'enfants qui présentent des CSP (Elkovitch *et al.*, 2009) ou qui sont victimes d'agression sexuelle (Hébert, 2011) et s'inscrit dans un courant qui prend de plus en plus d'importance dans le monde de la recherche. En permettant de rendre compte d'une diversité de profils dans une population en classifiant les individus en sous-groupes qui partagent un patron de réponses semblable, cette approche peut être spécialement utile pour déterminer le contenu des interventions à offrir aux individus de chacun des sous-groupes identifiés, de même que pour adapter la nature et l'intensité de l'intervention en fonction des caractéristiques qui leur sont propres (Bergman et Trost, 2006).

Cependant, les résultats des articles contenus dans cette thèse doivent être interprétés à la lumière de certaines limites, qui ont préalablement été présentées dans chacun des articles. Pour l'article 1, il a été soulevé qu'un biais de langue affecte l'exhaustivité des études sélectionnées (p. ex. des études turque et allemande ont été exclues). Deuxièmement, bien que des stratégies de recherche documentaire aient été mises en place afin de minimiser les biais de publications, il est possible que certaines études non publiées en raison de résultats non significatifs aient été omises dans le cadre de cet article. À ces limites préalablement pourraient également s'ajouter, pour l'article 1, le fait que la

force des liens unissant les facteurs associés recensés et la présence de CSP demeure toujours inconnue, puisqu'aucune méta-analyse n'a encore été réalisée sur le sujet. De plus, il mérite de souligner que la dernière étape de la démarche de recension systématique utilisée, soit celle proposée par le *Center for Reviews and Dissemination* (2008), n'a pas été appliquée dans son intégralité. En effet, cette démarche conçoit que le processus de recension systématique doit se clore par un transfert des connaissances à l'ensemble des acteurs pour qui le contenu est utile. L'article 1, a été publié dans la Revue de psychoéducation, rejoint son public-cible, soit les psychoéducateurs. Toutefois, le contenu de cet article aurait pu être adapté afin de rendre les connaissances directement applicables dans les milieux de la pratique, notamment par la production d'un guide d'évaluation pour les enfants qui présentent des CSP découlant des résultats de la recension systématique.

Différentes limites affectant la validité des résultats doivent également être prises en compte dans le cadre de l'article 2. D'abord, la composition de l'échantillon, qui comprend des enfants en voie de recevoir un traitement pour CSP (qui ont subi ou non une agression sexuelle), et des enfants placés sous les soins de la protection de la jeunesse suite à une agression sexuelle subie (sans présenter des CSP qui nécessitent une intervention à cet égard) affecte la représentativité de l'échantillon. Afin d'assurer une meilleure représentativité de l'échantillon à l'ensemble des enfants en voie de recevoir un traitement soit pour CSP, soit suite à une agression sexuelle, il aurait été préférable de le constituer à partir d'enfants en voie de recevoir un traitement suite à une agression sexuelle subie (avec et sans CSP) et en voie de recevoir un traitement pour CSP (avec et sans agression sexuelle). Une autre limite de l'article 2 concerne le fait que la qualité de l'attachement parent-enfant et les pratiques éducatives n'ont pas été mesurées, alors que ces variables ont toutes deux été identifiées comme jouant un rôle dans le développement des CSP ou des séquelles suite à une agression sexuelle vécue par un enfant (Beaudoin, Hébert et Bernier, 2013; Friedrich, 2007). De plus, l'absence de mesure officielle provenant du système policier ou de la protection de l'enfance quant à certaines données sensibles au déni, à la minimisation ou à la déformation comme les différentes formes de mauvais traitements vécus par les enfants, dont l'agression sexuelle chez les enfants référés pour CSP, limite la

validité du portrait obtenu de l'enfant. Aussi, la mesure de l'agression sexuelle utilisée n'a pas permis de documenter des variables pouvant possiblement influencer l'adaptation de l'enfant, comme la nature et la fréquence des agressions sexuelles subies, ce qui représente une limite importante nuisant à notre compréhension du phénomène. De la même manière, la mesure des CSP ne permet pas d'établir les critères opérationnels sur lesquels se sont appuyés les cliniciens pour attester de la présence de CSP chez les enfants, ni même d'obtenir une description des caractéristiques des CSP présentés par ceux-ci, ce qui représente une limite considérable. Finalement, la méthode statistique utilisée pour la réalisation des classes latentes présente certaines limites, notamment le fait de ne pas tenir compte de la probabilité de chaque individu d'appartenir aux autres classes identifiées (Vermunt, 2010). À cet effet, de nouvelles méthodes statistiques permettant de corriger l'erreur de classification, dont l'approche *3-step* (Asparouhov et Muthén, 2014; Bakk, Oberski et Vermunt, 2014; Bakk, Tekle et Vermunt, 2013), ont fait surface dans les articles récents s'étant intéressés à l'établissement d'une typologie.

Enfin, les réflexions contenues dans cette thèse soulèvent quelques pistes pour les recherches futures. D'abord, l'article 1 a mis en lumière d'importantes limites liées à l'étude des CSP manifestés par les enfants. Tel que mentionné dans le cadre de l'article 1, les recherches futures devraient 1) s'attarder à la création d'un outil d'évaluation spécifique aux CSP qui tiendrait compte des six éléments identifiés par Chaffin et al. (2006) (p. ex. le contexte dans lequel surviennent les comportements sexuels, leur intensité et leur persistance, leur interférence avec le développement, etc.), 2) utiliser des devis longitudinaux pour distinguer les facteurs de risque, les facteurs de maintien et les conséquences des CSP, pour mieux comprendre la séquence temporelle unissant les CSP et l'agression sexuelle et pour tenir compte de la trajectoire évolutive des CSP, basée sur le principe de continuité ou de discontinuité des problèmes comportementaux (de nature sexuelle ou non), 3) privilégier les analyses statistiques multivariées afin de mieux saisir le rôle des interactions entre les différents facteurs dans le développement et le maintien des CSP, et 4) s'assurer d'avoir la puissance statistique nécessaire pour détecter les relations significatives. Les études à venir devraient également veiller à inclure un groupe de

comparaison populationnel, afin d'assurer une plus grande variance au sein de l'échantillon et ainsi mieux saisir l'impact des facteurs étudiés sur la présence de CSP chez les enfants. De plus, des études supplémentaires sont nécessaires pour identifier les différences et les similitudes entre les enfants manifestant des CSP victimes ou non d'agression sexuelle ou d'autres formes de maltraitance, de même qu'entre les enfants manifestant des comportements extériorisés, ce qui permettrait d'offrir des services adaptés aux besoins des enfants manifestant des CSP en fonction de leur profil spécifique.

Par ailleurs, afin d'améliorer notre compréhension du lien entre l'agression sexuelle et les CSP chez les enfants, les recherches futures devraient tenter d'explorer les interactions entre les différents domaines du modèle théorique proposé dans le cadre de cette thèse et d'évaluer l'importance relative de chacun des domaines de risque sur le développement des CSP. Cela permettrait, entre autres, de mieux comprendre le rôle de l'agression sexuelle dans le développement des CSP. À ce titre, les études futures gagneraient à tenir compte des caractéristiques de l'agression sexuelle subie (et des autres formes de maltraitance), afin d'avoir une analyse plus fine de l'impact de ces caractéristiques et de la cooccurrence entre les différentes formes de maltraitance sur la présence des difficultés comportementales chez les enfants, dont les CSP. Par ailleurs, le domaine de la perturbation du développement psychosexuel, qui s'est intéressé presque exclusivement au rôle de l'agression sexuelle dans le développement des CSP, mériterait également d'être davantage investi pour mieux saisir l'impact des transformations sociétales en regard de la sexualité (par exemple, l'hypersexualisation des jeunes filles, plus grande accessibilité à la pornographie) ainsi que de l'exposition à la sexualité dans le milieu familial sur les enfants. Le rôle de la qualité de l'attachement dans le développement des CSP chez les enfants représente une avenue particulièrement intéressante à documenter puisque l'impact de ce facteur sur l'apparition de différents problèmes de comportement chez les enfants a largement été démontré (Schuengel, Oosterman et Sterkenburg, 2009). Finalement, les études futures gagneraient également à déterminer l'impact relatif des différents facteurs associés aux CSP en fonction du stade développemental de l'enfant, pour une compréhension plus fine du développement des CSP.

Enfin, d'autres études jumelant les enfants référés pour CSP ou suite à une agression sexuelle subie devraient être réalisées pour confirmer la présence de profils psychosociaux distincts et approfondir notre compréhension des caractéristiques communes et distinctes aux deux populations à l'étude.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES
(Introduction, discussion générale et annexes)

- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Allen, B., Thorn, B. L. et Gully, K. J. (2015). A comparison of self-reported emotional and trauma-related concerns among sexually abused children with and without sexual behavior problems. *Child Maltreatment, 20*(2), 136-140.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e édition). Washington, DC : Auteur.
- Araji, S. K. (1997). Identifying, labeling, and explaining children's sexually aggressive behaviors. In S. K. Araji et S. K. Araji (dir.), *Sexually aggressive children: Coming to understand them* (p. 1-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Asparouhov, T. et Muthén, B. (2014). Auxiliary variables in mixture modeling: Three-step approaches using Mplus. *Structural Equation Modeling, 21*, 329–341.
- Association des centres jeunesse du Québec – ACJQ (2000). *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*. Montréal, QC : ACJQ.
- Bailey, H. N., DeOliveira, C. S., Wolfe, V. V., Evans, E. M. et Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse & Neglect, 36*, 236-243.
- Baker, A. J. L., Schneiderman, M. et Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system. *Journal of Child Sexual Abuse, 10*, 67-80.
- Bakk, Z., Oberski, D. L. et Vermunt, J. K. (2014). Relating latent class assignments to external variables: Standard errors for correct inference. *Political Analysis, 22*, 520–540.
- Bakk, Z., Tekle, F. B. et Vermunt, J. K. (2013). Estimating the association between latent class membership and external variables using bias-adjusted three-step approaches. *Sociological Methodology, 43*(1), 272-311.

- Baril, K. et Tourigny, M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles, 1*, 28-63.
- Beaudoin, G., Hébert, M. et Bernier, A. (2013). Contribution of attachment security to the prediction of internalizing and externalizing behavior problems in preschoolers victims of sexual abuse. *European Review of Applied Psychology, 63*, 147-157.
- Becker, J. V. (1998). What we know about the characteristics and treatment of adolescents who have committed sexual offenses. *Child Maltreatment, 3*(4), 317-329.
- Bergman, L. R. et Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 9*, 291-319.
- Bergman, L. R. et Trost, K. (2006). The person-oriented versus the variable-oriented approach: Are they complementary, opposites, or exploring different worlds? *Merrill-Palmer Quarterly, 52*(3), 601-632.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse – Definitions, prevalence, and consequences. In J. E. B. Myers (dir.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (p. 215-232). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Berliner, L., Manaois, P. et Monastersky, C. (1986). *Child sexual behavior disturbance: An assessment and treatment model*. Seattle, WA: Harborview Sexual Assault Center.
- Bernet, W. (1997). Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 423-442.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169-190.
- Bonner, B. L., Walker, C. E. et Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. (Grant No. 90-CA-1469). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.dshs.wa.gov/>>.
- Boyd, N. J., Hagan, M. et Cho, M. E. (2000). Characteristics of adolescent sex offenders: A review of the research. *Aggression and Violent Behavior, 5*(2), 137-146.
- Buchta, L. G. (2009). *Children with sexual behavior problems: An examination of characteristics before and after treatment*. Thèse de doctorat en philosophie, University of Utah, Salt Lake City, États-Unis.

- Budd, K. S. (2001). Assessing parenting competence in child protection cases: A clinical practice model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 1-18.
- Burton, D. L. (1996). *Cognitive factors in sexually aggressive children*. Thèse de doctorat en philosophie, University of Washington, Washington, États-Unis.
- Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence & Victims*, 14(2), 161-178.
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-212.
- Camus, B., Timbert, O., Ferré, T. et Guillot-Toudert, M. (2012). *Annuaire statistique de la Justice, Édition 2011-2012*. Document téléaccessible à l'adresse <www.justice.gouv.fr/budget-et-statistiques-10054/annuaires-statistiques-de-la-justice-10304/annuaire-statistique-de-la-justice-23263.html>.
- Carpentier, M., Silovsky, J. F. et Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488.
- Center for Reviews and Dissemination (2008). *Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York. Document téléaccessible à l'adresse <www.york.ac.uk/inst/crd/index_guidance.htm>.
- Chaffin, M. (2008). Our minds are made up—Don't confuse us with the facts. *Child Maltreatment*, 13(2), 110-121.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G., et al. (2006). *Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems*. Association for the treatment of sexual abusers. Document téléaccessible à l'adresse <www.atsa.com/sites/default/files/Report-TFCSBP.pdf>.
- Chen, L. P., Hassan, M. M., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., et al. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629.
- Childs, K. K. et Sullivan, C. J. (2013). Investigating the underlying structure and stability of problem behaviors across adolescence. *Criminal Justice and Behavior*, 40(1), 57-79.

- Chorpita, B. F., Weisz, J. R., Daleiden, E. L., Schoenwald, S. K., Palinkas, L. A., Miranda, J., *et al.* (2013). Long-term outcomes for the child STEPs randomized effectiveness trial: A comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 999-1009.
- Chromy, S. J. (2007). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment & Crisis Intervention, 7*(1), 25-33.
- Cicchetti, D. et Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 597-600.
- Clements, G., Tourigny, M., Cyr, M. et McDuff, P. (2011). Les comportements sexuels des enfants de 2 à 12 ans victimes d'agression sexuelle ou non. In M. Tardif (éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, CIFAS 2009*. Textes choisis (p. 16-39). Montréal : CIFAS-Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., *et al.* (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(4), 414-430.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. et Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola J. et van der Kolk, B. A. (2003). *Complex trauma in children and adolescents – White paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task force*. Los Angeles, CA: National Center for Child Traumatic Stress. Document téléaccessible à l'adresse <www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/edu_materials/ComplexTrauma_All.pdf>.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., *et al.* (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398.
- Daignault, I. V. et Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: Social, behavioural and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 33*(2), 102-115.
- Deeks, J. J., Dinnes, J., D'Amico, R., Sowden, A. J. Sakarovitch, C., Song, F., *et al.* (2003). Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technology Assessment, 7*(27), 183 p.

- Drach, K. M., Wientzen, J. et Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25, 489-503.
- DiLillo, D. et Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333.
- DiLillo, D., Giuffre, D. et Tremblay, G. C. (2001). A closer look at the nature of intimate partner violence reported by women with a history of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 116-132.
- Egeland, B., Yates, T., Appleyard, K. et van Dulmen, M. (2002). The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services Social Policy, Research, and Practice*, 5, 249-260.
- Elliott, A. N. et Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J. et Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children*, 4(2), 31-53.
- Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. et Chaffin, M. (2009). *Juveniles who commit sex offenses against minors*. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Rockville, MD. Document téléaccessible à l'adresse <www.unh.edu/ccrc/pdf/CV171.pdf>.
- Fitzgerald, M. M., Shipman, K. L., Jackson, J. L., McMahon, R. J. et Hanley, H. M. (2005). Perceptions of parenting versus parent-child interactions among incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(6), 661-681.
- Friedrich, W. N. (1992). *Sexual Abuse Rating Scale*. Document non publié. Rochester, MN: Department of Pedopsychiatry, Clinique Mayo.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N. (2002). *Psychological assessment of sexually abused children and their families*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Friedrich, W. N. (2005). Correlates of sexual behavior in young children. *Journal of Child Custody*, 2(3), 41-55.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems. Family-Based attachment-focused therapy*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. et Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. *Pediatrics*, 101(4). Document téléaccessible à l'adresse <www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/4/e9>.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., et al. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. et Beile, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456-464.
- Friedrich, W. N., Sandfort, T. G. M., Oostveen, J. et Cohen-Kettenis, P. T. (2000). Cultural differences in sexual behavior: 2-6 year old Dutch and American children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(1-2), 117-119.
- Gagnon, M. M. et Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome I* (p. 333-362). Montréal, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Gale, J., Thompson, R. J., Moran, T. et Sack, W. H. (1988). Sexual abuse in young children: Its clinical presentation and characteristic patterns. *Child Abuse & Neglect*, 12, 163-170.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficultés et intervention psychoéducative*. Montréal, QC: Éditions Sciences et Culture.
- Gil, E. et Shaw, J. A. (2014). *Working with children with sexual behavior problems*. New York, NY: Guilford Press.
- Gottfredson, M. R. et Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Gough, D., Oliver, S. et Thomas, J. (2013). *Learning from research: Systematic reviews for informing policy decisions. A quick guide*. Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre), Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London: Nesta.
- Gouvernement du Canada (2009a). *Code criminel*, L.R.C. 1985, C-22.

- Gouvernement du Canada (2009b). *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46.
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Publications Gouvernement du Québec.
- Gouvernement du Québec (2015). *Infractions sexuelles au Québec – Faits saillants 2013*. Document téléaccessible à l'adresse <www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2013/infractions_sexuelles_2013.pdf>.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. et Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse*, 9, 267–290.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L. et DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213.
- Guttman-Steinmetz, S. et Crowell, J. A. (2006). Attachment and externalizing disorders: A developmental psychopathology perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 440-451.
- Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045-1063.
- Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 289-312.
- Haugaard, J. J. (1996). Sexual behaviors between children: Professionals' opinions and undergraduates recollections. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77, 81-89.
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (p. 149-204). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Berthelot, N. et Gamet, M.-L. (sous presse). Victimization sexuelle chez les mineurs: Modèles explicatifs des conséquences associées et pratiques d'intervention et de prévention. In F. Courtois et M. Bonierbale (dir.), *Médecine sexuelle: Fondements et pratiques*. Paris, FR: Éditions Lavoisier.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. et Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.

- Heiman, M. L., Leiblum, S., Esquilin, S. C. et Pallitto, L. M. (1998). A comparative survey of beliefs about “normal” childhood sexual behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 289-304.
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N. et Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008. Rapport final*. Montréal, QC : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(3), 291-305.
- Higgins, J. P. T. et Altman, D. G. (2008). Assessing risk of bias in included studies. Dans J. P. T. Higgins et S. Green (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (p. 188-242). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Holmes, W. C. et Slap, G. B. (1998). Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280(21), 1855-1862.
- Hunter, S. V. (2006). Understanding the complexity of child sexual abuse: A review of the literature with implications for family counseling. *The Family Journal*, 14(4), 349-358.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Montréal, Qc : INESSS, 44 p.
- Jaffé, P. D. (2011). Enfants et adolescents auteurs d'abus sexuels - Pour une approche de la réhabilitation fondée sur des preuves scientifiques. In Conseil de l'Europe (dir.), *La protection des enfants contre la violence sexuelle - Une approche globale* (p. 247-269). Strasbourg, FR : Édition du Conseil de l'Europe.
- Johnson, T. C. (s.d.). *About the Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL), Second revision*. Document téléaccessible à l'adresse <www.tcavjohn.com/pdfs/About_CSBCCL.pdf>.
- Johnson, T. C. (1988). Child perpetrators – children who molest other children: Preliminary findings. *Child Abuse & Neglect*, 12, 219-229.
- Johnson, T. C. (1993). Assessment of sexual behavior problems in preschool aged and latency aged children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2(3), 431-449.

- Johnson, T. C. (2015). Helping children with sexual behavior problems: A guidebook for professionals and caregivers (5e éd.). San Diego, CA: Institute on Violence, Abuse and Trauma.
- Johnson, T. C. et Feldmeth, J.R. (1993). Sexual behaviors: A continuum. In E. Gil et T. C. Johnson (dir.), *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children and children who molest* (p. 41-52). Rockville, MD: Launch Press.
- Jones, V. (2011). Les enfants et les jeunes au comportement sexuel dangereux - Qu'avons-nous appris et que devons-nous savoir pour intervenir efficacement? Dans Conseil de l'Europe (dir.), *La protection des enfants contre la violence sexuelle - Une approche globale* (p. 247-269). Strasbourg, FR: Édition du Conseil de l'Europe.
- Juni, P., Altman, D.G. et Egger, M. (2001). Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *British Medical Journal*, 323, 42-46.
- Kambouropoulos, N. (2005). Understanding the background of children who engage in problem sexual behaviour. In P. Staiger (dir.), *Children who engage in problem sexual behaviours: Context, characteristics and treatment* (p. 14-31). Ringwood, Australie: Australian Childhood Foundation.
- Katrak, P., Bialocerkowski, A.E., Massy-Westropp, N., Kumar, S. et Grimmer, K.A. (2004). A systematic review of the content of critical appraisal tools. *BMC Medical Research Methodology*, 4, 22.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kellogg, N. D. (2009). Clinical report - The evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, 124(3), 992-998.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A. et Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford Press.
- Kulesz, K. M. et Wyse, W. J. (2007). Sexually abused children: Symptomatology and incidence of problematic sexual behaviors. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(1), 27-45.

- Lamb, S. et Coakley, M. (1993). "Normal" childhood sexual play and games: Differentiating play from abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17, 515–526.
- Lanktree, C. B. et Briere, J. (2008). Assessment, psychometric, child. In G. Reyes, J. Elhai et J. Ford (dir.), *Encyclopedia of psychological trauma* (p. 58-62). New York, NY: Wiley.
- Lane, S. (1997). The sexual abuse cycle. In G. Ryan et S. Lane (dir.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and corrections* (p. 116-146). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Långström, N., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 343-350.
- Lavergne, C. et Tourigny, M. (2000). Incidence de l'abus et de la négligence envers les enfants: une recension des écrits. *Criminologie*, 33(1), 47-72.
- Le Graët, A. (2014). Majeurs et mineurs mis en cause par les services de Police en 2013. In S. Lollivier et C. Soullez (dir.), *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales* (p. 757-766). Paris, FR: Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales.
- Leigh, E., Yule, W. et Smith, P. (2015). Measurement Issues: Measurement of posttraumatic stress disorder in children and young people—lessons from research and practice. *Child and Adolescent Mental Health*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12124/full>>.
- Lepage, J. (2007). *Caractéristiques des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ayant des comportements sexuels inappropriés*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Canada.
- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. et Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés. *Sexologies*, 19, 119-126.
- Liang, B., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2006). Relational outcomes of childhood sexual trauma in female survivors: A longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(1), 42-57.
- Lightfoot, S. et Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1185-1198.

- Lussier, P. (2015) *Nonnormative sexual behaviors in early childhood: A tale of two developmental trajectories*. Conférence présentée au 34th Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Montréal, QC, 15 octobre.
- Mash, E. J. et Barkley, R. A. (2009). *Assessment of childhood disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- McKee, A., Albury, K., Dunne, M., Grieshaber, S., Hartley, J., Lumby, C. et Mathews, B. (2010). Healthy sexual development: A multidisciplinary framework for research. *International Journal of Sexual Health*, 22(4), 14-19.
- Meston, C. M., Heiman, J. R. et Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, 36(4), 385-395.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. et Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Developmental Psychopathology*, 14(1), 179-207.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medecine*, 9(11), e1001349.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2010). *La profession de psychoéducateur*. Document téléaccessible à l'adresse <www.ordrepsed.qc.ca/Psychoeducateur.aspx?sc_lang=fr-CA>.
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M. et Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201-220.
- Pearce, J. W. et Pezzot-Pearce, T. D. (2013). *Psychotherapy of abused and neglected children*. New York, NY: Guilford Press.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.
- Rasmussen, L. A. (2004). Differentiating youth who sexually abuse: Applying a multidimensional framework when assessing and treating subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 57-82.
- Righthand, S. et Welch, C. (2005). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 15-32.

- Ruscio, A. M. (2001). Predicting the child-rearing practices of mothers sexually abused in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 369-387.
- Rutter, D., Francis, J., Coren, E. et Fisher, M. (2010). *SCIE systematic research reviews : Guidelines* (2nd ed.). Social Care Institute for Excellence [SCIE], 126 p. Document téléaccessible à l'adresse: www.scie.org.uk/publications/researchresources/rr01.pdf
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48.
- Sanderson, S., Tatt, I. D. et Higgins, J. P. T. (2007). Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: A systematic review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology*, 36, 666-676.
- Saunders, B. E., Berliner, L. et Hanson, R. F. (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment (revised report)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Sawyer, G. K. et Hansen, D. J. (2014). Heterogeneous symptom patterns of sexually abused children in treatment: Understanding the complexity of the problem. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), 900-917.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. et Cohen, J. A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55, 1040-1049.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C.H., Myers, L. et Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561-570.
- Shrout, P. E. (1998). Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7(3), 301-317.
- Sickmund, M. et Puzzanchera, C. (dir.) (2014). Law enforcement and juvenile crime. In *Juvenile offenders and victims: 2014 National report* (p. 115-147). Pittsburgh, PA: National Center for Juvenile Justice.
- Silovsky, J. F. et Bonner, B. L. (2004). *Sexual development and sexual behavior problems in children ages 2-12*. Norman, OK: National Center on Sexual Behavior of Youth.
- Silovsky, J. F. et Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197.

- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. et Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36, 378–391.
- Silovsky, J. F. et Swisher, L. M. (2008). Sexual development and sexual behavior problems. In M. L. Wolraich, P. Dworkin, D. Drotar et E. Perrin (dir.), *Evidence and practice in developmental and behavioral pediatrics: A comprehensive textbook* (p. 805-825). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W. et Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.
- Skowron, E. et Reinemann, D. H. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A Meta-Analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 52-71.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F. et Blaustein, M. (2005). Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 433-439.
- St-Amand, A., Bard, D. E. et Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems: practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 144-166.
- St-Amand, A., Saint-Jacques, M.-C. et Silovsky, J. F. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux : Bilan des connaissances. *Revue canadienne de service social*, 28(2), 225-253.
- Suissa, P., Balençon, M. et Roussey, M. (2010). Mineurs auteurs d'abus sexuels sur d'autres mineurs. In O. Kremp et M. Roussey (dir.), *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Tome 2.* (p. 235-247). Paris, FR: Doin.
- Szanto, L., Lyons, J. S. et Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231-249.
- Thigpen, J. W. et Fortenberry, J. D. (2009). Understanding variation in normative childhood sexual behavior: The significance of family context. *Social Service Review*, 83, 611-631.

- Thigpen, J., Pinkston, E. et Mayefsky, J. (2003). Normative sexual behavior of African-American children: Preliminary findings. *In* J. Bancroft (dir.), *Sexual development* (p. 241–254). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Tougas, A.M., Boisvert, I., Tourigny, M., Lemieux, A., Tremblay, C. et Gagnon, M.M. (2016). Psychosocial profile of children having participated in an intervention program for their sexual behavior problems: The predictor role of maltreatment. *Journal of Child Sexual Abuse*. DOI: 10.1080/10538712.2016.1120258.
- Tougas, A-M., Tourigny, M., Boisvert, I., Lemieux, A., Tremblay, C. et Gagnon, M. M. (2016). Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 149-172.
- Tourigny, M. et Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance. Ampleur et facteurs de risque. *In* M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants. Tome 1* (p. 7-50). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J. et Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique*, 97, 109-113.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M. et Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 331-335.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. O., Boivin, M., *et al.* (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, 114, e43-e50.
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. *In* B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane et L. Weisaeth (dir.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (p. 182-213). New York, NY: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday S. et Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- van der Kolk, B. A., Pynoss, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., *et al.* (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Document téléaccessible à l'adresse <www.traumacenter.org/announcements/DTD_NCTSN_official_submission_to_DSM_V_Final_Version.pdf>.

- Van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P. et Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 161-172.
- Verhagen, A. P., de Vet, H. C. W., de Bie, R. A., Kessels, A. G. H., Boers, M., Bouter, L. M. et al. (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12), 1235-1241.
- Vermunt, J. K. (2010). Latent class modeling with covariates: Two improved three-step approaches. *Political analysis*, 18(4), 450-469.
- Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools*, 38(6), 533-547.
- Whitcomb, S. et Merrell, K. W. (2013). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. New York, NY: Routledge.
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. In E. J. Marsh et R. A. Barkley (dir.), *Assessment of childhood disorders* (p. 685-748). New York, NY : Guilford Press.
- Wolfe, V. V. et Birt, J. A. (1997). Child sexual abuse. In E. Mash et L. Terdal (dir.), *Behavioral assessment of childhood disorders* (p. 569-623). New York, NY: Guilford Press.
- Wolfe, V. V., Gentile, C. et Bourdeau, P. (1987). *History of Victimization Form*. Document non publié. London, ON: London Health Science Center.
- Yergeau, E. (2009). Étude sur la puissance statistique des devis de recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(2), 199-221.
- Zlotnick, C., Johnson, D. M., Stout, R. L., Zywiak, W. H., Johnson, J. E. et Schneider, R. J. (2006). Childhood abuse and intake severity in alcohol disorder patients. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 949-959.

ANNEXE A
COMPLÉMENTS D'INFORMATION – ARTICLE 1

RÈGLES DE PUBLICATION - ARTICLE 1

REVUE DE PSYCHOÉDUCATION

CONDITIONS DE PUBLICATION

POLITIQUE ÉDITORIALE

La *Revue de psychoéducation* privilégie la publication d'articles abordant l'une ou l'autre des principales dimensions des problèmes d'inadaptation psychosociale : description, étiologie, prévalence, prédiction, diagnostic et pronostic, intervention et évaluation de l'intervention. Les articles peuvent prendre la forme de recensions des écrits, d'études empiriques, d'expériences cliniques, d'études de cas ou de travaux théoriques.

Le numéro international normalisé des publications en série (I.S.S.N.) de la *Revue de psychoéducation* est 1713-1782.

Depuis 1983, les textes de la *RPE* sont indexés dans la base de données bibliographiques *Repère* : <http://reperere.sdm.qc.ca/-focus>

DIRECTIVES AUX AUTEURS

1. Manuscrits inédits. La *Revue de psychoéducation* ne publie que des manuscrits originaux. Les manuscrits soumis ne doivent pas avoir été publiés ni proposés ailleurs durant la période de soumission à la *Revue de psychoéducation*. Les auteurs doivent faire parvenir le fichier en format Word et un exemplaire imprimé de leur manuscrit.

2. Langue de publication. La langue de publication de la *Revue de psychoéducation* est le français, à la qualité duquel le comité de direction attache, bien évidemment, une grande importance. Bien que les manuscrits acceptés fassent l'objet d'une révision éditoriale, celle-ci ne saurait atténuer la responsabilité des auteurs quant au niveau rédactionnel du texte soumis.

3. Format et normes de publication. Les articles doivent être écrits à double interligne, sur du papier 8,5 X 11 po (ou A4). La police utilisée devrait être Times New Roman 12 ou Arial 11. Le texte doit être aligné à gauche ou justifié. Les marges doivent être de 2,5 cm (1po) et les pages numérotées en haut à droite et de manière consécutive (la page titre étant la première). Les articles soumis doivent compter au maximum 35 pages, incluant les références et les tableaux. Toutes les pages doivent contenir un court entête (dérivé du titre) dans le coin supérieur droit. La présentation du texte, des tableaux, des figures et des références doit respecter les normes décrites dans le *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA 2010, 6e édition). Voir point 7 ci-dessous.

4. Page titre. Celle-ci contient le titre (maximum de 20 mots), noms et affiliations de tous les auteurs, de même que l'adresse de correspondance, numéros de téléphone et de télécopieur, et adresse électronique de l'auteur responsable de la soumission du manuscrit. La page titre du fichier doit être envoyée séparément.

5. Page du résumé et mots-clés. Celle-ci doit inclure le titre de l'article, un résumé de 250 mots MAXIMUM, et de trois à cinq mots-clés. Lors de la décision finale, et si celle-ci se révèle positive, les auteurs devront fournir une traduction en anglais du résumé ainsi que des mots-clés. Un service de traduction pour le résumé est offert aux auteurs. Le tarif est de 22 cents par mot français. Les auteurs peuvent proposer leur propre traduction mais la qualité de cette traduction sera évaluée et au besoin, le coût d'une nouvelle traduction au tarif mentionné ci-dessus sera facturé aux auteurs.

6. Texte principal. La première ligne d'un paragraphe (sauf celui du résumé) doit avoir un retrait positif de 1,25 cm (ou ½ po). Dans le cas des études empiriques, le texte doit être subdivisé en sections intitulées : Introduction, Méthodologie, Résultats, Discussion et références.

7. Niveaux de titre (APA, 6^e édition)

NIVEAU	FORMAT	EXEMPLE
1	Centré, gras	Titre Texte : nouveau paragraphe, avec un alinéa de 1,25 cm.
2	Aligné à gauche ou justifié, gras	Titre Texte : nouveau paragraphe, avec un alinéa de 1,25 cm.
3	Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, gras, point final	Titre. Le texte suit le point.
4	Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, gras, italique point final	<i>Titre.</i> Le texte suit le point.
5	Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, italique, point final	<i>Titre.</i> Le texte suit le point.

8. Notes de bas de page. L'utilisation des notes de bas de page doit être limitée au strict minimum.

9. Références. Les auteurs sont priés de suivre les directives de la 6^e édition des normes de l'APA, accessibles à l'adresse suivante : <http://www.bib.umontreal.ca/ED/disciplines/psychologie/references.htm>

À titre d'exemple :

Article de revue

Dodge, K.A. et Coie, J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.

Connor, D.F., Steingard, R.J., Anderson, J.J. et Melloni, R. H. Jr. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 279-294.

Livre

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. et Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.

Livre sous la direction de :

Gibbs, J.T. et Huang, L.N. (Dir.). (1991). *Children of color: Psychological interventions with minority youth*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Chapitre de livre sous la direction de :

Blanchard, D.C. et Blanchard, R.J. (1989). Experimental animal models of aggression: What do they say about human behavior? Dans J. Archer et K. Browne (dir.), *Human aggression: Naturalistic approaches* (p. 94-121). London, U. K. : Routledge.

[Note : l'abréviation « dir » s'écrit ici en minuscules, puisque la parenthèse qui la contient n'est pas précédée d'un point.]

10. Tableaux et figures. Tous deux doivent être numérotés de **1** à **n** et comporter des légendes au besoin. Leur titre — ainsi que le contenu des tableaux — doivent être à simple interligne.

11. Évaluation. Les manuscrits sont soumis anonymement à au moins deux lecteurs arbitres. Le comité de rédaction s'inspirera de leur avis pour accepter les articles, les refuser ou requérir des modifications. Les auteurs recevront les commentaires des lecteurs arbitres, ainsi que la décision du comité de direction en deçà de deux mois (dans la mesure du possible) de la réception du manuscrit.

12. Les opinions émises dans les articles publiés dans la *Revue de psychoéducation* n'engagent que leurs auteurs. Lorsqu'un auteur reçoit un avis de publication, l'article devient la propriété de la *Revue de psychoéducation*. Toute reproduction du texte ou d'extraits n'est dès lors permise que sur autorisation.

Les manuscrits qui respectent les directives ci-haut mentionnées seront envoyés au directeur de la revue. Toute correspondance doit être adressée à :

M. Serge Larivée

Revue de psychoéducation

PREUVE D'ACCEPTATION - ARTICLE 1

De Larivee Serge

Date 2015-05-07 13:47

Madame Boisvert,

J'ai bien reçu la version finale de votre manuscrit «Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés» et je vous en remercie.

Votre texte est maintenant accepté pour publication dans la Revue de psychoéducation. Je vous contacterai en temps et lieu pour la suite des choses.

Cordialement,

Serge Larivée, professeur titulaire

École de psychoéducation, Université de Montréal

RÔLE DES AUTEURS - ARTICLE 1

Isabelle Boisvert :

- Prise en charge de chacune des étapes de la recension systématique
- Conception du plan de rédaction, qui a été discuté avec les coauteurs
- Rédaction de chacune des sections de l'article (introduction, méthodologie, résultats et discussion)

Marc Tourigny :

- Membre du « comité d'experts » (soutien dans la création du protocole de recension systématique)
- Validation du plan de rédaction
- Soutien à la rédaction en émettant des commentaires et suggestions qui ont par la suite été intégrés à l'article final

Nadine Lanctôt :

- Validation du plan de rédaction
- Soutien à la rédaction en émettant des commentaires et suggestions qui ont par la suite été intégrés à l'article final

Stéphanie Lemieux :

- Réalisation de l'accord interjuge, avec la première auteure
- Relecture finale de l'article

**AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE**

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteur(s), co-auteur(s) de l'article intitulé : _____

Comportements sexuels problématiques chez les enfants: une recension systématique des
facteurs associés

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire de la thèse

de l'étudiant(e) (nom) : Isabelle Boisvert

inscrit(e) au programme de Doctorat en psychoéducation

de la Faculté de Éducation de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d'exemplaires*

Signature _____ Date : 11 sept. 2015

Nom Marc Tourigny

Coordonnées Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil

Signature _____ Date : 2015-09-11

Nom Nadine Lanctôt

Coordonnées Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil

Signature _____ Date : 2015-09-16

Nom Stéphanie Lemieux

Coordonnées _____, Montréal, _____

Signature _____ Date : _____

Nom _____

Coordonnées _____

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).

ANNEXE B
PROTOCOLE DE RECENSION SYSTÉMATIQUE – ARTICLE 1

Protocole de recension systématique utilisé dans le cadre de l'article :

Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N. et Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 173-203.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	177
1. IDENTIFICATION DE LA QUESTION DE RECENSION.....	177
2. IDENTIFICATION DES RECENSIONS EXISTANTES	177
2.1. Recherches effectuées pour identifier les recensions existantes.....	177
2.2. Résultats	179
3. IDENTIFICATION DES ÉTUDES PRIMAIRES PERTINENTES.....	180
3.1. Recherche dans les banques de données.....	180
3.2. Examen des tables des matières des périodiques-clés.....	182
3.3. Communication avec les experts	183
3.4. Résultats de l'étape d'identification des études primaires	184
4. SÉLECTION DES ÉTUDES	184
4.1. Critères d'inclusion	184
4.2. Gestion des références.....	185
4.3. Accord interjuge	185
4.4. Récapitulatif de la sélection des études	187
4.5. Liste des références incluses (n = 22)	187
4.6. Liste des références lues mais exclues en fonction des critères d'exclusion	189
5. EXTRACTION DES DONNÉES DANS LES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES.....	200
5.1 Évaluation de la qualité méthodologique des études.....	200
5.2 Critères de qualité retenus	201
5.3 Extraction des résultats des études sélectionnées	203
6. SYNTHÈSE NARRATIVE.....	203
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	204

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Résultats - identification des études primaires	184
Tableau 2 : Cotation de l'ensemble des documents en fonction des deux évaluatrices	186
Tableau 3 : Calcul du coefficient Kappa	186

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Résumé de la démarche de sélection des études	187
--	-----

INTRODUCTION

Différents guides ont été produits dans les dernières années afin de soutenir la réalisation d'une recension systématique (p. ex. Gough, Oliver et Thomas, 2013; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESS], 2013; Rutter, Francis, Coren et Fisher, 2010). La méthodologie de cette recension systématique s'appuie sur les recommandations issues de ces guides et est largement inspirée de celle proposée par le *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD) de l'Université de York (2008). Cette méthodologie, utilisée internationalement et recommandée par plusieurs comme étant une pratique exemplaire (CRD, 2008), a pour but de fournir de hauts standards de pratique dans la réalisation de recension systématique évaluant les effets d'interventions en santé. La méthode de recension systématique proposée par le CRD adhère à un devis scientifique strict basé sur une méthode de recension explicite, transparente et reproductible. Ainsi, cette méthode guide l'établissement d'un protocole de recension, l'identification et la sélection des écrits scientifiques, l'évaluation de la qualité des études retenues, l'extraction des résultats, la synthèse des résultats ainsi que le transfert des connaissances. Chacune des étapes est soumise à des normes rigoureuses afin de garantir la qualité de la recension systématique.

Dans cette présente recension systématique, le protocole de recension a été établi et réalisé par un comité formé Isabelle Boisvert (cand. Ph.D), Marc Tourigny (Ph.D.) et Stéphanie Lemieux (cand. M.Sc.). Madame Nathalie St-Jacques, bibliothécaire formée à la recherche bibliographique, a également été consultée afin de valider le protocole d'identification des études.

1. IDENTIFICATION DE LA QUESTION DE RECENSION

- 1) Déterminer quels sont les facteurs individuels, familiaux et sociaux qui distinguent les enfants de 12 ans et moins qui présentent des CSP de ceux qui n'en présentent pas.
- 2) Déterminer les limites méthodologiques du domaine, en portant une attention particulière à la définition des CSP et sa mesure.

2. IDENTIFICATION DES RECENSIONS EXISTANTES

2.1. Recherches effectuées pour identifier les recensions existantes

2.1.1. DARE

<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>

- Recherche effectuée le 30 juillet 2012
- Mots-clés : sexual* behavio* AND child* in any field sans autre restriction = 27 documents
 - o Une recension seulement qui porte sur CSP : St-Amand, A., Bard, D. E., Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior

problems: Practice elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166.

- Recherche effectuée à nouveau le 27 janvier 2014
- Mots-clés: sexual* behavio* AND child* in any field , date entre 2012 et 2014 = 4 documents
 - o Aucune recension sur les facteurs associés aux CSP

2.1.2. *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)*

http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cochrane_search_fs.html?newSearch=true

- Recherche effectuée le 30 juillet 2012
- Mots-clés : sexual* behavio* AND child* in Title, Abstract or Keywords sans autre restriction = 9 documents.
 - o Aucune recension sur les facteurs associés aux CSP

- Recherche effectuée à nouveau le 27 janvier 2014
- Mots-clés : sexual* behavio* AND child* in Title, Abstract or Keywords, date entre 2012 et 2014 = 4 documents.
 - o Aucune recension sur les facteurs associés aux CSP

2.1.3. *Campbell Library of systematic reviews*

<http://www.campbellcollaboration.org/library.php>

- Recherche effectuée le 30 juillet 2012
- Mots-clés : sexual* behavio* in All text sans autre restriction = 14 documents.
 - o Aucune recension sur les facteurs associés aux CSP

- Recherche effectuée à nouveau le 27 janvier 2014
- Mots-clés sexual* behavio* in All text, date entre 2012 et 2014 = 11 documents.
 - o Aucune recension sur les facteurs associés aux CSP

2.1.4. *Evidence for Policy and Practice Information Center (DoPHER)*

<http://eppi.ioe.ac.uk/webdatabases/Search.aspx>

- Recherche effectuée le 31 juillet 2012
- Mots-clés : sexual* behavio* in free-text search sans autre restriction = 68 documents.
 - o Aucune recension sur les CSP

- Recherche effectuée à nouveau le 27 janvier 2014
- Mots-clés : sexual* behavio* in free-text search sans autre restriction = 72 documents (4 documents publiés entre 2012 et 2014).
 - o Aucune recension sur les CSP

2.2. Résultats

Le processus d'identification des études a mené à l'identification de 6 textes recensant les facteurs associés aux CSP :

1. Araji, S.K. (1997). Identifying, labeling, and explaining children's sexually aggressive behaviors. Dans S. K. Araji (dir.), *Sexually aggressive children: Coming to understand them* (p. 1-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Livre portant sur les enfants de 12 ans et moins qui manifestent des comportements sexuels agressifs. Objectif de présenter les informations (publiées et non publiées) sur les enfants sexuellement agressifs.

2. Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J. et Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598.

Recension des mécanismes associés au développement des CSP dans l'enfance, en utilisant le cadre de la psychopathologie développementale, en plus de présenter un état des connaissances disponibles sur les comportements sexuels normaux.

3. Gagnon, M. M. et Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome I* (p. 333-362). Montréal, Québec: Presses de l'Université du Québec.

Chapitre de livre qui a pour objectif de faire le point sur l'état des connaissances actuelles entourant la problématique des CSP chez les enfants, en y abordant entre autres, les facteurs qui y sont associés.

4. Kambouropoulos, N. (2005). Understanding the background of children who engage in problem sexual behaviour. Dans P. Staiger (dir.), *Children who engage in problem sexual behaviours: Context, characteristics and treatment. A review of the literature* (p. 14-31). Ringwood: Australian Childhood Foundation and Deakin University.

Recension comportant 14 études portant sur les caractéristiques des enfants manifestant des CSP.

5. Silovsky, J. F. et Swisher, L. M. (2008). Sexual development and sexual behavior problems. Dans M. L. Wolraich, P. Dworkin, D. Drotar et E. Perrin (dir.), *Evidence and practice in developmental and behavioral pediatrics: A comprehensive textbook* (p. 805-825). Philadelphia, PA: Elsevier.

Chapitre de livre portant sur la pédiatrie développementale qui présente un résumé des connaissances cliniques et empiriques portant sur le développement sexuel normal et sur les CSP manifestés par les enfants.

6. St-Amand, A., Saint-Jacques, M-C. et Silovsky, J. F. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux. Bilan des connaissances. *Canadian Social Work Review*, 28(2), 225-253.

Recension ayant pour objectif de faire le point sur l'état des connaissances actuelles entourant la problématique des CSP chez les enfants, en y abordant entre autres, les facteurs qui y sont associés.

Malgré que toutes ces recensions soient d'un intérêt certain, aucun de ces écrits ne peut être qualifié de « recension systématique », et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, ces recensions n'ont pas rendu explicite leur méthodologie de recension, en omettant de préciser les stratégies utilisées pour identifier les études (mots-clés utilisés, banques de données sondées, critères d'inclusion et d'exclusion des études), le nombre total d'études retenues ou la méthode utilisée pour extraire les résultats et les synthétiser. Deuxièmement, la démarche d'une recension systématique prévoit faire des efforts importants afin d'identifier l'ensemble des études existantes sur un sujet (CRD, 2008). Or, cet aspect n'est pas clairement présenté dans la méthodologie des recensions identifiées. Troisièmement, ces recensions n'ont généralement pas pris en compte la qualité des études dans la synthèse des résultats, ce qui doit être fait dans une démarche de recension systématique (CRD, 2008). Ces lacunes ont pour conséquence qu'il devient impossible de statuer sur l'exhaustivité des études recensées ainsi que sur la qualité de la synthèse présentée.

3. IDENTIFICATION DES ÉTUDES PRIMAIRES PERTINENTES

Lors de la planification d'une revue systématique, plus particulièrement lors de la recherche documentaire, il est essentiel de tenter de réduire les risques de biais de divulgation en effectuant une recherche exhaustive dans un ensemble de sources, selon les besoins du sujet de recherche (INESS, 2013). Différentes stratégies ont été mises en place afin d'identifier les études pertinentes, soit la recherche dans les banques de données, l'examen de la liste des références des études pertinentes déjà repérées, l'examen des tables des matières des périodiques clés et la communication avec les experts. Les démarches liées à chacune de ces stratégies sont détaillées ci-contre.

3.1. Recherche dans les banques de données

3.1.1. Articles scientifiques / chapitres de livre

- Recherche effectuée le 1^{er} août 2012

- Base de données: PsycINFO, Academic Search Complete, CINAHL Plus with Full Text, Education Research Complete, ERIC, FRANCIS, MEDLINE with Full Text, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX
- AB ("sexual* behavio*" OR "masturbatory behavio*" OR "psychosexual behavio*") AND AB (problem* OR coerciti* OR inappropriat* OR reacti* OR excessive OR aggressi* OR violent* OR harmful OR abus* OR offend*) AND AB child*
- [http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&db=a9h&db=rzh&db=ehh&db=eric&db=fcs&db=mnh&db=pdh&db=pbh&db=snh&bquery=\(AB+\(%22sexual*+behavio*%22+OR+%22masturbatory+behavio*%22+OR+%22psychosexual+behavio*%22\)\)+AND+\(AB+\(problem*+OR+coerciti*+OR+inappropriat*+OR+reacti*+OR+excessive+OR+aggressi*+OR+violent*+OR+harmful+OR+abus*+OR+offend*\)\)+AND+\(AB+\(child*\)\)\)&type=1&site=ehost-live](http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&db=a9h&db=rzh&db=ehh&db=eric&db=fcs&db=mnh&db=pdh&db=pbh&db=snh&bquery=(AB+(%22sexual*+behavio*%22+OR+%22masturbatory+behavio*%22+OR+%22psychosexual+behavio*%22))+AND+(AB+(problem*+OR+coerciti*+OR+inappropriat*+OR+reacti*+OR+excessive+OR+aggressi*+OR+violent*+OR+harmful+OR+abus*+OR+offend*))+AND+(AB+(child*)))&type=1&site=ehost-live)
- = 2815 résultats (**1747** sans les doublons)
- Recherche effectuée à nouveau le 27 janvier 2014
- Même stratégie de recherche en ajoutant date entre 2012 et 2014 = 303 résultats (157 textes sans les doublons).
 - o Aucun texte supplémentaire ne correspond aux critères de sélection
- Total de textes identifiés dans les banques de données : **n = 1904**

3.1.2. *Thèses et mémoires*

- Recherche effectuée le 2 août 2012 dans Proquest Dissertations & Thesis.
- ab("sexual* behavio*" OR "masturbatory behavio*" OR "psychosexual behavio*") AND ab(problem* OR coerciti* OR inappropriate* OR react* OR excessive OR aggress* OR violent* OR harmful OR abus* OR offend*) AND ab(child*)
- = **283 résultats**
- Recherche effectuée à nouveau le 29 janvier 2014
- Même stratégie de recherche en ajoutant date entre 2012 et 2014 = **20 résultats**
 - o Aucun texte supplémentaire ne correspond aux critères de sélection
- Total de thèses/mémoires identifiés : **n = 303**

3.1.3. *Littérature grise*

- Recherche effectuée le 12 août 2012 dans *OAIster*, qui représente la banque de données répertoriant la littérature grise relative aux sciences humaines/psychologie.
- http://oaister.worldcat.org/search?q=kw%3Aproblem*+OR+coerciti*+OR+inappropriate*+OR+react*+OR+excessive+OR+aggress*+OR+violent*+OR+harmful+OR+abus*+OR+offend*+kw%3A%22sexual*+behavio*%22+OR+%22masturbatory+behavio*%22+OR+%22psychosexual+behavio*%22+kw%3Achild*&qt=results_page&dblist=239&scope=0&oldscope=0

- = **139 résultats**
- Recherche effectuée à nouveau le 29 janvier 2014
- Même stratégie de recherche pour répertorier textes publiés en 2012 et 2013 = **51 résultats**
 - Aucun texte supplémentaire ne correspond aux critères de sélection

3.1.4. *Autres recherches*

- Recherche dans Google Scholar effectuée le 16 août 2012 avec « comportements sexuels problématiques or sexual behavior problems » = **50 résultats**
- Recherche répétée le 29 janvier 2014 avec les mêmes mots clés (depuis 2013) = **50 résultats**
 - aucun texte supplémentaire ne correspond aux critères de sélection.
- Total de textes littérature grise identifiés : **n = 290**

3.2. Examen des tables des matières des périodiques-clés

Cet examen permet de repérer des publications récentes qui n'ont pas encore été indexées, des articles de périodiques, des lettres ou des commentaires qui ne sont pas indexés dans les bases de données consultées. Il permet également de compenser les erreurs d'indexation.

Après discussion avec Madame Nathalie St-Jacques, bibliothécaire à la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, il a été décidé que les tables des matières des deux numéros les plus récents des revues spécialisées suivantes seraient dépouillées :

- a) Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment
 - Volume 26, numéro 2, 2014
 - Volume 26, numéro 3, 2014
- b) Child Maltreatment
 - Volume 19, numéro 1, 2014
 - Volume 19, numéro 2, 2014
- c) Journal of Child Sexual Abuse
 - Volume 23, numéro 3, 2014
 - Volume 23, numéro 4, 2014
- d) Journal of Sex Research
 - Volume 51, numéro 4, 2014
 - Volume 51, numéro 5, 2014
- e) Sexologies

- Volume 23, numéro 1, 2014
- Volume 23, numéro 2, 2014
- Les autres numéros ne seront pas dépouillés, compte tenu que ces revues sont répertoriées dans les banques de données sondées = **87 références**
- Identification d'un article supplémentaire :
 - Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 26(1), 291-305.

3.3. Communication avec les experts

Les experts du domaine peuvent être des sources utiles pour trouver des études qui ne sont pas indexées dans les bases de données, qui ne sont pas publiées ou qui sont en cours de réalisation. Vingt-deux experts ont été contactés au mois d'août 2014 :

- Allan, Brian
- Baker, Amy
- Berliner, Lucy
- Block, Richard
- Bonner, Barbara L.
- Burton, David L.
- Cavanagh-Johnson, Toni
- Chaffin Mark
- Chromy, Samantha
- Curwen, Tracey
- Elkovitch, Natasha
- Hall, Darlene
- Letourneau, Elizabeth J.
- Louis, Diana Garza
- Lyon, Tomas D.
- Page, Jacqueline
- Pithers William D.
- Prescott, David
- Rasmussen, Lucinda
- Silovsky, Jane F.
- St-Amand, Annick
- Tarren-Sweeney, Michael

Quatorze experts ont répondu à la sollicitation. Parmi ceux-ci, un article supplémentaire a été ajouté à la recension.

- Allen, B., Thorn, B.L. & Gully, K.J. (2015). A comparison of self-reported emotional and trauma-related concerns among sexually abused children with and without sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 20(2), 136-140.

3.4. Résultats de l'étape d'identification des études primaires

Au total, 2585 documents ont été identifiés. Le récapitulatif des documents identifiés en fonction de chacune des méthodes est présenté au Tableau 1 ci-contre.

Tableau 1 : Résultats - identification des études primaires

	1ere recherche (2012)	2e recherche (2014)	TOTAL
Banque de données	1747	157	1904
Thèses et mémoires	283	20	303
Littérature grise	189	101	290
Examen tables des matières	-	87	87
Communication avec les experts	-	1	1
TOTAL	2219	366	2585

4. SÉLECTION DES ÉTUDES

Tous les textes identifiés ont été analysés à partir des critères d'inclusion présentés à la section 4.1.

4.1. Critères d'inclusion

- Critère 1 : Étude primaire ayant pour objectif de présenter les facteurs associés aux CSP, soit en distinguant au moins un groupe d'enfants manifestant des CSP d'au moins un groupe d'enfants ne manifestant pas de CSP
- Les études faisant une description des caractéristiques d'enfants CSP sans effectuer de comparaison ont été exclues.
- Critère 2 : Présenter les critères utilisés pour déterminer la présence de CSP (critères permettant de juger de l'aspect problématique d'un comportement sexuel)
- Les études dont on ne mesure pas les CSP mais bien des comportements sexuels ont été exclues.
- Critère 3 : Rapporter des résultats spécifiques aux enfants de 12 ans et moins OU dont l'âge moyen de l'échantillon est de 12 ans et moins.
- Critère 4 : Être écrite en langue française ou anglaise.

Tous types de publication répondant aux critères d'inclusion ont été retenus afin d'éviter un biais en lien avec le type de publication. Ainsi, des efforts ont été déployés afin de repérer les rapports, les chapitres de livres, les résumés de conférences et les thèses correspondant aux critères d'inclusion.

4.2. Gestion des références

Une procédure d'accord inter-juge a été mise en place pour la sélection des articles. La décision d'inclure ou d'exclure un article s'est faite de façon indépendante, par les deux évaluatrices, soit Isabelle et Stéphanie Lemieux (étudiante à la maîtrise en psychoéducation dont le thème de maîtrise est l'agression sexuelle). Cette procédure d'accord interjuge s'est faite en deux étapes : 1) Décision de l'éligibilité de l'étude à partir du titre et du résumé, et 2) Décision d'inclusion ou d'exclusion de l'étude à partir du texte complet.

Les décisions d'inclusion ou d'exclusion entourant toutes les références identifiées se retrouvent dans le fichier excel « Ref recension ». Dans ce document, les codes utilisés sont :

Étape 1 :

X : Texte non pertinent, à la lecture du titre et du résumé

Oui : Texte pertinent, sur la base du titre et du résumé, nécessite une lecture approfondie pour vérifier s'il correspond aux critères d'inclusion.

Étape 2 :

R1 Pas de comparaison statistique entre enfants CSP et enfants ne présentant pas de CSP

- Les études longitudinales ont été exclues, à moins qu'elles ne présentent une comparaison statistique entre les enfants manifestant des CSP et les enfants n'en manifestant pas à au moins un des temps de mesure OU qu'une typologie d'enfants manifestant des CSP soient présentée.

R2 Ne présente pas les critères utilisés pour déterminer la présence de CSP (absence de critères permettant de juger de l'aspect problématique d'un comportement sexuel)

- Le critère peut être statistique ou jugé cliniquement.

R3 Ne rapporte pas de résultats spécifiques pour les 12 ans et moins OU âge moyen de l'échantillon est plus grand que 12 ans

R4 L'article est écrit dans une langue autre que l'anglais ou le français

R5 Recherche dupliquée

Les cas de disparités ont été résolus par consensus entre Isabelle et Stéphanie. Cependant, en l'absence de consensus ou d'ambiguïté, 16 cas ont été soumis au comité d'expert (Isabelle, Stéphanie et Marc). Le détail des décisions prises concernant ces textes se trouve dans le fichier Word « Cas probl - comité expert ».

4.3. Accord interjuge

Afin de calculer l'accord entre les deux évaluatrices, le coefficient Kappa de Cohen a été calculé, à partir du site <http://www.statmanie.uqam.ca/Calcul/index.html>. Cet indice permet de tenir compte de la possibilité d'accord dû au hasard entre deux évaluateurs. La matrice de corrélation entre les deux évaluatrices est présentée au Tableau 2 ci-contre.

Tableau 2 : Cotation de l'ensemble des documents en fonction des deux évaluateuses

		Isabelle						Total
		Rejeté	R1	R2	R3	R4	OUI	
Stéphanie	Rejeté	2361	2	8	1	1	2	2375
	R1	1	41	0	0	0	3	45
	R2	8	0	76	0	0	2	86
	R3	0	0	0	10	0	1	11
	R4	0	0	0	0	3	0	3
	OUI	0	3	2	0	0	60	65
Total		2370	46	86	11	4	68	2585

Le coefficient Kappa s'élève à 0,92 (Tableau 3), ce qui s'avère excellent, selon Kenny, Kashy et Cook (2006).

Tableau 3 : Calcul du coefficient Kappa¹

Po	0,9868	Pourcentage brut d'accords
Pe	0,8444	Facteur de correction
K	0,9154	Valeur corrigée = kappa
ÉT _{kn}	0,0134	Erreur type du kappa
I.C. [0,8892	Borne inférieure de l'intervalle de confiance
I.C.]	0,9417	Borne supérieure de l'intervalle de confiance
Z	68,3840	Cote Z
p	0,0000	Probabilité
Donc	p<0,05	Conclusion statistique

¹<http://www.statmanie.uqam.ca/Calcul/index.html>, basé sur Kenny, Kashy et Cook (2006), p. 41.

4.4. Résumé de la sélection des études

Un résumé de la sélection des études est présenté à la Figure 1.

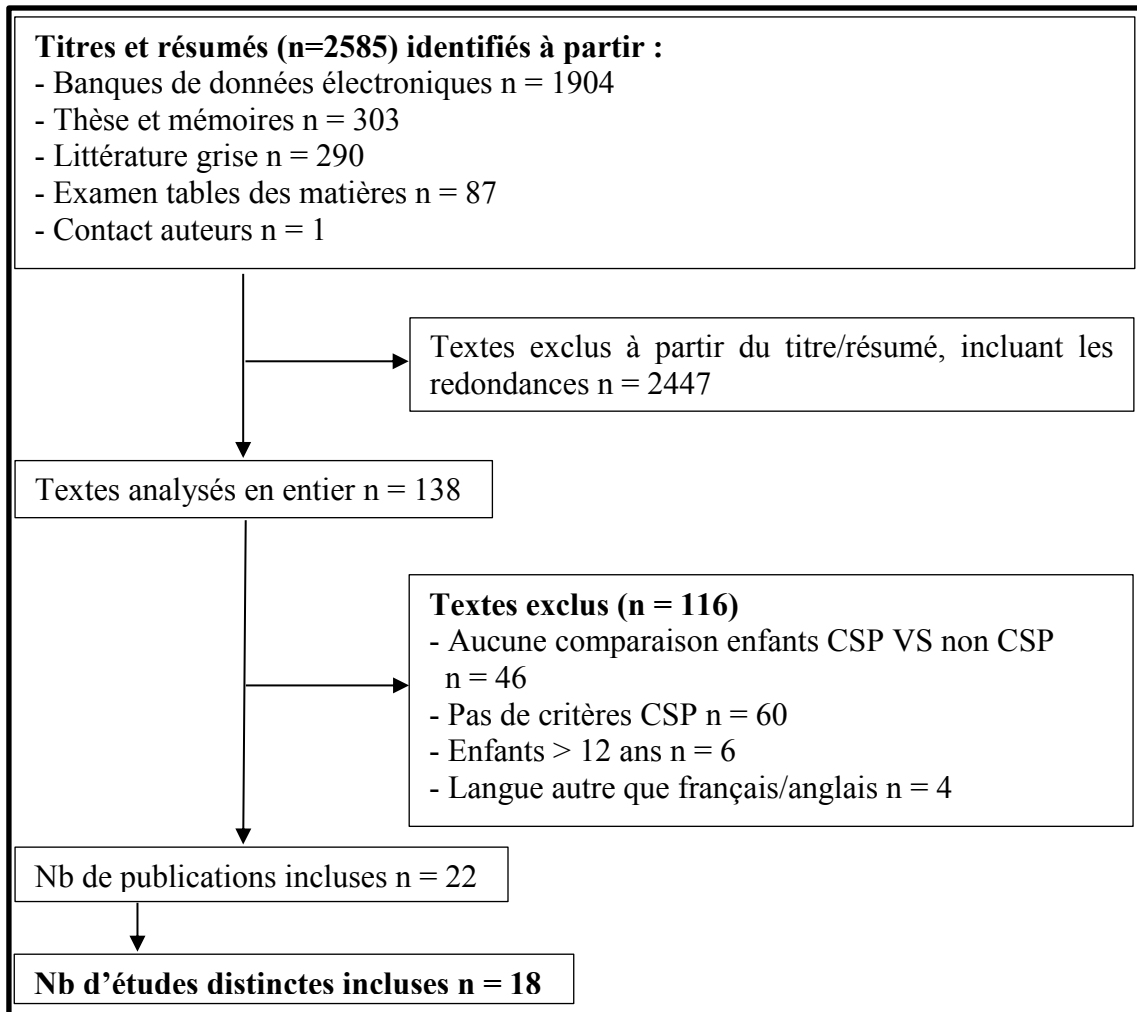


Figure 1 : Résumé de la démarche de sélection des études

4.5. Liste des références incluses (n = 22)

Allen, B., Thorn, B. L. et Gully, K. J. (2015). A comparison of self-reported emotional and trauma-related concerns among sexually abused children with and without sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 20(2), 136-140.

Baker, A. J. L., Gries, L., Schneiderman, M., Parker, R., Archer, M. et Friedrich, B. (2008). Children with problematic sexualized behaviors in the child welfare system. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 87(1), 5-27.

- Bonner, B. L., Walker, C. E. et Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. (Grant No. 90-CA-1469). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Repéré à <http://www.dshs.wa.gov/>.
- Buchta, L. G. (2009). *Children with sexual behavior problems: An examination of characteristics before and after treatment* (Thèse de doctorat inédite). University of Utah.
- Burton, D. L. (1996). *Cognitive factors in sexually aggressive children* (Thèse de doctorat inédite). University of Washington.
- Burton, D. L. (1999). An examination of social cognitive theory with differences among sexually aggressive, physically aggressive and nonaggressive children in state care. *Violence & Victims*, 14(2), 161-178.
- Carpentier, M., Silovsky, J. F. et Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 482-488.
- Chromy, S. J. (2003). *Indicators and predictors of sexual behavior problems in sexually abused children: Psychological, behavioral and victimization characteristics* (Thèse de doctorat inédite). University of Central Florida.
- Chromy, S. J. (2007). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 7(1), 25-33.
- Gale, J., Thompson, R. J., Moran, T. et Sack, W. H. (1988). Sexual abuse in young children : its clinical presentation and characteristic patterns. *Child Abuse & Neglect*, 12, 163-170.
- Hall, D. K. et Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth: A technical report*. Toronto, Ontario: Central Toronto Youth Services.
- Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045-1063.
- Hershkowitz, I. (2014). Sexually intrusive behavior among alleged CSA male victims: A prospective study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(3), 291-305.

- Kulesz, K. M. et Wyse, W. J. (2007). Sexually abused children: Symptomatology and incidence of problematic sexual behaviors. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(1), 27-45.
- Långström, N., Grann, M. et Lichtenstein, P. (2002). Genetic and environmental influences on problematic masturbatory behavior in children: A study of same-sex twins. *Archives of Sexual Behavior*, 31(4), 343-350.
- Lepage, J. (2008). *Caractéristiques des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ayant des comportements sexuels inappropriés* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke.
- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. et Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés. *Sexologies*, 19, 119-126.
- Lévesque, M., Bigras, M. et Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: Same etiology? *Aggressive Behavior*, 36(6), 358-370.
- Lightfoot, S. et Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1185-1198.
- Manel, W. S. (2009). *Differentiating sexually aggressive and non-sexually aggressive child sexual abuse survivors: The role of adjustment, emotions, and cognitions* (Thèse de doctorat inédite). University of Windsor.
- Szanto, L., Lyons, J. S. et Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231-249.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.

4.6. Liste des références lues mais exclues en fonction des critères d'exclusion

R1 Pas de comparaison statistique entre enfants CSP et enfants ne présentant pas de CSP (n = 46)
--

- Albrecht, D. T. (2000). *Mediating factors in the symptomatic presentations of latency-aged sexually abused children*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.

- Ayala, D. N. (2009). *Developmental, biological, psychological and sociological correlates of sexual behavior problems*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.
- Baker, A., Schneiderman, M. et Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York city child welfare system: Estimates of problem, impact on services, and need for training. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(4), 67-80.
- Brown, J. C. (2004). *Child-on-child sexual abuse: An investigation of behavioral and emotional sequelae*. Thèse de doctorat, University of Pennsylvania, United States : Pennsylvania.
- Burton, D. L. (2000). Were adolescent sexual offenders children with sexual behaviors problems? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 37-48.
- Burton, D. L., Nesmith, A. A. et Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 157-170.
- Clements, G., Tourigny, M., Cyr, M. et McDuff, P. (2011). Les comportements sexuels des enfants de 2 à 12 ans victimes d'agression sexuelle ou non. Dans M. Tardif (dir.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes* (p. 16-39). Montréal : CIFAS-Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Cohen, J. A. et Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228-1235.
- Curwen, T. (2007). *Differentiating children with and without a history of repeated problematic sexual behaviours following adult reprimand*. Thèse de doctorat, University of Toronto (Canada), Canada.
- Curwen, T. (2014). Differentiating children with and without a history of repeated problematic sexual behavior. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 462-480.
- Edejer, E. A. (2003). *Caregiver determinants of mental health service usage by children with sexual behavior problems*. Thèse de doctorat, Loyola University of Chicago, United States : Illinois.
- Fredrich, W. N., Friedrich, W. N. et Luecke, W. J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology: Research & Practice*, 19(2), 155-164.

- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. et Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88(3), 456.
- Friedrich, W. N., Baker, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L. et Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sexual Abuse: A Journal of Research & Treatment*, 17(4), 391-406.
- Gagnon, M. M. (2004). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques: Étude exploratoire*. Thèse de doctorat, Université de Montréal (Canada), Canada.
- Gagnon, M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques: Étude descriptive. *Revue Québécoise de Psychologie*, 26(1), 223-241.
- Gagnon, M. M., Tremblay, C. et Bégin, H. (2005). Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : évolution comportementale, affective et sociale. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 257-279.
- George, D. A. (1993). *Impact of structured group therapy on problematic sexualized and non-sexualized behaviors in victims of child sexual abuse*. Thèse de doctorat, California School of Professional Psychology - Los Angeles, United States : California.
- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. et Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 9(4), 267-290.
- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A. et Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 601-621.
- Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children: A preliminary typology. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 289-312.
- Henderson, J., McKenzie, W., English, D. J. et State, W. (1987). *Family Centered Case Management With Sexually Aggressive Youth: Final Report of the Sexually Aggressive Youth Project*. USA: Department of Social and Health Services.
- Hutton, L. et Whyte, B. (2006). Children and young people with harmful sexual behaviours : First analysis of data from a scottish sample. *Journal of Sex Aggression*, 12(2), 115-125.

- Larsson, I., Svedin, C. et Lagerberg, D. (2001). Sexual behaviour in swedish preschool children, as observed by their parents. *Acta paediatrica*, 90(4), 367-369.
- Leon, S. C, Ragsdale, B., Miller, S. A. et Spacarelli, S. (2008). Trauma resilience among youth in substitute care demonstrating sexual behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 67-81.
- Lévesque, M. (2011). *Les comportements sexuels problématiques des enfants : étiologie et persistance*. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal, Canada.
- Lévesque, M., Bigras, M. et Pauzé, R. (2012). Persistence of problematic sexual behaviors in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(2), 239-245.
- Masson, H., Hackett, S., Phillips, J. et Balfe, M. (2012). Developmental markers of risk or vulnerability? Young females who sexually abuse: Characteristics, backgrounds, behaviours and outcomes. *Child & Family Social Work*, 20(1), 19-29.
- McClellan, J. et McCurry, C. (1997). Relationship between sexual abuse, gender, and sexually inappropriate behaviours in seriously. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 959.
- McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M. et Adams, J. (1996). Age of onset of sexual abuse: Relationship to sexually inappropriate behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1375-1383.
- McCrorry, E., Hickey, N., Farmer, E. et Vizard, E. (2008). Early-onset sexually harmful behaviour in childhood: A marker for life-course persistent antisocial behaviour? *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 19(3), 382-395.
- Ownbey, M. A., Jones, R. J., Judkins, B. L., Everidge, J. A. et Timbers, G. D. (2001). Tracking the sexual behavior-specific effects of a foster family treatment program for children with serious sexual behavior problems. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 18(6), 417-436.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22(2), 129-141.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Five empirically-derived subtypes of children with sexual behaviour problems: Characteristics potentially

- related to juvenile delinquency and adult criminality. *The Irish Journal of Psychology*, 19(1), 49-67.
- Pomeroy, J. C., Behar, D. et Stewart, M. A. (1981). Abnormal sexual behaviour in pre-pubescent children. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 138(1), 119-125.
- Rose, K. S. (2009). *Navigator's group: Group therapy for sexually reactive children*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.
- Staiger, P., Kambouropoulos, N., Evertsz, J., Mitchell, J. et Tucci, J. (2005). *A preliminary evaluation of the transformers program for children who engage in problem sexual behaviour*. Australian Childhood Foundation.
- Silovsky, J. F. et Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. et Hecht, D. B. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 378-391.
- Stewart, A. M. (2009). *Treatment program evaluation for pre-adolescent children with sexual behavior problems*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.
- Thigpen, J. W. (2009). Early sexual behavior in a sample of low-income, african american children. *Journal of Sex Research*, 46(1), 67-79.
- Tourigny, J. (2009). Identification et évolution des stratégies d'adaptation d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques suite à une thérapie de groupe. Thèse de doctorat, UQTR.
- Tremblay, C. et Bégin, H. (2008). Impact de l'intervention auprès d'enfants qui ont des comportements sexuels problématiques. *Revue québécoise de psychologie*, 29(3), 15-26.
- Turner, J., Chamberland, C., Hamelin, A. et Tourigny, M. (2001). *Analyse descriptive d'un service d'intervention psychosociale en CLSC pour enfants de 6 à 12 ans victimes d'abus sexuels ou manifestant des comportements sexuels problématiques*. Rapport de recherche. Montréal : IRDS.
- Wallace, S. L. (2012). *A typology of preadolescent sexual abusers based on the emerging personality patterns in the Millon preadolescent clinical inventory*. Thèse de doctorat, University of Arkansas, United States : Arkansas.

R2 Ne présente pas les critères utilisés pour déterminer la présence de CSP (absence de critères permettant de juger de l'aspect problématique d'un comportement sexuel) (n = 60)

Baltierra, J. (2001). *Ethnic differences in child sexual abuse*. Thèse de doctorat, California State University, Long Beach, United States: California.

Calam, R., Horne, L., Glasgow, D. et Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: A follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 22(9), 901-913.

Cash, R. O. (2002). *Predicting sexual abuse status among preschool-aged children using the Child Sexual Behavior Inventory*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.

Clements, G. (2009). *Les comportements sexuels des enfants de 2--12 ans victimes d'agression sexuelle ou non: Comparaison de la nature et de la fréquence des comportements selon l'âge et le sexe*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke (Canada), Canada.

Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H., Alpert, J. L., Weinberg, S. L. et Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1033-1042.

Currier, L. L. et Wurtele, S. K. (1996). A pilot study of previously abused and non-sexually abused children's responses to a personal safety program. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(1), 71-87.

Deblinger, E. et Others, A. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, 13(3), 403-408.

Drach, K. M., Wientzen, J. et Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25(4), 489-503.

Elkovitch, N. (2011). *Multiple determinants of sexualized behavior in middle childhood: A developmental psychopathology perspective*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.

Estes, L. S. (1997). *Mothers' histories of sexual abuse: Impact on child sexual abuse*. Thèse de doctorat, University of California, Los Angeles, United States: California.

- Estes, L. S. et Tidwell, R. (2002). Sexually abused children's behaviours: Impact of gender and mother's experience of intra- and extra-familial sexual abuse. *Family Practice*, 19(1), 36-44.
- Farmer, E. et Pollock, S. (2003). Managing sexually abused and/or abusing children in substitute care. *Child & Family Social Work*, 8(2), 101-112.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J. et al. (2001). Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A. et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Friedrich, W. N. et Reams, R. A. (1987). Course of psychological symptoms in sexually abused young children. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(2), 160-170.
- Friedrich, W. N., Sandfort, T. G. M., Oostveen, J. et Cohen-Kettenis, P. (2000). Cultural differences in sexual behavior: 2–6 year old dutch and american children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(1-2), 117-129.
- Grayston, A. D. et De Luca, R. V. (1995). Group therapy for boys who have experienced sexual abuse: Is it the treatment of choice? *Journal of Child & Adolescent Group Therapy*, 5(2), 57-82.
- Hall-Marley, S. et Damon, L. (1993). Impact of structured group therapy on young victims of sexual abuse. *Journal of Child & Adolescent Group Therapy*, 3(1), 41-48.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. et Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- Hiebert-Murphy, D., de Luca, R. V. et Runtz, M. (1992). Group treatment for sexually abused girls: Evaluating outcome. *Families in Society*, 73(4), 205-213.
- Johansen, D. M. (1990). *Distinguishing sexually abused children from nonabused children on the basis of sexual behavior*. Thèse de doctorat, Marquette University, United States : Wisconsin.
- Johnson, T. C. et Aoki, W. T. (1993). Sexual behaviors of latency age children in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 11(1), 1-22.

- Kabban-Moses, M. (2004). *A validity study of rorschach sexual responses with a sample of sexually abused girls*. Thèse de doctorat, Alliant International University, San Diego, United States : California.
- Kaeser, F., DiSalvo, C. et Moglia, R. (2000). Sexual behaviors of young children that occur in schools. *Journal of Sex Education & Therapy*, 25(4), 277-285.
- Katz-Plotkin, S. (1991). *Sexual victimization and its impact on children's sexual behavior and behavioral functioning*. Thèse de doctorat, Boston College, United States : Massachusetts.
- Kavanaugh, A. L. (2003). *Behavioral sequelae that differentiate sexually abused from nonabused preschool children*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.
- Kolko, D. J., Moser, J. T. et Weldy, S. R. (1988). Behavioral/emotional indicators of sexual abuse in child psychiatric inpatients: A controlled comparison with physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 12(4), 529-541.
- Larsson, I., Svedin, C.-G., et Friedrich, W. (2000). Differences and similarities in sexual behaviour among pre-schoolers in Sweden and USA. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(4), 251-257.
- Larsson, I. et Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior--a comparison. *Child Abuse & Neglect*, 26(3), 247.
- Luiselli, J. K., Sherak, D. L., Dunn, E. K. et Pace, G. M. (2005). Sexual behaviors among children and adolescents with acquired brain injury: An incidence survey at a community-based neurorehabilitation center. *Behavioral Interventions*, 20(1), 17-25.
- Lussier, P. et Healey, J. (2010). Searching for the developmental origins of sexual violence: Examining the co-occurrence of physical aggression and sexual behaviors in early childhood. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(1), 1-23.
- Mannarino, A. P. et Cohen, J. A. (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(1), 105-120.
- McCrae, J. S. (2009). Emotional and behavioral problems reported in child welfare over 3 years. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 17(1), 17-28.
- McNichol, S. et McGregor, K. J. (1999). Exploring the link between sexualized behaviour and sexual abuse in a clinical setting. *Child Abuse Review*, 8(5), 339-348.

- Merrick, M. T., Litrownik, A. J., Everson, M. D. et Cox, C. E. (2008). Beyond sexual abuse: The impact of other maltreatment experiences on sexualized behaviors. *Child Maltreatment, 13*(2), 122-132.
- Meyer-Bahlburg, H., Dolezal, C. L., Wasserman, G. A. et Jaramillo, B. M. (1999). Prepubertal boys' sexual behavior and behavior problems. *AIDS Education & Prevention, 11*(2), 174-186.
- Meyer-Bahlburg, H., Dolezal, C. et Sandberg, D. E. (2000). The association of sexual behavior with externalizing behaviors in a community sample of prepubertal children. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 12*(1), 61-79.
- Mian, M., Marton, P. et Lebaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year old girls. *Child Abuse & Neglect, 20*(8), 731-745.
- Mok, D. S. Y. (1996). *Gender comparisons of child sexual abuse victims*. Thèse de doctorat, Rosemead School of Psychology, Biola University, United States : California.
- Pelaez Merrick, M. T. (2008). *Pathways from child maltreatment to juvenile delinquency: Sexualized behaviors and loneliness*. Thèse de doctorat, University of California, San Diego, United States: California.
- Pelletier, G. (1990). *A comparison of behavioral and family characteristics of girls from sexually abusive, dysfunctional, and non-referred families*. Thèse de doctorat, University of Calgary (Canada), Canada.
- Rappaport, S. R. (1992). *The effects of age and gender on the psychological and behavioral sequelae of child sexual abuse*. Thèse de doctorat, DePaul University, United States : Illinois.
- Reeker, J. A. (1997). *An evaluation of a group treatment for sexually abused young children*. Thèse de doctorat, ProQuest Information & Learning, US.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V. et Dixon, J. F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 951-964.
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannäs, M. et Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect, 27*(6), 579-605.
- Santtila, P., Sandnabba, N. K., Wannös, M. et Krook, K. (2005). Multivariate structure of sexual behaviors in children: Associations with age, social competence, life stressors, and behavioral disorders. *Early Child Development & Care, 175*(1), 3-21.

- Scarf, C. L. (1993). *Trauma related psychological responses in sexually and physically abused children*. Thèse de doctorat, California School of Professional Psychology - Los Angeles, United States : California.
- Schoentjes, E., Deboutte, D. et Friedrich, W. (1999). Child sexual behavior inventory: A dutch-speaking normative sample. *Pediatrics*, 104(4), 885-893.
- Sedlar, G. R. (2001). *Heterogeneous clinical presentation of sexually abused youth presenting for treatment: An initial examination of clinical subtypes and correlates of adjustment*. Thèse de doctorat, The University of Nebraska - Lincoln, United States: Nebraska.
- Shafran, C. R. (1995). *Normal sexual behavior of young children: Contextual and family influences*. Thèse de doctorat, The Fielding Institute, United States : California.
- Singer, E. V. (1991). *Identifying sexually abused female children aged 3-6 years: Use of the evidentiary interview*. Thèse de doctorat, California School of Professional Psychology - San Diego, United States: California.
- Sortisio, C. M. (1995). *Distinguishing sexually abused from nonsexually abused children*. Thèse de doctorat, The University of North Carolina at Chapel Hill, United States : North Carolina.
- Sullivan, S. (2011). *Impulsivity, child sexual behavior, and preadolescent delinquency and aggression*. Thèse de doctorat, Fielding Graduate University, United States : California.
- Thigpen, J. W. (2006). *The early sexual behavior of african-american children*. Thèse de doctorat, The University of Chicago, United States: Illinois.
- Wherry, N. J., Jolly, J. B., Feldman, J., Adam, B. et Manjanatha, S. (1995). Child sexual behavior inventory scores for inpatient psychiatric boys: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4(3), 95-105.
- White, S., Halpin, B. M., Strom, G. A. et Santilli, G. (1988). Behavioral comparisons of young sexually abused, neglected, and nonreferred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(1), 53-61.
- Wilkin, N. (1991). *The psychosocial functioning of sexually abused children in comparison to physically abused, neglected, and nonabused children*. Thèse de doctorat, Memphis State University, United States : Tennessee.

Wilshire, T. W. (1995). *Gender differences in child sexual abuse symptomatology*. Mémoire de maîtrise en /Thèse de doctorat en [ajouter la discipline], Fuller Theological Seminary, School of Psychology, United States -- California.

Wright, R. W. (1997). *Factors associated with behaviorally asymptomatic child victims of sexual abuse*. Thèse de doctorat, Fuller Theological Seminary, School of Psychology, United States : California.

Yuile, A. L. (2007). *A gender-sensitive approach to girlhood aggression: Risk assessment, intervention, and follow-up*. Thèse de doctorat, York University (Canada), Canada.

R3 Ne rapporte pas de résultats spécifiques pour les 12 ans et moins OU âge moyen de l'échantillon est plus grand que 12 ans (n = 6)

Hackett, S., Phillips, J., Masson, H. et Balfe, M. (2013) Individual, family and abuse characteristics of 700 British child and adolescent sexual abusers. *Child Abuse Review*, 22(4), 232-245.

Hunter Jr., J. A., Lexier, L. J., Goodwin, D. W., Browne, P. A. et Dennis, C. (1993). Psychosexual, attitudinal, and developmental characteristics of juvenile female sexual perpetrators in a residential treatment setting. *Journal of Child & Family Studies*, 3(4), 317-326.

Letourneau, E. J., Chapman, J. E. et Schoenwald, S. K. (2008). Treatment outcome and criminal offending by youth with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 133-144.

Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C., Kitzman, H., Cole, R., Luckey, D. et al. (2009). Preventing child abuse and neglect with home visiting by nurses. In K. A. Dodge et D. L. Coleman (dir.), *Preventing child maltreatment: Community approaches*. (p. 29-54). New York, NY US: Guilford Press.

Ray, J. A. et English, D. J. (1995). Comparison of female and male children with sexual behavior problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(4), 439-51.

Zaddach, C. W. (2010). *Youth in substitute care presenting with sexual behavior problems*. Thèse de doctorat, Loyola University Chicago, United States : Illinois.

R4 L'article est écrit dans une langue autre que l'anglais ou le français (n = 4)

Miyahara, H., Inadomi, H., Ohta, Y. et Aikawa, K. E. A. (2008). Mothers' perceptions of the sexual development and behavior of their children and persons with autism in general. *Acta Medica Nagasakiensia*, 53(1), 1-7.

Oostveen, J. M., Meulmeester, J. F. et Cohen-Kettenis, P. (1994). Sexual behavior of young children. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 138(44), 2200-2204.

Schuhrke, B. et Arnold, J. (2009). Kinder und jugendliche mit problematischem sexuellen verhalten in (teil-)stationären hilfen zur erziehung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(3), 186-214.

Selvi, Y., Özdemir, P. G., Atli, A. et Kiran, S. G. (2011). *Aile içi cinsel istismar sonrası zedelenmiş cinsellik: Kompulsif cinsel davranışları olan bir olgu sunumu. (turkish)*. Yerkuere Tanim ve Yayincilik A.S.

5. EXTRACTION DES DONNÉES DANS LES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

5.1. Évaluation de la qualité méthodologique des études

Les études publiées peuvent varier considérablement en termes de qualité méthodologique. Les limites des études primaires contenues dans la recension systématique représentent une des sources potentielles de biais lors de la réalisation d'une recension systématique (Sanderson, Tatt et Higgins, 2007). Les faiblesses méthodologiques peuvent altérer la capacité à établir un lien entre deux variables et du coup, biaiser les conclusions générales de la recension systématique (Sanderson et al., 2007).

L'évaluation des biais pouvant compromettre la validité des études incluses influence donc l'analyse et l'interprétation des résultats des études individuelles et, par conséquent, les conclusions de la revue systématique (INESS, 2013). Bien que l'évaluation de la qualité des études recensées représente une étape incontournable de la réalisation d'une recension systématique, la qualité s'avère être un concept complexe et relativement subjectif, variant d'un auteur à l'autre (Deeks, Dinnes, D'Amico, Sowden, Sakarovitch, Song, et al., 2003). Par exemple, une étude ayant utilisé la méthode Delphi auprès d'experts dans le domaine de l'évaluation de la qualité méthodologique a démontré que ceux-ci ont été incapables de générer une définition de la qualité qui soit acceptable pour tous les experts (Verhagen, de Vet, de Bie, Kessels, Boers, Bouter, et al., 1998).

Néanmoins, l'évaluation de la qualité des études fait habituellement référence à l'évaluation de la validité interne et externe des études (INESS, 2013). Les éléments suivants sont généralement considérés : l'adéquation du devis de l'étude en fonction des objectifs, la pertinence et la validité des mesures et des stratégies analytiques et le potentiel

de généralisation des résultats. L'importance accordée à chacun de ces éléments dépend de la question à l'étude, de même que de l'objectif de la recension systématique.

Les recensions systématiques portant sur les outils d'évaluation de la qualité des études (par ex. : Deeks et al., 2003; Juni, Altman et Egger, 2001; Katrak, Bialocerkowski, Massy-Westropp, Kumar et Grimmer, 2004; Sanderson et al., 2007) concluent qu'il n'existe aucun outil d'évaluation de la qualité méthodologique à privilégier davantage qu'un autre et que la majorité des outils actuellement disponibles n'ont pas été développés en suivant un processus rigoureux. De plus, une grande variabilité est observée entre les différents outils, tant en regard du nombre et de la nature des items évaluant la validité interne et externe de l'étude, de l'étendue des scores possibles et du stade de développement des outils. Face à cette grande diversité, il est anticipé que les différents outils pourraient indiquer un degré très variable de qualité méthodologique lorsqu'utilisés pour évaluer une même étude (Sanderson et al., 2007).

Des lignes directrices ont été formulées par différents auteurs pour orienter le choix de l'outil à utiliser dans l'évaluation la qualité des études. Premièrement, l'outil d'évaluation choisi devrait inclure un petit nombre de domaines clés, en prenant soin d'être le plus spécifique possible, en fonction des devis et du sujet d'étude (Sanderson et al., 2007). Deuxièmement, les outils qui résultent en une échelle de cotation (score de critères atteints) sont à proscrire (CRD, 2008; Higgins et Altman, 2008; INESS, 2013, Sanderson et al., 2007). Bien que ce type d'outil ait l'avantage d'être simple, il inclut parfois des éléments qui ne sont pas liés directement à la qualité de l'étude. De plus, le poids accordé aux différents éléments compris dans l'échelle n'est pas expliqué ou établi de façon arbitraire (Sanderson et al., 2007). Troisièmement, les outils qui n'ont pas fait l'objet d'une validation ne sont pas recommandés (INESS, 2013). Il est ainsi recommandé de privilégier les outils dont les informations relatives aux étapes de son développement et à sa validité et fidélité sont rapportées (INESS, 2013; Sanderson et al., 2007).

5.2. Critères de qualité retenus

La qualité méthodologique des études sélectionnées a été évaluée à partir de quatre critères. Les quatre critères présentés ont servi à l'interprétation des résultats. Plus le nombre de critères atteints est élevé, plus la qualité méthodologique de l'étude est jugée élevée. La qualité méthodologique des 18 études sélectionnées a été évaluée par la 1ère et la 4e auteure, de façon indépendante (à l'exception du calcul de la puissance statistique qui a été effectué par la 1ère auteure et validé par la 4e auteure). L'accord entre les évaluatrices, mesuré par un coefficient Kappa de Cohen de 0,88, est jugé comme étant élevé par Shrout (1998). Les désaccords ont été réglés par consensus au sein du comité.

5.2.1. Méthode pour attester de la présence ou non des CSP

Le premier critère renvoie à la méthode utilisée par les auteurs pour attester de la présence ou non de CSP. Ce critère revêt une importance capitale puisqu'il affecte directement la validité interne des études. Les différentes études ont donc été regroupées selon la méthode de catégorisation de l'échantillon, classée par ordre décroissant de validité, soit :

- 1) À partir d'un instrument de mesure validé servant à mesurer spécifiquement la présence/absence de CSP chez les enfants;
- 2) À partir du jugement clinique d'intervenants dans le domaine;
- 3) À partir du jugement du personnel de recherche;
- 4) À partir d'un seuil clinique issu d'un instrument de mesure qui n'est pas conçu spécifiquement pour mesurer la présence/absence de CSP chez les enfants, mais à partir duquel les auteurs ont eux-mêmes défini de façon théorique un seuil clinique.

5.2.2. Type de devis

Ce critère réfère à la capacité d'établir un lien prédictif entre les différentes variables à l'étude et la présence des CSP (devis longitudinal vs transversal).

Codes utilisés :

- L : Le devis utilisé est de nature longitudinale, c'est-à-dire que les facteurs associés sont mesurés avant la variable dépendante.
- T : Le devis utilisé est de nature transversale, c'est-à-dire que les facteurs associés sont mesurés au même moment que la variable dépendante.

5.2.3. Type d'analyses statistiques

Ce critère réfère à la capacité des analyses statistiques à tenir compte des interactions entre les variables (analyses statistiques multivariées vs univariées).

Codes utilisés :

- U : L'étude utilise une stratégie d'analyse statistique univariée (une variable indépendante à la fois).
- M : L'étude utilise une stratégie d'analyse statistique multivariée (plusieurs variables indépendante dans l'analyse statistique)

5.2.4. Puissance statistique

Ce critère réfère à s'assurer que l'étude possède la puissance statistique suffisante pour pouvoir détecter une relation entre le facteur étudié et les CSP, en fonction des balises proposées par Cohen (1988). Le calcul de la puissance statistique a été réalisé avec le logiciel G*Power pour chacune des études recensées (en faisant une moyenne de la

puissance statistique si l'étude comporte plusieurs tests statistiques). La démarche de Yergeau (2009) a été répliquée.

5.3. Extraction des résultats des études sélectionnées

Les études retenues ont d'abord été résumées par la première auteure, au moyen d'une grille d'extraction des données. Cette façon de faire permet une extraction constante des données, réduit les biais et améliore la fidélité de l'extraction.

Les caractéristiques des études retenues, de même que leurs résultats, ont été résumés par l'auteure principale au sein des tableaux (qui se trouvent dans l'article accepté). L'exactitude de l'entièreté des données extraites a été validée par la 4e auteure, ce qui est conforme avec la procédure proposée par le CRD (2008). Les désaccords ont été résolus par consensus entre les évaluatrices.

6. SYNTHÈSE NARRATIVE

La synthèse des données est la comparaison, la combinaison et le résumé des résultats des études incluses dans une revue systématique relativement à la question clé de recherche (INESS, 2013). En considérant la force des preuves (*strength of evidence*), en cherchant à savoir si les effets observés sont semblables dans toutes les études et en examinant les raisons qui expliquent ces différences, on peut établir des conclusions fondées sur des données probantes (CRD, 2008).

La synthèse narrative, en opposition à la synthèse statistique, sera privilégiée dans le cadre de cette recension systématique. La synthèse narrative des données inclut, tel que rapporté par l'INESS (2013), les éléments suivants : les caractéristiques cliniques et méthodologiques des études incluses, les forces et les limites de chaque étude individuellement et les tendances que l'on observe concernant l'ensemble des études, de même que les relations entre les caractéristiques des études et leurs résultats ainsi que les tendances concernant l'ensemble des études.

L'interprétation finale de la synthèse narrative doit informer sur la robustesse de la synthèse. Pour ce faire, la synthèse narrative statuera autant sur la qualité méthodologique des études incluses dans la recension systématique que sur la fiabilité du processus de synthèse utilisée dans la présente recension. De plus, l'application des résultats à diverses populations sera abordée, en mentionnant les contextes dans lesquels les études ont été réalisées et les limites que cela comporte (INESS, 2013).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Center for Reviews and Dissemination (2008). *Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. University of York. Document téléaccessible à l'adresse : www.york.ac.uk/inst/crd/index_guidance.htm.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Deeks, J. J., Dinnes, J., D'Amico, R., Sowden, A. J. Sakarovitch, C., Song, F., et al. (2003). Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technology Assessment*, 7(27), 183 p.
- Gough, D., Oliver, S. et Thomas, J. (2013). *Learning from research: Systematic reviews for informing policy decisions. A quick guide*. Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre), Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London: Nesta.
- Higgins, J. P. T. et Altman, D. G. (2008). Assessing risk of bias in included studies. Dans J. P. T. Higgins et S. Green (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (p. 188-242). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Montréal, Qc : INESSS, 44 p.
- Juni, P., Altman, D.G. et Egger, M. (2001). Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *British Medical Journal*, 323, 42-46.
- Katrak, P., Bialocerkowski, A.E., Massy-Westropp, N., Kumar, S. et Grimmer, K.A. (2004). A systematic review of the content of critical appraisal tools. *BMC Medical Research Methodology*, 4, 22.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A. et Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford Press.
- Rutter, D., Francis, J., Coren, E. et Fisher, M. (2010). *SCIE systematic research reviews : Guidelines* (2nd ed.). Social Care Institute for Excellence [SCIE], 126 p. Document téléaccessible à l'adresse: www.scie.org.uk/publications/researchresources/rr01.pdf
- Sanderson, S., Tatt, I. D. et Higgins, J. P. T. (2007). Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: A systematic review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology*, 36, 666-676.

Shrout, P. E. (1998). Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*, 7(3), 301-317.

Verhagen, A. P., de Vet, H. C. W., de Bie, R. A., Kessels, A. G. H., Boers, M., Bouter, L. M. et al. (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12), 1235-1241.

Yergeau, E. (2009). Étude sur la puissance statistique des devis de recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(2), 199-221.

ANNEXE C
COMPLÉMENTS D'INFORMATION - ARTICLE 2

AUTORISATION D'UTILISATION DES DONNÉES – ARTICLE 2

**Les Centres jeunesse
de Lanaudière**

Siège Social
260, rue Lavaltrie Sud, Joliette (Québec)
Téléphone: (450) 756-4555

Le 7 janvier 2010

Monsieur Marc Tourigny
Professeur titulaire
Faculté d'éducation - Département de psychoéducation

Objet : Envoi de données numériques de bases de données des CJL

Monsieur Tourigny,

La présente est pour confirmer que nous acceptons de vous faire parvenir les données numériques contenues dans les bases de données effectuées lors des projets suivants menés aux Centres jeunesse de Lanaudière par madame Claudia Tremblay et ses collaborateurs:

- Évaluation de l'implantation du programme d'intervention de groupe « À la croisée des chemins » destiné aux enfants âgés de 6 à 12 ans présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents
- Comportements sexuels problématiques chez les jeunes en difficulté : dépistage et intervention

C'est avec grand plaisir que nous acceptons de collaborer avec vous pour votre projet.

Veillez agréer, monsieur Tourigny, mes salutations distinguées.

Gilles Bergeron
Directeur de la qualité des services professionnels
Les Centres jeunesse de Lanaudière

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE – ARTICLE 2



Centre jeunesse
de Québec

Institut universitaire

Siege social

2915, avenue du Bourg-Royal, Beauport (Québec) G1C 3S2
Téléphone (418) 661-6951 Télécopieur (418) 661-2845

Le 11 juin 2002

Madame Claudia Tremblay
Centre jeunesse de Lanaudière

Objet : Projet : Développement et évaluation de l'implantation d'un programme d'intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de leurs parents (ou adultes significatifs) (2002-14)

M^{me} Tremblay,

Le CÉR-IU a bien reçu les modifications demandées concernant le projet en titre et vous informe de sa conformité.

Vous êtes donc autorisée à procéder à la réalisation de votre projet de recherche.

Si lors du déroulement de votre projet des modifications qui touchent les aspects de confidentialité et de consentement sont ajoutées, vous devrez en aviser le CÉR-IU pour obtenir un nouvel avis de conformité.

Vous remerciant de votre collaboration le CÉR-IU vous souhaite de réaliser avec succès votre projet.

Veillez agréer, M^{me} Tremblay, l'expression nos sentiments les meilleurs.

Gilles Mireault
Président par intérim

RÈGLES DE PUBLICATION – ARTICLE 2

Sexual Offender Treatment

The electronic journal of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders

Guidelines to authors

SEXUAL OFFENDER TREATMENT is an international peer reviewed journal open to all scientists and practitioners researching sexual abuse. We welcome all contributions that enhance or illuminate relevant practice and science.

All material is assumed to be submitted exclusively to SEXUAL OFFENDER TREATMENT per e-mail to: journal@iatso.org. The Editors expect adherence to the principles outlined by the committee on Publication Ethics (www.publicationethics.org.uk).

The manuscripts are written in clear, grammatical English and author(s) should consult with the Publication Manual of the American Psychological Association, 5th Edition for style and formatting, except as described below.

1.

Full-length reports of completed research should not exceed 6,000 words of text, with an abstract of not more than 300 words, no more than 30 references and a combined total of no more than 10 tables or figures.

Rapid or Brief Communications should not exceed 3,000 words of text, with an abstract of not more than 250 words, no more than 15 references, and a combined total of no more than 6 tables or figures.

Overview or Review Articles should include a 250-word summary, text not exceeding 5,000 words, 50 references, and a combined total of no more than 10 tables or figures; the text is not to be divided into the usual sections.

Single case reports of high interest are also suitable for publication. When a letter consists of commentary on a previous article, it may be sent to the original author(s) by the Editors for a response, which may also be published. Letters should not exceed 500 words in length, no more than 5 references and a single table or figure.

2.

Full-length reports of completed research must conform to the following format:

Page 1: Title page. This page contains the title (preferably not more than 15 words). SEXUAL OFFENDER TREATMENT prefers expressive titles to neutral ones.

Authors: The full first name, middle initials, and family name of each author, as well as the name(s) of the department(s) and institution(s) to which the work should be attributed, with address(es) including postal codes. Please supply 5-10 keywords. The mailing address, telephone and fax numbers, and e-mail address for the corresponding author should be added.

Page 2: Footnotes. These should be designated by superscript arabic numbers and should include the footnotes to the title, giving sources of support, and to authors' names, giving current addresses and an address for correspondence from readers. Authors should indicate clearly any source of funding for work reported in the journal as well as any potential conflict of interest. This page should also include all footnotes to the text, given in numerical sequence.

Page 3: The **abstract** page is separate from the text, with a separate word count. The abstract should – if appropriate – at least consist of four paragraphs, labeled Aim/Background, Material/Methods, Results, and Conclusions. They should briefly describe the problem being addressed in the study, how the study was performed, the salient results, and what the authors conclude from the results. The abstract for Rapid and Brief Communications need not be divided into sections.

Page 4, pp: Text.

The **introduction** contains a statement of the purpose of the work, the problem that stimulated it, and a brief summary of relevant published investigations.

Materials and methods must be presented in sufficient detail to enable other investigators to repeat the work.

The **results** should be described concisely, avoiding redundant tables and figures illustrating the same data.

The **discussion** should interpret results, with minimal recapitulation of findings.

New page:

References should be added following the Publication Manual of the American Psychological Association, 5th Edition (www.apastyle.org).

Type each **table**, double-spaced throughout (including column headings, footnotes, and data), on a separate page. Number the tables in sequence in arabic numbers and supply a concise, informative title for each one. Each column in the tables should carry a concise heading describing the data in the column. Use lowercase superscript letters to designate footnotes, and type the footnotes below the tables to which they refer. Tables are cited in the text in numerical order. Each table should be understood without consulting the text.

Images must be in digital format, appended to the text document.

3.

1. **Preview** (if necessary): One to three weeks after submission of the manuscript, the author may receive Editor's letter with a copy of the manuscript in which the required corrections are indicated. The author should revise the manuscript and return it as soon as possible.

2. **Peer review:** One to two months after submission of the manuscript, the authors will receive the Editor's publication decision along with the results of a review by two anonymous review(s). In principle, the instructions, objections and requests made by the reviewers should be strictly followed. In this respect, the editor's accompanying letter will give clear general instructions for further work on the manuscript.

After the paper has been accepted for publication, authors are required to submit the **final accepted** version to journal@iatso.org.

Contributors do not pay page charges.



PABST PUBLISHERS

Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

Eichengrund 28

D-49525 Lengerich (Germany)

Tel. + 49 (0) 5484-97234

Fax + 49 (0) 5484-550

www.pabst-publishers.com (German)




www.pabst-science-publishers.com (English)

Publishers Office:

Armin Vahrenhorst

vahrenhorst@pabst-publishers.com

PREUVE DE SOUMISSION - ARTICLE 2**Re: Submission : IATSO e-journal article**

De Reinhard Eher, MD ⁺
À Douglas.Boer ⁺, Isabelle Boisvert ⁺
Date 2015-08-18 14:19
Priorité Normale

Hi all,
we have received the manuscript,
thanks!
it is considered – after a review process – to be published in SOT II-2015,
Reinhard

RÔLE DES AUTEURS – ARTICLE 2

Isabelle Boisvert :

- Conception du plan de l'article
- Réalisation des analyses statistiques
- Rédaction de l'ensemble des sections de l'article (introduction, méthodologie, résultats, discussion)
- Modifications apportées suite aux commentaires du traducteur

Marc Tourigny :

- Validation du plan de rédaction
- Soutien à la rédaction en émettant des commentaires et suggestions qui ont par la suite été intégrés à l'article final

Nadine Lanctôt :

- Validation du plan de rédaction
- Soutien à la rédaction en émettant des commentaires et suggestions qui ont par la suite été intégrés à l'article final

Mélanie M. Gagnon :

- Conception du protocole d'entrevue
- Collecte des données

Claudia Tremblay :

- Mise en place du projet original
- Propriétaire de la banque de données originale

**AUTORISATION D'INTÉGRATION
D'UN ARTICLE ÉCRIT EN COLLABORATION
À UN MÉMOIRE OU UNE THÈSE**

Je (ou nous), soussignée(s), soussigné(s), co-auteur(s), co-auteur(s) de l'article intitulé :

Psychosocial profiles of children referred for treatment for sexual behavior problems or for having been sexually abused

reconnais (reconnaissons) que ledit article sera inclus comme partie constituante du mémoire de la thèse

de l'étudiant(e) (nom) : Isabelle Boisvert

Inscrit(e) au programme de Doctorat en psychoéducation

de la Faculté de Éducation de l'Université de Sherbrooke

En foi de quoi, j'ai (nous avons) signé cet engagement en un nombre suffisant d'exemplaires*

Signature _____ Date : 11 sept. 2015

Nom Marc Tourigny

Coordonnées Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil

Signature _____ Date : 2015-09-11

Nom Nadine Lanctôt

Coordonnées Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil

Signature _____ Date : 2015-09-11

Nom Mélanie M. Gagnon

Coordonnées Centre d'expertise Marie-Vincent
4500 rue Deschênes

Signature _____ Date : 2015-09-14

Nom Claudia Tremblay

Coordonnées Centre Intégré de Santé et de Services
Sociaux de Paroissière

* Un exemplaire pour l'étudiante, l'étudiant, un exemplaire pour chaque personne signataire et un exemplaire pour le Service des bibliothèques (à remettre avec le mémoire ou la thèse au moment du dépôt final).