



**Les Centres jeunesse
de Lanaudière**

**Comportements sexuels problématiques chez les jeunes en difficulté :
Dépistage et intervention**

Rapport de recherche

Présenté à

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Claudia Tremblay, Ph.D., conseillère cadre
Direction de la qualité des services professionnels
Centres jeunesse de Lanaudière

Valérie Marchand, assistante de recherche
Direction de la qualité des services professionnels
Centres jeunesse de Lanaudière

Huguette Bégin, Ph.D., professeure
Département de psychologie
Université de Montréal

Cynthia Bêty, assistante de recherche
Direction de la qualité des services professionnels
Centres jeunesse de Lanaudière

Isabelle Beaulieu, agente de programmation, de planification et de recherche
Direction de la qualité des services professionnels
Centres jeunesse de Lanaudière

Septembre 2007

Diffusion

Les Centres jeunesse de Lanaudière
260, rue Lavaltrie sud
Joliette (Québec) J6E 5X7
(450) 756-4555, Centre de documentation

Pour toute information supplémentaire relative à ce document, vous pouvez communiquer avec :
Claudia Tremblay au (450) 756-4555

ISBN : 2-923142-18-7

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2007

Dépôt légal – Bibliothèque du Canada, 2007

Note

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte. De plus, il permet de renforcer l'anonymat des informateurs et informatrices à la source des données.

La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement tous les enfants, les parents biologiques et les parents d'accueil qui ont participé à cette recherche. Sans le savoir, ils nous ont aidés à avoir une meilleure connaissance de la problématique des enfants présentant des comportements sexuels non appropriés ainsi que des enfants victimes d'agressions sexuelles et présentant des troubles de comportement.

De plus, nous aimerions dire merci aux gestionnaires et aux intervenants des Centres jeunesse de Lanaudière qui, par leur implication à divers niveaux, ont permis la réalisation de cette recherche.

Nous sommes également reconnaissantes à madame Isabelle Boyer, assistante de recherche, pour son travail constant au niveau des entrevues d'évaluation, de la cotation et de l'interprétation des questionnaires cliniques, de la rédaction des rapports d'entrevue ainsi que de la présentation de ces rapports aux parents. De plus, elle a participé à l'entrée de données.

Nous tenons également à remercier monsieur Tristan Milot pour son implication dans les analyses statistiques et ses précieux conseils dans l'interprétation de celles-ci.

La réalisation de ce projet de recherche a été rendue possible grâce à une subvention de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Contexte théorique	3
1.1 Enfants victimes d'agressions sexuelles (VAS)	3
1.1.1 Sexe	3
1.1.2 Âge	3
1.1.3 Environnement familial	4
1.1.4 Fonctionnement de l'enfant	4
1.1.5 Mauvais traitements	6
1.1.6 Caractéristiques des parents	6
1.1.7 Statut socioéconomique	7
1.2 Enfants présentant des troubles de comportement (TC)	7
1.2.1 Sexe	8
1.2.2 Incidence	8
1.2.3 Environnement familial	8
1.2.4 Mauvais traitements	9
1.2.5 Fonctionnement de l'enfant	9
1.2.5 Caractéristiques des parents	11
1.2.6 Statut socioéconomique	12
1.3 Enfants présentant des comportements sexuels problématiques	12
1.3.1 Comportements sexuels problématiques (CSP)	12
1.3.2 Sexe et âge	13
1.3.3 Prévalence	13
1.3.4 Contexte familial	13
1.3.5 Mauvais traitements	14
1.3.6 Fonctionnement de l'enfant	14
1.3.7 Caractéristiques des parents	16
1.3.8 Niveau socioéconomique	17
2. Démarche méthodologique	19
2.1 Objectifs de l'étude	19
2.2 Déroulement de l'étude	19
2.3 Description de l'échantillon	20
2.4 Entrevue semi-structurée	20
2.5 Questionnaires cliniques	20
2.5.1 Échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C)	21
2.5.2 Système d'évaluation des habiletés sociales (SRSS)	21
2.5.3 Inventaire des comportements sexuels de l'enfant (CSBI)	21
2.5.4 Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans (CBCL)	21
2.5.5 Questionnaire des comportements et attitudes des parents (QCAP)	22
2.6 Stratégies d'analyse	22
3. Profil Psychosocial des enfants et des parents biologiques	25
3.1 Caractéristiques socio-démographiques	25
3.1.1 Sexe, âge et milieu de vie	25
3.1.2 Source de revenu des parents	28
3.1.3 Statut des parents	28

3.1.4 Niveau d'éducation des parents _____	29
3.2 Fonctionnement de l'enfant _____	30
3.2.1 Santé _____	30
3.2.2 Relations interpersonnelles _____	31
3.2.3 Problèmes de comportement _____	32
3.2.4 Fonctionnement relationnel et scolaire _____	33
3.2.5 Médication _____	34
3.2.6 Amitiés _____	34
3.3 Histoire de mauvais traitements _____	35
3.4 Fonctionnement des parents _____	36
3.4.1 Caractéristiques des parents biologiques _____	36
3.4.2 Antécédents familiaux des parents biologiques _____	37
4. Analyses des questionnaires cliniques _____	39
4.1 Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans _____	39
4.2 Inventaire des comportements sexuels de l'enfant _____	41
4.3 Échelle post-traumatique pour les enfants _____	42
4.4 Système d'évaluation des habiletés sociales _____	43
4.5 Questionnaire des comportements et attitudes des parents (QCAP) _____	44
5. Analyse Cluster _____	45
5.1 Création de Clusters _____	45
5.2 Validation des Clusters _____	45
5.3 Structure des Clusters selon les résultats obtenus à la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans (CBCL) _____	47
5.4 Structure des Clusters selon les résultats à l'échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C) _____	48
6. Discussion _____	51
7. Conclusion _____	55
Références _____	57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Sexe, âge et milieu de vie des enfants en fonction du groupe	25
Tableau 2 : Informations relatives au placement selon le groupe	26
Tableau 3 : Source de revenu des parents en fonction du groupe	28
Tableau 4 : Statut des parents selon le groupe	28
Tableau 5 : Niveau d'éducation des parents en fonction du groupe	29
Tableau 6 : Santé des enfants en fonction du groupe	30
Tableau 7 : Relations interpersonnelles des enfants selon la problématique	31
Tableau 8 : Problème de comportement des enfants en fonction du groupe	32
Tableau 9 : Fonctionnement relationnel et scolaire des enfants selon la problématique	33
Tableau 10 : Prise de médicaments des enfants en fonction du groupe	34
Tableau 11 : Amitiés des enfants en fonction de leur problématique	34
Tableau 12 : Histoire de victimisation des enfants en fonction du groupe	35
Tableau 13 : Caractéristiques des parents biologiques en fonction du groupe	36
Tableau 14 : Antécédents familiaux des parents biologiques en fonction du groupe	37
Tableau 15 : Résultats à la « Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans » en fonction du groupe	39
Tableau 16 : Résultats à la « Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans » en fonction du sexe	40
Tableau 17 : Résultats à l'« Inventaire des comportements sexuels de l'enfant » en fonction du groupe	41
Tableau 18 : Résultats à l'« Échelle post-traumatique pour les enfants » en fonction du groupe	42
Tableau 19 : Résultats au « Système d'évaluation des habiletés sociales » en fonction du groupe	43
Tableau 20 : Résultats au « Système d'évaluation des habiletés sociales » en fonction du sexe	43
Tableau 21 : Résultats des parents au « Questionnaire des comportements et des attitudes en fonction du groupe	44
Tableau 22 : Scores moyens basés sur l'appartenance au Cluster	46
Tableau 23 : Résultats aux Post Hoc Tests pour les variables de validation	46
Tableau 24 : Résultats à l'ANOVA et aux Post Hoc Tests pour le CBCL	48
Tableau 25 : Résultats aux Post Hoc Tests pour l'Échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C)	49

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Résultats à la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans (CBCL)</i>	47
<i>Figure 2 : Résultats à l'Échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C)</i>	49

INTRODUCTION

Les comportements sexuels problématiques manifestés par des enfants suscitent, dans notre société, incompréhension et remise en question. L'état des connaissances actuelles révèle que les comportements sexuels de ces jeunes peuvent être aussi agressifs et abusifs que ceux des adolescents ou des adultes (Araji, 1997; Hall et Mathews, 1996; Hall, Mathews et Pearce, 1998, 2002; Johnson, 2002). Selon Pithers et Gray (1998), les enfants âgés entre 6 et 12 ans sont responsables, dans une proportion de 13 % à 18 %, des gestes sexuels agressifs posés à l'endroit d'autres enfants. Au Québec, une étude réalisée par la Direction de la Protection de la jeunesse sur l'incidence de l'agression sexuelle par des mineurs révèle que 11 % des jeunes ayant posé des gestes sexuels de nature agressive sont âgés de 8 à 11 ans (Association des Centres jeunesse du Québec, 2000).

Devant cette réalité, les milieux d'intervention (centres jeunesse, organismes communautaires) ont reconnu le caractère prioritaire de ces situations inquiétantes, tant pour les enfants que pour les milieux d'hébergement, et par conséquent, l'urgence de développer des interventions appropriées à leur situation. Dans ce contexte, le programme d'intervention de groupe « À la Croisée des chemins » a été élaboré afin de répondre aux besoins spécifiques de ces enfants et de leur famille (Tremblay et Gagnon, 2005). Ainsi, depuis 1999, le programme est implanté dans différentes régions du Québec, notamment aux Centres jeunesse de Lanaudière.

Les études mettent en évidence les visages multiples de la problématique des enfants présentant des comportements sexuels inadaptés. En effet, plusieurs chercheurs et cliniciens soulignent que ces enfants ont des difficultés importantes au niveau du développement social (déficit au plan des habiletés sociales), comportemental (agressivité et impulsivité) et affectif (anxiété et faible estime de soi). De plus, s'ajoutent à ces difficultés personnelles des histoires de victimisation sexuelle, physique et psychologique. Les études font aussi ressortir que ces enfants proviennent de milieux familiaux où le système d'encadrement est déficient (absence de supervision et de soutien) et l'environnement est sexualisé (absence de frontières sexuelles, accessibilité à du matériel pornographique, exposition à des activités sexuelles d'adultes). De plus, les parents éprouvent des difficultés personnelles et conjugales importantes (problèmes de santé mentale, habiletés parentales déficitaires, violence conjugale) (Bonner, Walker et Berliner, 1999; Gagnon, Bégin et Tremblay, 2005; Gil et Johnson, 1993; Gray, Busconi, Houchens et Pithers, 1997; Gray, Pithers, Busconi et Houchens, 1999; Hall et Mathews, 1996; Hall et al., 1998, 2002; Pithers, Gray, Busconi et Houchens, 1998a, 1998b).

L'ensemble du profil psychosocial témoigne du niveau élevé de vulnérabilité présent chez ces enfants, par conséquent, il ne fait aucun doute qu'une intervention précoce est primordiale afin de prévenir l'aggravation des comportements sexuels et la victimisation future. Par ailleurs, très peu d'études se sont penchées sur les caractéristiques psychosociales, affectives et comportementales qui distinguent ce groupe d'enfants des autres jeunes en difficulté (par exemple : enfants victimes d'agression sexuelle, enfants présentant des troubles de comportement). Conséquemment, une meilleure compréhension des caractéristiques propres à ce groupe d'enfants permettrait non seulement de cibler davantage nos interventions en tenant compte de ces caractéristiques, mais favoriserait la mise en place de moyens de prévention et d'un dépistage précoce.

Qui plus est, les causes sous-jacentes ne sont pas aussi facilement observables que le problème auquel sont confrontés ces enfants ; elles correspondent souvent à une partie cachée du problème. Les caractéristiques peuvent expliquer pourquoi certains enfants sont plus susceptibles que d'autres de commettre des gestes sexuels inadéquats. Cette information est essentielle à la consolidation des mesures de prévention et d'intervention afin de produire des changements durables à long terme, ce qui justifie donc la pertinence de s'y attarder. De plus, le fait de mieux comprendre les caractéristiques spécifiques au groupe d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques sera favorable au développement d'un outil de dépistage prometteur ainsi qu'à l'amélioration des interventions préventives.

La présente étude a pour premier objectif de développer des connaissances dans le but de dépister plus précocement les comportements sexuels problématiques chez les enfants. Le second objectif vise à enrichir les connaissances afin d'améliorer les approches d'intervention auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

Le rapport est divisé en sept parties. La première partie présente le contexte théorique en abordant l'état des connaissances actuelles sur les enfants victimes d'agressions sexuelles, les enfants présentant des troubles de comportement ainsi que les enfants ayant des comportements sexuels problématiques. La deuxième partie décrit les objectifs généraux et spécifiques de l'étude. La troisième partie explique la méthodologie de l'étude. La quatrième partie traite des caractéristiques psychosociales associées aux enfants victimes d'agressions sexuelles, aux enfants présentant des troubles de comportement et aux enfants ayant des comportements sexuels problématiques. Les résultats des analyses des questionnaires cliniques sont traités dans la cinquième partie. La sixième partie présente une discussion concernant les différents résultats obtenus et établit des liens avec les autres recherches. Enfin, la dernière partie résume les principales conclusions du rapport et propose des études complémentaires.

1. CONTEXTE THÉORIQUE

Cette partie fait état des connaissances actuelles en abordant brièvement les caractéristiques sociodémographiques (genre, âge, environnement familial, caractéristique des parents, etc.), les mauvais traitements subis et le fonctionnement des enfants : 1) victimes d'agressions sexuelles; 2) présentant des troubles de comportement ;et; 3) adoptant des comportements sexuels problématiques.

1.1 Enfants victimes d'agressions sexuelles (VAS)

Dans cette partie, nous retrouvons des informations sur les enfants victimes d'agressions sexuelles provenant de la littérature : le sexe et l'âge des victimes, leur environnement familial, les caractéristiques de leurs parents et leur statut socioéconomique, les mauvais traitements qu'ils ont subis ainsi que leur fonctionnement à différents niveaux. Par agression sexuelle, nous entendons tout « 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 autre 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 » (Gouvernement du Québec, 2001, p.22).

1.1.1 Sexe

La majorité des victimes d'agressions sexuelles sont de sexe féminin (Hébert et Tremblay, 2000). En effet, selon Tourigny (1991), 71 % des VAS sont de sexe féminin. Selon Trickett et Putnam (1998), le taux des filles versus les garçons agressés sexuellement est évalué à 4 : 1. Putnam (2003) note aussi que 22 à 29 % des VAS sont de sexe masculin. Toutefois, la proportion des garçons victimes d'agressions sexuelles peut être sous-estimée. En effet, les garçons sont plus réticents à dévoiler les agressions sexuelles et les professionnels de la santé ont aussi moins tendance à s'informer auprès des hommes s'ils ont été victimes d'agressions sexuelles durant leur enfance. Ces deux éléments peuvent donc influencer fortement les données concernant le genre des VAS.

1.1.2 Âge

Les résultats relativement à l'âge varient selon les recherches. Toutefois, les enfants âgés de 6 à 12 ans sont considérés à risque d'être agressés (Hébert et Tremblay, 2000). Putnam (2003) rapporte que les risques d'être VAS augmentent en fonction de l'âge. En effet, 10 % des VAS se retrouvent entre 0 et 3 ans, 28,4 % entre 4 et 7 ans, 25,5 % entre 8 et 11 ans et 35,9 % ont 12 ans et plus. Par ailleurs, les impacts reliés à l'âge varient selon le sexe de

l'enfant. En effet, les risques d'être VAS chez les filles débutent effectivement plus tôt dans l'enfance et durent plus longtemps que chez les garçons (Putnam, 2003). La période la plus critique pour les filles se situe entre 10 et 12 ans (Tourigny, 1991).

1.1.3 Environnement familial

Le fonctionnement de la famille exerce une influence importante sur la sécurité de l'enfant face aux agressions sexuelles. Certains auteurs remarquent que les enfants VAS proviennent souvent de familles où la supervision parentale est inadéquate (Hébert et Tremblay, 2000 ; Cyr, Wright, McDuff et Perron, 2002). De plus, des recherches révèlent que l'un des parents biologiques est souvent absent des familles où un enfant a été agressé sexuellement (Hébert et Tremblay, 2000 ; Tourigny, 1991 ; Putnam 2003).

Vivre dans une famille reconstituée et en présence d'un beau-père constituent des facteurs de risque d'agressions sexuelles chez les enfants (Hébert et Tremblay, 2000; Tourigny, 1991; Bergner, Delgado et Graybill, 1994). La présence d'un beau-père au sein de la famille doublerait les risques que les filles soient VAS (Putnam, 2003), car elles ne se retrouveraient pas seulement à risque de se faire agresser par leur beau-père, mais aussi par de nouveaux hommes entrant dans l'environnement familial avec l'arrivée du conjoint. Tourigny (1991) précise que la présence d'un beau-père augmente les risques d'agressions sexuelles intrafamiliales, car ce dernier manifeste moins d'inhibitions et moins d'attachement envers l'enfant que le père biologique, ce qui peut donc « faciliter » le passage à l'acte. De plus, la présence d'un beau-père peut aussi augmenter les risques d'agressions sexuelles extrafamiliales; la supervision parentale étant moins intense de sa part.

L'environnement des VAS est aussi teinté de conflits au niveau du couple et entre les membres de la famille (Hébert et Tremblay, 2000; Tourigny, 1991; Putnam, 2003). Boney-McCoy et Finkelhor (1996) mentionnent que des tensions au niveau du couple peuvent augmenter le risque de victimisation sexuelle de l'enfant étant donné le manque de support, de soutien et, tel qu'indiqué plus tôt, de supervision parentale.

1.1.4 Fonctionnement de l'enfant

Au niveau du fonctionnement de l'enfant VAS, nous rapportons des données de recherche en ce qui concerne sa santé mentale, ses comportements sexuels problématiques et autodestructeurs, ses relations interpersonnelles, ses comportements antisociaux ainsi que son fonctionnement scolaire.

1.1.4.1 Santé mentale

Les VAS éprouvent des problèmes au niveau de différents syndromes à cause de leur histoire de victimisation. En effet, Estes et Tidwell (2002) rapportent que 40 % des garçons et 45 % des filles VAS avaient des résultats élevés à l'échelle des comportements internalisés du CBCL alors que 40 % des garçons et 37 % des filles VAS obtenaient des résultats élevés à l'échelle des comportements externalisés.

Par ailleurs, les enfants VAS montrent davantage de symptômes de dépression (jusqu'à 4 fois plus selon Briere et Elliott {1994}) que les enfants n'ayant pas été agressés sexuellement (Quas et al., 2003; Scott, Burlingame, Starling, Porter et Lilly, 2003; Boney-McCoy et Finkelhor, 1996; Lev-Wiesel, 2005; Putnam, 2003; Putnam et Trickett, 1993; Trickett, Reiffman, Horowitz et Putnam, 1997).

On remarque aussi la présence des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les enfants VAS (Boney-McCoy et Finkelhor, 1996; Lev-Wiesel, 2005; Negrao, Bonanno, Noll, Putnam et Trickett, 2005). En effet, Briere et Elliott (1994) indiquent que des symptômes du TSPT sont apparents chez 80 % des VAS. Deux études rapportent que chez les VAS, les symptômes du TSPT sont plus élevés que chez les enfants du groupe contrôle (Briere et Elliott, 1994; Sadowski, Trowell, Kolvin, Weeramanthri, Berelowitz et Gilbert, 2003).

Plusieurs autres syndromes sont très apparents chez les VAS. Notons l'anxiété (Lev-Wiesel, 2005; Briere et Elliott, 1994; Putnam et Trickett, 1993; Trickett et Putnam, 1998) et la colère (Scott et al., 2003; Putnam et Trickett, 1993; Negrao et al., 2005 ; Briere et Elliott, 1994).

1.1.4.2 Santé physique

Les VAS éprouvent des difficultés au niveau physique. En effet, Scott et al. (2003) ainsi que Trickett et al. (1997) rapportent que les VAS déclarent souvent vivre des problèmes somatiques, ils ont aussi des problèmes liés tant au sommeil qu'à l'alimentation (Putnam et Trickett, 1993).

1.1.4.3 Comportements sexuels problématiques

Des recherches indiquent aussi que les VAS présentent des comportements sexuels problématiques (CSP) (Trickett et Putnam, 1998; Trickett et al., 1997) ou encore une hypersexualité (Trickett et al., 1997). D'ailleurs, Briere et Elliott (1994) indiquent que les VAS ont tendance à démontrer des comportements sexuels plus problématiques que les enfants non agressés sexuellement.

1.1.4.4 Comportements autodestructeurs

Les comportements autodestructeurs sont présents chez les VAS. En effet, Lev-Wiesel (2005) note que les comportements autodestructeurs tels que l'automutilation sont davantage remarqués chez les enfants VAS que chez les autres jeunes. Outre l'automutilation, Putnam et Trickett (1993) rapportent que le suicide est aussi un comportement autodestructeur adopté par les enfants VAS.

1.1.4.5 Relations interpersonnelles

En ce qui concerne les relations sociales, Namka (1995) rapporte que les VAS ont de la difficulté à se faire des amis étant donné la présence de distorsions cognitives et du jugement négatif qu'elles entretiennent envers elles-mêmes. De plus, leur fonctionnement social est aussi affecté par le manque de confiance envers les autres, la colère envers leur entourage et la peur des autres (Briere et Elliott, 1994). Selon ces auteurs, les VAS sont moins compétentes au

niveau social, davantage agressives et plus retirées socialement que les enfants qui n'ont pas été agressés sexuellement.

1.1.4.6 Comportements antisociaux

Les VAS ont aussi tendance à démontrer des comportements antisociaux (Scott et al., 2003). Hébert et Tremblay (2000) notent d'ailleurs que les VAS ont davantage de difficulté dans leur comportement que les enfants qui n'ont pas vécu d'agressions sexuelles. Parmi les comportements antisociaux, on note la délinquance (Scott et al., 2003; Putnam et Trickett, 1993; Trickett et al., 1997), le vol (Scott et al., 2003), la fugue (Putnam et Trickett, 1993), l'agressivité (Putnam et Trickett, 1993; Trickett et al., 1997) et les troubles du comportement (Trickett et al., 1997).

1.1.4.7 Fonctionnement scolaire

En ce qui concerne le fonctionnement scolaire des enfants VAS, Trickett et al. (1997) rapportent que les VAS éprouvent des difficultés d'apprentissage, réussissent faiblement au plan académique et présentent souvent un déficit d'attention et de l'hyperactivité (Trickett et Putnam, 1998).

1.1.5 Mauvais traitements

En plus de subir des agressions sexuelles, les enfants VAS sont aussi à risque de subir des abus physiques de la part de leurs parents (Cyr et al., 2002) ainsi que de la négligence. En effet, dans l'étude de Hall et ses collaborateurs (2002), 25 % des VAS ont subi des abus physiques alors que 45 % ont été victimes de négligence. Dans une étude auprès de VAS, Finkelhor, Omrod et Turner (2007) note que 51 % des enfants ont subi au moins une forme de négligence. Finalement, Hall et ses collaborateurs (2002) remarquent que 26 % des VAS ont subi des abus alors que Finkelhor et al. (2007) en dénombre 68 %.

1.1.6 Caractéristiques des parents

Les parents d'enfants VAS présentent des caractéristiques qui les décrivent bien aux plans de la scolarité, du statut civil, de l'abus de substances, des antécédents d'abus et de la violence conjugale.

Mentionnons que le niveau d'éducation de scolarité des mères de VAS est faible. En effet, Estes et Tidwell (2002) rapportent que le niveau moyen d'éducation de ces mères est de 11,1 ans. Par ailleurs, selon Deblinger, Russell Hathaway, Lippmann et Steer (1993), 36,4 % des mères des enfants VAS âgés de 1 à 14 ans n'avaient pas complété leur secondaire, 35,4 % avaient leur diplôme d'études secondaires et 28,3 % avaient au moins complété le niveau collégial.

Par ailleurs, Paredes, Leifer et Kilbane (2001) ont évalué le fonctionnement de 67 mères d'enfants VAS âgés entre 6 et 13 ans où 16 % étaient de sexe masculin. De ces mères, 82 % étaient célibataires. Toutefois, cette étude va un peu à l'encontre des résultats de Deblinger et al. (1993) qui constatent que 29,3 % de ces mères sont célibataires, 38,4 % sont mariées et 32,4 % sont divorcées ou séparées.

Dans la majorité des études, on observe un abus de substances par les parents d'enfants VAS (Deblinger et al., 1993; Paredes et al., 2001; Putnam, 2003). Deblinger et al. (1993) précisent même qu'il y a des antécédents d'abus de substances dans 19,2 % des familles ayant des enfants VAS. Putnam (2003) mentionne aussi la présence d'alcoolisme chez les mères d'enfants VAS.

Les parents des VAS ont souvent des antécédents d'abus physiques ou sexuels. En effet, un peu moins de la moitié (41,4 %) de ces parents ont subi des agressions sexuelles alors que le tiers (35,4 % et 33 %) ont été victimes d'abus physiques durant l'enfance (Deblinger et al., 1993; Hall et al., 2002). Toutefois, Estes et Tidwell (2002) ont réalisé une étude auprès de 104 enfants VAS et de leurs mères où 50 avaient vécu des agressions sexuelles dans le passé et 54 n'avaient pas d'antécédents de ce genre. Ces auteurs rapportent que les mères ayant vécu des agressions sexuelles sont aussi à risque d'avoir des enfants VAS intrafamiliales (84 %) que celles n'ayant pas vécu d'agressions sexuelles dans l'enfance (76 %). Les résultats allaient dans le même sens pour les agressions sexuelles extrafamiliales où les mères ayant vécu des agressions sexuelles (24 %) étaient aussi à risque d'avoir des enfants VAS que celles n'ayant pas vécu d'agression (16 %). Putnam (2003) parle aussi de transmission intergénérationnelle des agressions sexuelles. D'ailleurs, il explique que cette transmission prend une trajectoire différente en fonction des antécédents d'agressions sexuelles vécues par le père ou par la mère. En effet, les pères VAS dans l'enfance sont plus susceptibles d'agresser sexuellement leurs propres enfants. De leur côté, les mères ayant des antécédents d'agressions sexuelles ne semblent pas assurer une protection adéquate de leurs enfants.

Tel que mentionné plus tôt, les études font état des tensions au niveau des parents des enfants VAS. Deblinger et al. (1993) ajoutent que les mères de VAS ont des antécédents de violence conjugale. Selon l'étude de Hall et ses collaborateurs (2002), 33 % des mères de VAS ont été victimes d'abus physiques.

1.1.7 Statut socioéconomique

Les résultats divergent quant au statut socioéconomique des parents d'enfants VAS. D'un côté, Hébert et Tremblay (2000) indiquent que le niveau socioéconomique de ces parents est faible. Deblinger et al. (1993) ajoutent que 36,7 % avaient un revenu de plus de 20 001 \$, 31,1 % avaient un revenu entre 10 001 et 20 000 \$ et 32,2 % gagnaient moins de 10 000 \$ par année. Par ailleurs, pour Bergner et al. (1994), un revenu de moins de 10 000 \$ est le seul facteur de risque qui discrimine les agressions sexuelles. D'autres auteurs sont aussi en accord avec le fait que la pauvreté constitue un facteur de risque des agressions sexuelles (Putnam et Trickett, 1993 ; Trickett et Putnam, 1998). De plus, Putnam et Trickett (1993) considèrent que la pauvreté augmente les risques que les enfants soient VAS de 4 à 7 fois. Par ailleurs, Putnam (2003) fait ressortir qu'un faible revenu serait un facteur de risque pour les abus physiques et pour la négligence, mais pas pour les agressions sexuelles (Putnam, 2003).

1.2 Enfants présentant des troubles de comportement (TC)

Cette partie résume l'information relative au sexe des enfants présentant des TC, l'incidence de cette problématique, l'environnement familial de ces jeunes, les caractéristiques de leurs parents et le statut socioéconomique de ces

derniers, les mauvais traitements vécus par ces jeunes ainsi que leur fonctionnement. Le trouble de conduite ou le trouble de comportement, « tel qu'il a été défini par le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), consiste en un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet. Les comportements agressifs et violents à partir desquels on diagnostique le TC selon la nomenclature du DSM-IV-TR sont sérieux et perturbent de manière importante l'environnement social du jeune » (Gagnon, Boisjoli, Gendreau et Vitaro, 2006, p.18).

1.2.1 Sexe

Selon Benzie, Harrison et Magill-Evans (2004), les garçons démontrent davantage de troubles du comportement (TC) que les filles. Toutefois, les mêmes auteurs rapportent que les garçons présenteraient plus de comportements agressifs que les filles sans nécessairement avoir plus de problèmes de comportement. La recherche de Messer, Goodman, Rowe, Meltzer et Maughan (2006) précise aussi que les garçons ont trois à quatre fois plus de risque de démontrer des troubles du comportement que les filles.

En ce qui concerne les TC des filles, on en sait peu à leur sujet. En effet, les facteurs qui contribuent aux différences entre les sexes ne sont pas encore connus par les chercheurs. Toutefois, pour l'instant, on reconnaît que les garçons sont plus exposés aux facteurs de risque des problèmes de comportement d'externalisation que les filles et sont aussi davantage vulnérables face à ces facteurs. De plus, le développement biologique, cognitif et socio-émotionnel est plus rapide chez les filles. Cela pourrait aussi contribuer aux différences entre les sexes. Par ailleurs, on note que les filles sont plus empathiques et ont plus de comportements pro-sociaux que les garçons dès la maternelle. Ces forces pourraient donc leur éviter de développer des problèmes de comportement d'externalisation. Finalement, l'attitude des parents semble affecter différemment le comportement des garçons et des filles (Messer et al., 2006).

1.2.2 Incidence

Bien que les statistiques soient sous-estimées, le nombre de jeunes identifiés comme ayant des TC a plus que doublé au cours des 15 dernières années, soit de 1,24 % à 2,47 %. De plus, selon l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Santé Québec, 1993), entre 3 et 15 % des Québécois âgés de 6 à 11 ans ont des TC nécessitant un soutien clinique (Desbiens, 2003). Selon Gagnon et al. (2006), l'âge moyen de l'apparition des TC est de 9 ans.

1.2.3 Environnement familial

Les TC chez les enfants sont associés à divers éléments du contexte familial. D'ailleurs, Frick (1993) indique qu'il faut étudier le contexte familial de l'enfant afin de comprendre les TC. Premièrement, Benzie et al. (2004) indiquent qu'une faible qualité au niveau de l'entente dans le couple est corrélée positivement à la présence de TC chez l'enfant. De plus, des conflits conjugaux mal résolus sont aussi liés au développement de TC chez l'enfant et à la qualité des interactions du jeune avec d'autres enfants ou adultes. Par ailleurs, le divorce est aussi un facteur de risque des TC. Toutefois, on remarque que ce sont plutôt les conflits entre les parents avant et durant la séparation qui affectent le plus le comportement des jeunes. En effet, les enfants de parents unis, mais se disputant

fréquemment, ont davantage tendance à développer des TC (Frick, 1993). On peut donc conclure que le développement de TC est associé aux conflits parentaux (Webster-Stratton et Hammond, 1999; Harrist et Ainslie, 1998).

Deuxièmement, les TC sont aussi associés aux échanges coercitifs entre le parent et l'enfant (Jester et al., 2005; Ross, Blanc, McNeil, Eyberg et Hembree-Kigin, 1998). Par ailleurs, les parents qui vivent de mauvaises relations conjugales ont un bas niveau de communication; ils expriment fréquemment de la colère et montrent peu d'affection (Harrist et Ainslie, 1998).

Finalement, selon Adams, Hillman et Gaydos (1994), la monoparentalité est liée au développement de TC chez les enfants d'âge préscolaire. De plus, les enfants vivant avec un parent ont des TC deux fois plus élevés que ceux provenant d'une famille intacte. Aussi, les mères célibataires observent plus de TC chez leur enfant que les mères mariées. En effet, selon Pettit, Bates et Dodge (1997), le stress familial et la monoparentalité sont associés aux problèmes de comportement d'externalisation chez l'enfant.

1.2.4 Mauvais traitements

Selon Frick (1993), une discipline dure, sévère et inconsistante est reliée au développement de TC chez l'enfant. Ce même auteur (1994) précise même qu'une discipline abusive et inconsistante est associée à l'agressivité et aux comportements délinquants. De plus, selon Gagnon et al. (2006), les parents sont pris dans un cercle de contrôle coercitif comme méthodes disciplinaires. Pettit, Bates et Dodge (1993) relatent aussi la présence de coercition dans la discipline parentale, ce qui ne fait que renforcer les TC et générer le développement de comportements antisociaux. Par ailleurs, selon Messer et al. (2006), 15,9 % des enfants présentant des TC ont subi au moins une punition corporelle. De plus, 18 % des parents de garçons présentant des TC et 14 % des parents de filles ayant des TC ont mentionné utiliser la punition corporelle. Finalement, les enfants ayant des TC souffrent d'un manque de supervision parentale. De plus, leurs parents ont tendance à peu s'investir (temps passé avec l'enfant, intérêt manifesté pour l'éducation et les amis de l'enfant) (Frick, 1993).

1.2.5 Fonctionnement de l'enfant

La santé mentale, le comportement, les habiletés sociales et le fonctionnement scolaire sont des caractéristiques chez les enfants avec des TC documentés dans la littérature.

1.2.5.1 Santé mentale

Les enfants ayant des TC présentent des symptômes de dépression et d'anxiété. Kellner, Houghton et Douglas (2003) notent aussi que la dépression et l'anxiété peuvent provenir du comportement social non-approprié des enfants ayant des TC.

1.2.5.2 Comportement

Ces enfants manifestent des problèmes de comportement d'internalisation et d'externalisation, des comportements délinquants et agressifs et des problèmes d'attention (de Wied, Goudena et Matthys, 2005). En ce qui concerne la médication, 20 % des filles ayant des TC et 27 % des garçons présentant des TC prennent au moins un médicament (Biederman et al., 2005).

1.2.5.3 Habiletés sociales

Les enfants ayant des TC éprouvent des difficultés au niveau de leurs relations avec les autres (Desbiens, 2003; Messer et al., 2006). Les enfants ayant des TC ont aussi tendance à être retirés socialement (Kellner et al., 2003). Ils sont aussi à risque d'avoir de la difficulté à s'intégrer à l'école. Par ailleurs, plus ils sont rejetés, plus ils ressentent un sentiment d'exclusion et de marginalisation, ce qui peut aggraver leur TC (Desbiens, 2003).

Par ailleurs, 5,6 % des enfants ayant des troubles de comportement ont un statut « populaire » alors que 46,3 % des enfants n'ayant pas de difficultés comportementales ont ce statut. De plus, 33 % des enfants présentant des comportements problématiques ont le statut « rejet » alors qu'aucun enfant de l'autre groupe (i.e. n'ayant pas de troubles de comportement) n'a cette identification. N'étant pas intégrés aux autres enfants de leur classe, les jeunes dont il est question ont alors peu l'occasion d'interagir avec les enfants de leur entourage et n'ont pas la chance de développer des habiletés sociales. Comme le note Desbiens, « les relations avec les pairs permettent aux enfants d'apprendre les règles de coopération et de partage, favorisent le développement de l'autorégulation des émotions, de même que l'apprentissage de stratégies de négociation en situation de conflits » (2003, p.15). Les enfants ayant des difficultés comportementales se retrouvent donc pris dans un cercle vicieux : leur façon de se comporter fait en sorte qu'ils sont rejetés; ils n'établissent pas de relations avec les autres, n'améliorent pas leurs habiletés sociales et conservent leurs comportements dérangeants.

Par contre, bien qu'ils soient rejetés, il faut noter que ces enfants ont tout de même des amis. Les enfants ayant des TC se regroupent effectivement en clique qui compte environ 2 à 3 individus alors que les cliques des enfants sans TC comptent en moyenne 8 personnes. Les enfants ayant des TC s'associent avec des jeunes présentant des caractéristiques semblables aux leurs, i.e. des caractéristiques comportementales et sociales négatives. Les regroupements d'enfants ayant des TC manifestent plus d'agressivité et un faible niveau de coopération et de leadership que les enfants sans TC. Les conflits qui surgissent dans ces groupes sont liés à l'iniquité, la jalousie et la compétition. Bref, leurs relations amicales sont de faible qualité (Desbiens 2003).

D'autre part, de Wied et al. (2004) notent que les enfants ayant des TC sont peu empathiques. En effet, les garçons ayant des TC démontrent moins d'empathie que les garçons sans TC. Or, l'empathie inhibe les comportements agressifs. Il y a donc une relation inverse entre l'agressivité et l'empathie.

Finalement, il est important de noter que les enfants ayant des TC ont tendance à surestimer leurs relations interpersonnelles (Kellner et al., 2003). Ces jeunes se perçoivent positivement parce qu'ils n'ont pas conscience de leurs difficultés au niveau social et des conséquences de leurs comportements (Desbiens, 2003).

1.2.5.4 Fonctionnement scolaire

En ce qui concerne leur fonctionnement scolaire, ces enfants éprouvent des difficultés (Messer et al., 2006). Selon Pettit et al. (1997), un haut niveau de problèmes de comportement d'externalisation est associé à une faible performance académique. En classe, les problèmes de comportement peuvent se manifester par le refus d'écouter les consignes du professeur ou par des comportements qui dérangent le fonctionnement de la classe. Ceci ne fait qu'entraîner une baisse d'attention pour exercer les tâches académiques (Ducharme et Harris, 2005).

1.2.5 Caractéristiques des parents

Les parents d'enfants ayant des TC ont des caractéristiques qui leurs sont propres. Notons l'abus de substances, le bas niveau de scolarité, les activités criminelles et les problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne l'abus de substances, l'alcoolisme est présent dans les familles d'enfants ayant des TC (Jester et al., 2005; Frick, 1993). En effet, l'alcoolisme est associé à plusieurs problèmes d'adaptation chez les TC (Frick, 1993). De plus, Frick (1993) remarque que les enfants ayant des TC sont plus à risque d'avoir des parents consommant des drogues que les enfants n'ayant pas de TC.

Le niveau de scolarité moyen des parents d'enfants ayant des TC dépasse l'obtention du diplôme d'études secondaires. En effet, dans l'étude de Benzies et al. (2004), le nombre d'années d'éducation des mères d'enfants ayant des TC était de $15,16 \pm 3,08$ années et pour les pères, le nombre d'années de scolarité était de $15,50 \pm 3,92$ ans.

D'autre part, il y a un lien entre la délinquance chez l'enfant et la criminalité chez les parents. En effet, Frick (1994) rapporte que le risque que le jeune développe des TC augmente en fonction du nombre d'arrestations du parent. De plus, les filles de parents criminels sont tout aussi à risque de démontrer des comportements délinquants.

Différentes psychopathologies sont présentes chez les parents d'enfants ayant des TC. Adams et al. (1994) indiquent d'ailleurs qu'il y a un lien entre les problèmes de santé mentale des parents et les TC chez les enfants d'âge préscolaire. En effet, 40 à 74 % des enfants de parents dépressifs ont des problèmes d'adaptation aux niveaux comportemental, social, émotionnel et académique (Frick, 1993). De plus, il ajoute que les enfants de parents dépressifs présentent des TC plus sévères que les enfants de parents ne souffrant pas de dépression. Il semble aussi y avoir un lien entre le comportement antisocial du parent et le développement de TC chez l'enfant (Frick, 1993; Frick, 1994). Les enfants présentant des troubles de la conduite sont effectivement plus à risque d'avoir des

parents ayant une personnalité antisociale (42 %) que les enfants sans TC (4 %) et ceux avec d'autres troubles psychiatriques (6 %).

1.2.6 Statut socioéconomique

Le statut socioéconomique affecte le développement des TC selon Benzies et al. (2004). En effet, ces auteurs rapportent qu'un faible niveau socioéconomique est associé au développement de TC chez l'enfant. Dubow et Ippolito (1994) ajoutent que chez les enfants âgés de 4 à 16 ans, le niveau socioéconomique faible est associé aux TC (Toutefois, une recherche a trouvé un lien plus fort entre le stress des parents généré par le faible niveau socioéconomique et les TC (Benzies et al., 2004). La détresse économique familiale est effectivement associée à de plus hauts niveaux de problèmes de comportement chez les adolescents (Pettit et al., 1997).

1.3 Enfants présentant des comportements sexuels problématiques

Les enfants ayant des comportements sexuels problématiques (CSP) forment un groupe hétérogène. Ils se différencient effectivement au niveau des CSP, de l'environnement familial, des mauvais traitements subis, des habiletés interpersonnelles, de la santé mentale et du rendement académique (Righthand et Welch, 2004). Toutefois, nous tenterons de dresser un portrait de ces enfants à partir de ce qui se retrouve dans la littérature.

1.3.1 Comportements sexuels problématiques (CSP)

Il est important de mentionner que, selon les chercheurs et les cliniciens, les comportements à caractère sexuel prennent différentes appellations; les termes agressif, intrusif, abusif, déviant, problématique sont fréquemment employés, désignant parfois le même phénomène et parfois des phénomènes distincts. Pour les fins de notre propos, nous utiliserons les termes « comportements sexuels problématiques ou inadaptés » qui sont de plus en plus employés dans la littérature et qui englobent l'ensemble des comportements sexuels définis par : (a) la nature répétitive, (b) la persistance des comportements à travers le temps et les situations, (c) l'étendue des gestes sexuels correspondant aux comportements d'adultes, et (d) l'incapacité d'arrêt suite aux interventions et à la supervision d'adultes (Gil, 1993; Gray et al., 1997; Gray et al., 1999; Hall et Mathews, 1996; Hall, Mathews et Pearce, 1998, 2002).

Les enfants présentant des CSP adoptent des comportements sexuels qui ne sont pas appropriés pour leur âge. Les deux tiers des enfants font des attouchements aux organes génitaux. Parmi les autres comportements sexuels, on note la masturbation, la fellation, la sodomie, la pénétration, le voyeurisme et l'exhibitionnisme. Afin d'adopter ces comportements avec d'autres enfants, ils utilisent la coercition verbale et l'intimidation (54 à 60 % des cas) et la force physique (23 à 38 %). En moyenne, ils adoptent des comportements avec 2,3 enfants et ont 3 incidents (Gagnon et al., 2005).

1.3.2 Sexe et âge

La majorité des enfants ayant des CSP sont de sexe masculin. En effet, on note que les filles ne représentent seulement qu'entre 19 et 37 % des enfants présentant des CSP (Bonner et al., 1999). De plus, la majorité des enfants présentant des CSP sont âgés entre 6 et 12 ans. En effet, aux États-Unis, 13 à 18 % des agressions sexuelles d'enfants sont commises par des jeunes âgés entre 6 et 12 ans (Pithers et Gray, 1998). Par ailleurs, on retrouve plus de jeunes entre 6 et 9 ans (62 %) qui manifestent des CSP (Fortin, Gagnon, Bégin et Tremblay, 2004).

1.3.3 Prévalence

La prévalence de ces enfants est sous-estimée et elle varie d'une étude à l'autre à cause, entre autres, de la diversité des définitions (Righthand et Welch, 2004; Dandurand, 2003). De plus, lors d'une étude, 37 % des agresseurs sexuels adultes avaient aussi commis des agressions sexuelles durant leur enfance. Toutefois, lorsque ces agresseurs sexuels devaient répondre à un questionnaire confidentiel sur ordinateur, 55 % d'entre eux confiaient avoir commis des agressions sexuelles avant 18 ans (Righthand et Welch, 2004). Cette étude vient donc appuyer le fait que la prévalence des enfants ayant des CSP est mal connue.

1.3.4 Contexte familial

En ce qui concerne la famille des enfants ayant des CSP, on note une grande instabilité (Righthand et Welch, 2004). En effet, Dandurand (2003) rapporte que la personne en charge de l'enfant présentant des CSP est instable dans 97,1 % des cas. L'auteur définit l'instabilité comme le fait de vivre avec un seul parent biologique, de vivre dans une famille d'accueil ou lorsqu'il y a deux changements ou plus de la personne à charge. L'auteur note aussi que seulement 21 % des enfants présentant des CSP vivent avec leurs deux parents biologiques alors que dans la population en général, la moyenne est de 68 % (Dandurand, 2003). De plus, dans cette recherche, on remarque que les pères sont souvent absents des familles et ce, souvent pour des raisons légales. D'ailleurs, une étude rapporte que la majorité de ces enfants n'ont aucune idée où est leur père (Burrows Horton, 1996). Finalement, les enfants ayant des CSP risquent d'être placés plus d'une fois, car les parents en charge ou la famille d'accueil ont tendance à les rejeter étant donné leurs comportements sexuels jugés excessifs (Friedrich, Baker, Parker, Schneiderman, Gies et Archer, 2005).

D'autre part, on remarque aussi la présence de conflits au sein de ces familles (Righthand et Welch, 2004; Dandurand, 2003; Tremblay, Bégin et Gagnon, 2006). En effet, Dandurand (2003) rapporte qu'il y a de la violence entre les parents chez plus de la moitié de ces familles.

En plus de ces conflits, ces familles souffrent d'un manque de cohésion et de soutien entre les membres (Gagnon et al., 2005). Les enfants ayant des CSP reçoivent peu de soutien et de support émotionnel. Par ailleurs, au niveau des familles intactes d'enfants présentant des CSP, les parents ont tendance à être désengagés et inaccessibles émotionnellement et physiquement (Righthand et Welch, 2004). Burrows Horton (1996) ajoute que les relations parent-enfant sont pauvres au sein de ces familles. Il note également que des caractéristiques familiales des enfants ayant des CSP sont similaires à celles des enfants démontrant des TC. Notons le faible niveau de supervision, la

discipline inadéquate, l'abus de substances et les problèmes de santé mentale des parents tels que le trouble de la conduite et le trouble de la personnalité antisociale.

1.3.5 Mauvais traitements

Les mauvais traitements vécus par les enfants avec des CSP sont de l'ordre des abus physiques, des agressions sexuelles, de la négligence et des mauvais traitements psychologiques.

1.3.5.1 Abus physiques

En ce qui concerne les abus physiques, les enfants ayant des CSP en sont victimes. En effet, Righthand et Welch (2004) rapportent qu'entre 25 et 50 % de ces enfants ont déjà été victimes d'abus physiques. Par ailleurs, Tremblay et al. (2006) rapportent que 65,9 % des enfants avec des CSP ont subi des abus physiques. De plus, on remarque que les enfants présentant des CSP ont subi davantage de mauvais traitements physiques que les enfants délinquants (Dandurand, 2003).

1.3.5.2 Agressions sexuelles

Il est connu que la majorité des enfants ayant des CSP ont subi des agressions sexuelles (Bentovim, 2002). Les études rapportent d'ailleurs des fréquences variant entre 48 à 100 % des enfants ayant des CSP qui ont été VAS (Bonner et al., 1999). Alors que, dans la population en général, 30 % des filles et 16 % des garçons ont subi des agressions sexuelles (Tourigny, Péladeau et Bouchard, 1993).

Toutefois, il faut noter que les agressions sexuelles sont un facteur de risque important, mais non essentiel pour le développement des CSP (Bentovim, 2004). En effet, ce n'est pas la majorité des VAS qui vont présenter des CSP : elles demeurent seulement plus à risque de démontrer des CSP que les victimes d'autres types d'abus (Burrows Horton, 1996). Dans l'étude de Tremblay et al. (2006), 62,4 % des enfants présentant des CSP ont été VAS.

1.3.5.3 Négligence et mauvais traitements psychologiques

Il y a aussi un lien entre la négligence et la présence de CSP. En effet, Tremblay et al. (2006) remarquent que 59,3 % de ces enfants ont déjà été victimes de négligence. Par ailleurs, les enfants ayant des CSP souffrent de violence psychologique. On remarque effectivement qu'ils sont souvent les souffre-douleur dans leur famille (Burrows Horton, 1996). De plus, selon Tremblay et al. (2006), 73,3 % de ces enfants ont vécu des abus psychologiques tels que la violence verbale et l'exposition à de la violence familiale. Dandurand (2003) note aussi que l'exposition à de la violence durant l'enfance peut contribuer à commettre une agression sexuelle violente plus tard.

1.3.6 Fonctionnement de l'enfant

Cette partie décrit le fonctionnement des enfants présentant des CSP en termes de santé mentale, santé physique, comportement, habiletés interpersonnelles et fonctionnement scolaire.

1.3.6.1 Santé mentale

Ces enfants ont des problèmes de santé mentale majeurs (Righthand et Welch, 2004). En effet, on note que 96 % de ces jeunes répondent aux critères du DSM-IV pour au moins un diagnostic psychiatrique dont le plus fréquent est celui du trouble de conduite. Outre ce trouble, des difficultés liées au sommeil (30,6 %) et à l'alimentation (12,2 %), des comportements d'automutilation (10,2 %) et des tentatives de suicide (6,1 %) sont aussi présents (Gagnon et al., 2005).

Par ailleurs, 17 % des enfants ayant des CSP démontrent des signes et symptômes du trouble de stress post-traumatique (Dandurand, 2003). On remarque aussi la présence d'anxiété et de dépression chez ces enfants (Righthand et Welch, 2004 ; Lane, 1991). D'autre part, Lane (1991) note la présence de préoccupations en ce qui concerne la sexualité. En effet, ces enfants ont des pensées sexuelles fréquentes et font souvent des blagues de nature sexuelle. Finalement, le niveau d'estime de soi et de concept de soi de ces enfants est faible (Burrows Horton, 1996).

1.3.6.2 Comportement

Les auteurs notent plusieurs éléments au niveau du comportement des enfants ayant des CSP. Premièrement, les CSP et les TC seraient reliés (Santtila, Sandnabba, Wannäs et Krook, 2005). En effet, on remarque la présence de troubles de la conduite (Burrows Horton, 1996; Righthand et Welch, 2004). Dandurand (2003) rapporte aussi que 76 % des enfants présentant des CSP reçoivent le diagnostic du trouble de la conduite alors que 27 % d'entre eux présentent un trouble de l'opposition. Par ailleurs, le TDAH est aussi présent chez les enfants ayant des CSP (Burrows Horton, 1996). Selon une étude de Dandurand (2003), 40 % d'entre eux reçoivent effectivement ce diagnostic. De plus, Burrows Horton (1996) ajoute que tous les enfants ayant des CSP ont des problèmes de comportement à la maison et la moitié d'entre eux en ont aussi à l'école.

Deuxièmement, on note la présence de comportements délinquants (Righthand et Welch, 2004; Burrows Horton, 1996). Dans un échantillon de 34 jeunes âgés de 5 à 17 ans et ayant des CSP, 58,8 % avaient déjà mis le feu (Dandurand, 2003) et, lors d'une autre étude réalisée auprès de 95 jeunes âgés entre 6 et 13 ans, 16,3 % d'entre eux avaient déjà volé (Tremblay et al., 2006).

Troisièmement, les enfants ayant des CSP adoptent différents types de comportement tels que la fugue, l'impulsivité (Burrows Horton, 1996), la cruauté envers les animaux (32,4 %) (Dandurand, 2003), la crise de rage (26,5 %) et le mensonge (26,5 %) (Gagnon et al., 2005).

Finalement, 57,4 % des enfants avec des CSP prennent au moins un médicament; le Ritalin est fréquemment prescrit à ces enfants (Gagnon et al., 2005).

1.3.6.3 *Habilités interpersonnelles*

Selon plusieurs auteurs, ces jeunes présentent un déficit au niveau de leurs habiletés sociales (Righthand et Welch, 2004; Lane, 1991, Burrows Horton, 1996). En effet, ils sont timides et vivent des relations interpersonnelles très pauvres. Ils ont tendance à être moins attachés à leurs pairs et à leur école que les enfants ayant des troubles du comportement (Righthand et Welch, 2004). Hall et Mathews (1996) rapportent aussi que ces jeunes contrôlent moins bien leurs émotions et manquent d'empathie. Ces problèmes psychosociaux nuisent à leur intégration sociale; ils ont évidemment peu d'amis et 33 % d'entre eux indiquent même qu'ils n'ont pas d'amis (Burrows Horton, 1996).

Ces enfants ont peu de contrôle sur eux-mêmes (Burrows Horton, 1996). En effet, Lane (1991) remarque que les enfants ayant des CSP manifestent une faible tolérance à la frustration et ont de la difficulté à faire face à l'échec, à recevoir de la rétroaction et à faire des compromis.

Bref, tout comme les enfants ayant des troubles du comportement, les enfants présentant des comportements sexuels problématiques ont peu de relations interpersonnelles appropriées. Hall et Mathews (1996) indiquent en outre que les deux tiers de ces jeunes maintiennent des relations problématiques avec les autres.

1.3.6.4 *Fonctionnement scolaire*

Les enfants ayant des CSP éprouvent aussi des difficultés au niveau scolaire. En effet, tel que mentionné plus tôt, ils présentent des TC à l'école, ce qui entraîne des problèmes de nature académique tels que des problèmes d'apprentissage. De plus, certains s'absentent même de leurs cours (Righthand et Welch, 2004). Gagnon et al. (2005) font ressortir que ces enfants sont souvent orientés vers des classes spécialisées.

1.3.7 **Caractéristiques des parents**

Dandurand (2003) rapporte qu'il y a de l'abus de substances chez 73 % des familles d'enfants ayant des CSP. De plus, une étude de Burrows Horton (1996) indique que 73 % des parents ou des grands-parents d'enfants démontrant des CSP de type *agressif* consomment des substances. Par ailleurs, on remarque aussi la présence d'activités criminelles dans les antécédents des parents (Righthand et Welch, 2004; Bentovim, 2002). En effet, 32 % des familles ont au moins un parent qui s'est déjà fait arrêter par la police (Dandurand, 2003).

Les parents de ces enfants ont aussi des antécédents d'agressions sexuelles. En effet, Dandurand (2003) rapporte que 67 % des parents ou des grands-parents d'enfants présentant des CSP ont été VAS dans le passé. Selon l'étude québécoise de Tremblay et al. (2006), 37,3 % des parents d'enfants ayant des CSP ont subi des agressions sexuelles dans l'enfance, 22,9 % des abus physiques et 18,1 % des abus psychologiques. Par ailleurs, selon l'étude de Burrows Horton(2004), 92 % des mères d'enfants ayant des CSP ont été victimes de violence conjugale dans le passé.

En ce qui concerne les problèmes de santé mentale, on note que les psychopathologies des parents sont reliées au développement de CSP (Righthand et Welch, 2004). Les deux diagnostics les plus souvent posés chez les parents sont la dépression et le trouble de personnalité (Burrows Horton, 1996).

1.3.8 Niveau socioéconomique

Peu d'information a été trouvée en ce qui concerne le niveau socioéconomique. Toutefois, Bentovim (2002) rapporte qu'il y a un lien entre la pauvreté et les CSP chez les enfants.

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette partie présente les objectifs de l'étude, son déroulement, la description de l'échantillon, le protocole d'entrevue semi-structurée, les questionnaires cliniques utilisés, ainsi que les stratégies d'analyse.

2.1 Objectifs de l'étude

Le premier objectif de la présente étude vise, dans un premier temps, à développer les connaissances dans le but de dépister plus précocement les comportements sexuels problématiques chez les enfants et, en deuxième temps, d'enrichir les connaissances afin d'améliorer les approches d'intervention auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

Les objectifs spécifiques visent à :

- 1) Comparer, en fonction de diverses variables, un groupe d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques à un groupe d'enfants ayant été victimes d'agressions sexuelles.
- 2) Comparer, en fonction de diverses variables, un groupe d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques à un groupe d'enfants en difficulté comportementale.

2.2 Déroulement de l'étude

Les enfants et les parents (ou adultes significatifs) sont référés, avec leur consentement verbal, pour une évaluation par les intervenants des Centres jeunesse de Lanaudière et de Parents-Unis Repentigny. Ils sont référés en fonction du motif du signalement ou de la demande de consultation (agression sexuelle, troubles de comportement, comportements sexuels problématiques). Suite à la référence, l'assistant de recherche contacte le parent pour lui expliquer le projet de recherche et lui pose des questions. Lorsque le parent accepte, l'assistant de recherche se rend au domicile du parent. À ce moment, il explique au parent et à l'enfant le projet de recherche et obtient le consentement écrit du parent et l'accord verbal de l'enfant. Par la suite, il pose des questions au parent en utilisant le protocole d'entrevue semi-structurée, et à l'enfant, lorsque ce dernier est référé pour des comportements sexuels problématiques. Après l'entrevue, l'assistant de recherche complète les questionnaires cliniques avec l'enfant alors que le parent répond aux siens. Lorsque le parent a des difficultés de lecture, l'assistant de recherche l'aide à remplir les questionnaires.

Suite à la visite au domicile, l'assistant de recherche cote et interprète les résultats aux outils cliniques et rédige un rapport en y incluant les informations reçues lors de l'entrevue semi-structurée ainsi que l'interprétation des résultats obtenus aux outils cliniques. Dans le rapport, il fait également des recommandations. Une copie du rapport est envoyée à l'intervenant référent (avec le consentement écrit du parent) et présentée au parent.

2.3 Description de l'échantillon

La présente étude a été réalisée auprès de 91 enfants âgés de 6 à 12 ans et leurs parents ou adultes significatifs. De ces enfants, 36 présentent des comportements sexuels problématiques, 25 ont des troubles de comportement et 30 ont été victimes d'agressions sexuelles. Les sujets sont assignés à un groupe en fonction du motif de référence, ce qui fait qu'ils ne sont pas des groupes purs. En effet, une fois les questionnaires complétés, il s'est révélé y avoir 37 enfants ayant des CSP, 46 enfants ayant été VAS (pour 6 enfants l'adulte significatif ne pouvait dire s'ils avaient été VAS) et 72 enfants ayant des TC.

Les données de l'étude proviennent de deux catégories de répondants : (a) le parent ou l'adulte significatif de l'enfant et (b) l'enfant lui-même. 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 (famille d'accueil, résidence de groupe, centre de réadaptation) fournit les informations. Pour cette raison, des informations sont absentes pour quelques enfants concernant certaines variables.

2.4 Entrevue semi-structurée

Le protocole d'entrevue élaboré par Gagnon (1999), à la suite d'une recension des écrits, permet d'une part de recueillir des informations auprès de l'adulte sur les caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe de l'enfant, structure parentale, revenu parental, niveau d'éducation, etc.) et d'autre part, des données sur divers aspects de la vie personnelle, sociale et familiale de l'enfant (antécédents familiaux, présence de mauvais traitements, histoire médicale, scolaire et sociale, etc.). Le protocole d'entrevue documente aussi l'histoire des comportements sexuels problématiques (fréquence, type de comportement, type de coercition, enfant impliqué, etc.) selon la perception de l'adulte répondant et celle de l'enfant.

2.5 Questionnaires cliniques

Le choix des mesures standardisées a été fait en tenant compte des symptômes de ces enfants identifiés dans la littérature. Les enfants complètent deux questionnaires (TSC-C et SSRS) évaluant leur stress post-traumatique et leurs habiletés sociales. Les parents et les adultes significatifs complètent trois questionnaires dont deux questionnaires (CSBI et CBCL) concernant les comportements de leur enfant et un questionnaire évaluant leurs comportements et leurs attitudes à l'égard de leur enfant.

2.5.1 Échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C)

Les enfants complètent l'*Échelle post-traumatique pour enfants* (Trauma Symptom Checklist for Children de Briere, 1996; v.f. Saintonge, Philippe-Labbé et Lachance, 1998). Cette échelle mesure le contrôle des symptômes de traumatisme chez les enfants de 8 à 16 ans à l'aide de 54 items cotés sur une échelle en quatre points (jamais, parfois, souvent, presque toujours) et répartis en six dimensions (stress post-traumatique, dissociation, anxiété, dépression, colère et inquiétudes au niveau sexuel). Pour la dimension «dissociation», deux sous-échelles existent : la dissociation manifeste et la dissociation fantaisie. Deux sous-échelles se retrouvent également pour la dimension «inquiétudes au niveau sexuel» : les préoccupations sexuelles et la détresse sexuelle. Les coefficients de cohérence se situent entre 0,77 et 0,89. Cet instrument possède une bonne validité convergente et discriminante.

2.5.2 Système d'évaluation des habiletés sociales (SRSS)

Une des mesures standardisées, le *Système d'évaluation des habiletés sociales*, version française du *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham et Elliott, 1990 traduit par Gagné, 1993), évalue les habiletés sociales selon la perception de l'enfant. L'instrument comprend 34 items cotés sur une échelle en trois points qui sont répartis sur quatre sous-échelles : coopération, affirmation de soi, contrôle de soi et empathie. Un score global d'habiletés sociales est calculé de même qu'un score pour chacune des quatre sous-échelles situant la position de l'enfant par rapport à la norme de son groupe d'âge de référence. Dans sa version originale, l'instrument a démontré de bonnes qualités psychométriques; un coefficient alpha de 0,83 pour l'échelle globale et un coefficient de corrélation test-retest (1 mois) se situant à 0,68 ont été rapportés. L'instrument indique aussi une très bonne validité de construit.

2.5.3 Inventaire des comportements sexuels de l'enfant (CSBI)

Le parent répond à l'*Inventaire des comportements sexuels de l'enfant*, version traduite au Québec par Wright, Sabourin et Lussier (1994), du *Children sexual Behavior Inventory* (CSBI; Friedrich et al., 1992). Cet inventaire comprend 39 items cotés par le parent à l'aide d'une échelle de type « Likert » en quatre points et mesure la fréquence des comportements sexuels de l'enfant au cours des six derniers mois. Un score global étant créé, il est alors possible d'obtenir les seuils critiques selon l'âge et le sexe des enfants. De plus, à partir de certains items, les enfants peuvent être placés dans une classification à risque. Concernant la fidélité de l'instrument, une étude comparative réalisée auprès de 1,114 enfants dits normaux, 620 victimes d'agressions sexuelles et 277 patients psychiatriques, révèle des coefficients de cohérence interne de 0,72, 0,92 et 0,83 respectivement. Les coefficients de corrélation test-retest se situent pour chacun des groupes à 0,91, 0,93 et 0,93. L'instrument possède également une bonne validité discriminante (Friedrich et al., 2002).

2.5.4 Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans (CBCL)

Le parent complète la *Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans*, version française du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) qui permet de recueillir des données sur les problèmes de comportement de l'enfant. L'instrument contient 118 items cotés sur une échelle de fréquence en trois points. Cet instrument présente deux types de résultats individuels : (a) un score standard (score T) situant la position de l'enfant par rapport à la norme de son groupe d'âge de référence à chacune des échelles, et (b), la présence ou non d'un

problème clinique au niveau de la dimension évaluée en fonction du dépassement ou non d'un seuil clinique prédéterminé. Les 118 items sont répartis sur neuf échelles : 1) retrait social, 2) plaintes somatiques, 3) anxiété-dépression, 4) problèmes sociaux, 5) problèmes de la pensée, 6) problèmes d'attention, 7) comportements délinquants, 8) comportements agressifs; 9) problèmes sexuels. De plus, l'instrument permet le calcul de trois échelles synthèses : 1) comportements intériorisés, 2) problèmes extériorisés et 3) score total. Dans sa version originale, la fidélité de l'instrument (coefficient de corrélation interclasse et corrélation test-retest) se situe à des niveaux élevés, soit à 0,82 et plus. L'instrument possède une excellente validité discriminante; il permet de distinguer les échantillons cliniques et les non cliniques.

2.5.5 Questionnaire des comportements et attitudes des parents (QCAP)

Finalement, le parent répond au *questionnaire des comportements et attitudes des parents* (Bergeron, Valla, Breton, Gaudet et Berthiaume, 1993). Ce questionnaire mesure la fréquence des attitudes de « soins/soutien » et de « punition » du parent (ou de l'adulte significatif) au cours des six derniers mois. L'instrument comprend 16 items qui sont cotés en quatre points (jamais, quelquefois, souvent, la plupart du temps). Les corrélations test-retest varient de 0,37 à 0,75. Des coefficients alpha se situant entre 0,80 et 0,83 pour la dimension « soins/soutien » et entre 0,65 et 0,73 pour la dimension « punition » ont été obtenus.

2.6 Stratégies d'analyse

D'abord, des chi-carré ont permis de comparer les groupes d'enfants (CSP, VAS, TC) selon les caractéristiques du profil psychosocial des enfants et des parents. Ensuite, pour les questionnaires cliniques, des analyses de variance (ANOVA) bifactorielle (groupe/sexe, groupe/âge) ont été effectuées afin de comparer les trois groupes (CSP, VAS, TC). Considérant la taille de l'échantillon, le seuil alpha est fixé à $p < 0,05$ (Tabachnick et Fidell, 1996).

Dans un deuxième temps, l'analyse Cluster a été effectuée. L'objectif principal de cette analyse est de classer les sujets dans des sous-groupes qui partagent des variables particulières afin que le degré d'association entre les thèmes soit maximal lorsqu'ils sont ensemble et minimal lorsqu'ils sont séparés (Borgan et Barnett, 1987). Deux sets de variables ont été utilisés, le premier servait à rouler l'analyse Cluster, alors que le deuxième servait à valider les Clusters identifiés. Les variables ayant servi à rouler l'analyse Cluster sont celles des résultats du test CBCL portant sur le retrait social, la somatisation, la dépression, les troubles sociaux, les troubles de la pensée, les troubles d'attention, les comportements délinquants et les comportements agressifs. Les Clusters ont ensuite été validés par les résultats au test de Briere (anxiété, dépression, colère, stress, dissociation, préoccupations sexuelles), les comportements que les enfants présentaient (CSP, VAS et TC), les autres types d'abus vécus (abus physique, négligence, abus psychologique), la prise de médicaments, le sexe et l'âge des enfants.

Pour faire les analyses Cluster, la « squared Euclidian distance » a été choisie comme mesure de similitude, alors que la « Ward hierarchical cluster method » a été utilisée comme algorithme clustérisant. Puisque les variables ont

été mesurées par différents questionnaires utilisant des formes variées d'échelles, les valeurs standardisées des variables ont été utilisées. Il a été décidé au départ qu'il y aurait trois Clusters.

Il est à noter que, pour diverses raisons (questionnaires incomplets, retrait de participants, connaissances limitées de l'enfant, etc.), certaines parties de l'évaluation n'ont pu être recueillies et sont manquantes, ce qui explique la variation du nombre de sujets dans les divers tableaux de la partie « résultats ».

3. PROFIL PSYCHOSOCIAL DES ENFANTS ET DES PARENTS BIOLOGIQUES

Cette première partie des résultats présente les données recueillies à l'aide du protocole d'entrevue explorant quatre catégories de variables : (a) caractéristiques sociodémographiques, (b) fonctionnement de l'enfant (niveaux comportemental, psychologique, physique, social et scolaire), (c) histoire de mauvais traitements et (d) fonctionnement des parents.

3.1 Caractéristiques socio-démographiques

Cette section décrit les caractéristiques sociodémographiques de 87 enfants et de leurs parents; les données concernant les enfants sont présentées selon le groupe (CSP, VAS, TC).

3.1.1 Sexe, âge et milieu de vie

Le tableau 1 présente le sexe des enfants, leur âge et leur milieu de vie au moment de l'évaluation en fonction de leur groupe.

TABLEAU 1
Sexe, âge et milieu de vie des enfants en fonction du groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe								
Masculin ***	25	69 %	10	33 %	22	88 %	57	63 %
Féminin	11	31 %	20	67 %	3	12 %	34	37 %
Âge								
5-9 ans *	21	58 %	8	27 %	8	32 %	37	41 %
10-12 ans	15	42 %	22	73 %	17	68 %	54	59 %
Milieu de vie								
Famille d'origine	11	31 %	2	7 %	6	24 %	19	21 %
Famille recomposée	9	25 %	11	37 %	3	12 %	23	25 %
Famille monoparentale	7	19 %	12	40 %	8	32 %	27	30 %
Famille d'accueil	6	17 %	4	13 %	5	20 %	15	16 %
Ressources intermédiaires	3	8 %	1	3 %	3	12 %	7	8 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Des 91 enfants évalués, 63 % sont de sexe masculin alors que 37 % sont de sexe féminin. Le sexe des sujets est réparti différemment en fonction du groupe. Nous retrouvons une différence significative entre les groupes (χ^2 : 18.592, $p=0.000$). Ainsi, il y a plus de garçons dans les groupes d'enfants présentant des TC ($N=22$, 88 %) et des CSP ($N=25$, 69 %) que dans le groupe des enfants VAS ($N=10$, 33 %). De plus, 41 % des enfants sont âgés de 5 à 9 ans et 59 % sont âgés de 10 à 12 ans. Nous retrouvons une différence significative entre les groupes (χ^2 : 7.872, $p=0.020$). Ainsi, 58 % d'enfants âgés de 5 à 9 ans se retrouvent dans le groupe des CSP ($N=21$), 32 % dans le groupe des TC ($N=8$) et 27 % dans le groupe des VAS ($N=8$).

Au moment de l'évaluation, 21 % des enfants vivent dans leur famille d'origine, 25 % des enfants demeurent dans des familles recomposées alors que 30 % des enfants vivent dans une famille monoparentale. Enfin, 16 % des enfants vivent en familles d'accueil et 8 % en ressources intermédiaires.

Le tableau 2 rapporte le nombre d'enfants qui ont vécu un placement ou plus depuis leur naissance ainsi que les motifs du placement, la durée, le nombre, l'âge au premier placement et la fréquence des contacts avec les parents lors du ou des placements.

TABLEAU 2
Informations relatives au placement selon le groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Placement								
Oui *	17	47 %	9	30 %	16	64 %	42	46 %
Non	19	53 %	21	70 %	9	36 %	49	54 %
Motifs								
Troubles de comportement **	3	11 %	4	37 %	10	71 %	17	33 %
Négligence	9	35 %	3	27 %	4	29 %	16	31 %
Abus physique	6	23 %	2	18 %	0	0 %	8	16 %
Comportements sexuels agressifs *	5	19 %	0	0 %	0	0 %	5	10 %
Agression sexuelle	2	8 %	1	9 %	0	0 %	3	6 %
Abandon	1	4 %	1	9 %	0	0 %	2	4 %
Durée placement								
0-6 mois	2	16 %	1	13 %	1	11 %	4	14 %
6 mois – 1 an	2	16 %	2	29 %	4	45 %	8	29 %
1-2 ans	8	68 %	2	29 %	3	33 %	13	46 %
3 et plus	0	0 %	2	29 %	1	11 %	3	11 %

Nombre de placements								
1	7	39 %	5	50 %	7	44 %	19	43 %
2	5	27 %	4	40 %	5	31 %	14	32 %
3	3	17 %	0	0 %	3	19 %	6	14 %
4 et plus	3	17 %	1	10 %	1	6 %	5	11 %
Contacts avec parents								
Deux parents	10	67 %	3	30 %	6	38 %	19	46 %
Mère	2	13 %	5	50 %	7	44 %	14	34 %
Aucun	3	20 %	2	20 %	3	18 %	8	20 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Quarante-six pour cent des enfants ont déjà été placés. Une différence significative apparaît entre les groupes (χ^2 : 6,370, $p=0,041$). Ainsi, 64 % d'enfants avec des TC ont vécu au moins un placement ($N=16$), 47 % des enfants avec des CSP en ont vécu ($N=17$) et 30 % des enfants VAS ($N=9$). Les motifs de placement sont principalement : les troubles de comportement (33 %), la négligence (31 %), les abus physiques (16 %) et les comportements sexuels agressifs (10 %). Une différence significative se retrouve pour les motifs suivants : troubles de comportement (χ^2 : 10,582, $p=0,005$) et comportements sexuels agressifs (χ^2 : 8,083, $p=0,018$). En effet, 71 % des enfants avec des TC ($N=10$) sont placés à cause de leur trouble de comportement alors que 37% des enfants VAS ($N=4$) et 11 % des enfants avec des CSP ($N=3$) le sont pour ce même motif. Finalement, 19 % des enfants présentant des CSP ($N=5$) sont retirés de leur milieu de vie pour ce motif alors qu'aucun enfant VAS et présentant des TC n'est retiré pour cette raison. Par ailleurs, une tendance semble démontrer que ces derniers sont plus souvent placés pour des abus physiques (CSP : $N=6$, 23 % et VAS : $N=2$, 18 %) que les enfants avec des TC (0) (χ^2 : 5,636, $p=0,068$).

La durée de placement varie. Quarante-six pour cent des enfants ont été placés pour une période variant d'un an à deux ans, 29 % pour une période de six mois à un an, 14 % pour une période d'une journée à six mois et 11 % pour une période allant au-delà de trois ans. Presque la moitié des enfants n'a vécu qu'un seul placement (43 %), une proportion légèrement inférieure (32 %) a été placée à deux reprises, 14 % des jeunes ont vécu trois placements et 11 % des enfants ont été placés quatre fois et plus. Les données colligées auprès de ces enfants placés pendant une période hors de leur milieu d'origine indiquent que 46 % des enfants ont des contacts avec leurs deux parents biologiques, 34 % ont des contacts avec un seul des deux parents (la mère) et 20 % des enfants n'ont plus aucun contact avec leurs parents.

3.1.2 Source de revenu des parents

Au tableau 3, nous retrouvons les sources de revenu du père et de la mère en fonction du groupe.

TABLEAU 3
Source de revenu des parents en fonction du groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Source de revenu – père								
Emploi – temps plein	17	47 %	15	50 %	10	40 %	42	46 %
Emploi temps partiel	6	17 %	2	7 %	1	4 %	9	10 %
Prestations gouvernementales	5	14 %	1	3 %	5	20 %	11	12 %
Autre	8	22 %	12	40 %	9	36 %	29	32 %
Source de revenu – mère								
Emploi – temps plein	9	25 %	9	30 %	2	8 %	20	22 %
Emploi temps partiel	3	9 %	4	13 %	3	12 %	10	11 %
Prestations gouvernementales	16	44 %	7	23 %	11	44 %	34	37 %
Autre	8	22 %	10	34 %	9	36 %	27	30 %

Au moment de l'évaluation, près de la moitié des pères (46 %) tirent leur source de revenu d'emplois à plein temps, 10 % d'emplois à temps partiel, 12 % de prestations gouvernementales et 32 % d'une autre forme de revenu (rentes d'invalidité, allocations familiales, etc). En ce qui concerne les mères, 37 % d'entre elles bénéficient d'une forme d'aide gouvernementale, 22 % occupent un emploi à temps plein, 11 % un emploi à temps partiel et 30 % vivent d'une autre forme de revenu. Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les groupes.

3.1.3 Statut des parents

Le tableau 4 présente le statut conjugal des parents et ce, selon le groupe.

TABLEAU 4
Statut des parents selon le groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Statut des parents								
Marié – conjoint de fait	12	33 %	4	13 %	8	32 %	24	26 %
Divorcés – séparés	21	58 %	25	83 %	14	56 %	60	66 %
Autre	3	9 %	1	4 %	3	12 %	7	8 %

La majorité des parents des trois groupes (66 %) sont séparés ou divorcés alors que 26 % des parents sont mariés ou vivent avec un conjoint de fait. Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les groupes.

3.1.4 Niveau d'éducation des parents

Le tableau 5 illustre le niveau d'éducation des pères et des mères des enfants VAS, présentant des CSP et des TC.

TABLEAU 5
Niveau d'éducation des parents en fonction du groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niveau d'éducation – père								
Secondaire non complet*	13	40 %	7	28 %	7	37 %	27	35 %
Secondaire complet	5	15 %	5	20 %	3	16 %	13	17 %
Université	1	3 %	1	4 %	0	0 %	2	3 %
DEP*	5	15 %	1	4 %	5	26 %	11	14 %
NSP	9	27 %	11	44 %	4	21 %	24	31 %
Niveau d'éducation – mère								
**								
Secondaire non complet	8	22 %	6	21,5 %	15	60 %	29	33 %
Secondaire complet	7	19,5 %	7	25 %	3	12 %	17	19 %
Cégep	8	22 %	4	14 %	3	12 %	15	17 %
Université	0	0 %	3	11 %	0	0 %	3	3 %
DEP	6	17 %	6	21,5 %	0	0 %	12	13 %
NSP	7	19,5 %	2	7 %	4	16 %	13	15 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Au niveau de l'éducation, 35 % des pères n'ont pas complété leurs études secondaires alors que 17 % les ont terminées, 14 % ont fait un DEP et 3 % des études universitaires. Cependant, 31 % des répondants n'étaient pas en mesure de se prononcer sur ce sujet. Trente-trois pour cent des mères n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires alors que 19 % ont réussi à l'obtenir. De plus, 17 % des mères ont fait leur cégep, 13 % détiennent un DEP et 3 % ont poursuivi des études universitaires. Pour 15 % des répondantes, il était impossible de répondre à cette question.

Nous observons une différence significative entre les mères d'enfants présentant des TC, les mères des VAS et les mères des enfants avec des CSP ($\chi^2 : 28.056, p=0.005$). Ainsi, une majorité importante de mères d'enfants avec des TC ($N=15, 60\%$) n'ont pas terminé leurs études secondaires alors qu'une plus faible proportion de mères d'enfants VAS ($N=6, 21,5\%$) et d'enfants avec des CSP ($N=8, 22\%$) ne possèdent pas leur diplôme d'études secondaires. De plus, un plus grand nombre de mères d'enfants VAS ($N=6, 21,5\%$) et de mères d'enfants avec des CSP ($N=6, 17\%$) ont obtenu un DEP alors qu'aucune mère avec un enfant TC n'a fait un DEP ($N=0, 0\%$). Finalement, seules les mères d'enfants VAS ont complété des études universitaires ($N=3, 11\%$).

3.2 Fonctionnement de l'enfant

La partie suivante décrit le fonctionnement des enfants, tel que rapporté par les adultes, aux plans de la santé physique et psychologique, comportemental, relationnel et scolaire. Cette liste de problèmes conçue à partir de la documentation clinique et scientifique n'est pas un instrument validé pour lequel des normes de population ont été établies. Néanmoins, elle fournit une première estimation du type de problématiques identifiées chez ces enfants.

3.2.1 Santé

Le tableau 6 présente les caractéristiques des enfants au niveau de la santé selon le groupe.

TABLEAU 6
Santé des enfants en fonction du groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Problèmes liés au sommeil	7	19 %	5	17 %	6	24 %	18	20 %
Problèmes liés à l'alimentation	5	14 %	6	20 %	4	16 %	15	17 %
Retard développement	1	3 %	6	20 %	3	12 %	10	11 %
Troubles psychiatriques	4	11 %	2	7 %	4	16 %	10	11 %
Automutilation	4	11 %	6	20 %	8	32 %	18	20 %
Tentative de suicide	2	6 %	0	0 %	3	12 %	5	6 %

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Au plan de la santé, il ressort que des difficultés reliées au sommeil (20 %) et à l'alimentation (17 %) sont présentes chez ces enfants. De plus, le tableau révèle que certains enfants (11 %) présentent un retard de développement. À ce sujet, une tendance se remarque ($X^2=4,998$, $p=0.082$). En effet, 20 % des enfants VAS ($N=6$), 12 % des enfants avec des TC ($N=3$) et 3 % des enfants avec des CSP ($N=1$) ont un retard de développement. Environ un enfant sur dix (11 %) éprouve des problèmes d'ordre psychiatrique. Des comportements destructeurs sont également présents chez les enfants. En effet, un enfant sur cinq (20 %) adopte des comportements d'automutilation et cinq enfants de l'échantillon ont déjà fait une tentative de suicide (6 %). Ces comportements destructeurs sont plus présents chez les enfants TC, huit d'entre eux pratiqueraient l'automutilation (32 %) et trois ont tenté de mettre fin à leurs jours (12 %).

3.2.2 Relations interpersonnelles

Le tableau 7 résume les relations interpersonnelles des enfants avec des CSP, VAS et présentant des TC.

TABLEAU 7
Relations interpersonnelles des enfants selon la problématique

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Conflits avec les autres *	20	56 %	10	33 %	18	72 %	48	53 %
Agressivité envers les autres *	15	42 %	6	20 %	14	56 %	35	39 %
Menace les autres ***	10	33 %	5	17 %	18	72 %	33	39 %
Comportements sexuels agressifs *	7	19 %	1	3 %	0	0 %	8	9 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Au plan des relations interpersonnelles, les données recueillies révèlent que 53 % des enfants vivent des conflits avec les autres, 39 % manifestent des comportements agressifs envers les autres enfants, les adultes à la maison ou à l'école, 39 % adressent des menaces et 9 % ont des comportements sexuels agressifs. Pour les trois premiers types de comportements, nous remarquons des différences significatives : conflits avec les autres ($X^2=8,368$, $p=0.015$), agressivité envers les autres ($X^2=7.725$, $p=0.021$) et menace les autres ($X^2=18.167$, $p=0.000$). Ainsi, 72 % des enfants présentant des TC ($N=18$), 56 % des enfants ayant des CSP ($N=10$) et 33 % des enfants VAS ($N=20$) vivent des conflits avec les autres. De plus, 56 % des enfants avec des TC ($N=14$), 42 % des enfants avec des CSP ($N=15$) et 20 % des enfants VAS ($N=6$) démontrent des comportements agressifs envers les autres. Finalement, 72 % des jeunes ayant des TC profèrent des menaces, alors que 33 % des enfants avec des CSP et 17 % des enfants VAS présentent ce comportement. Cependant, concernant les enfants ayant des comportements sexuels agressifs, ils sont significativement plus nombreux dans le groupe d'enfants présentant des CSP ($N=7$, 19 %), alors qu'un seul enfant ayant été VAS ($N=1$, 3 %) présente ce comportement et qu'aucun enfant TC n'en manifeste ($X^2=8.620$, $p=0.013$).

3.2.3 Problèmes de comportement

Le tableau 8 identifie les différents problèmes de comportement retrouvés chez les enfants en fonction de leur problématique.

TABLEAU 8
Problèmes de comportement des enfants en fonction du groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Désobéissance *	18	60 %	14	47 %	21	84 %	53	62 %
Mentir	22	61 %	11	37 %	16	64 %	49	54 %
Crise de rage	18	50 %	12	40 %	18	72 %	48	53 %
Langage inadéquat **	10	33 %	12	40 %	20	80 %	42	49 %
Destruction d'objets **	11	37 %	7	23 %	17	68 %	35	41 %
Voler	5	14 %	7	23 %	8	32 %	20	22 %
Fugue	5	14 %	3	10 %	6	24 %	14	15 %
Mettre le feu	2	6 %	2	7 %	5	20 %	9	10 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Concernant les problèmes comportementaux, près de deux enfants sur trois sont désobéissants (62 %). Des différences significatives apparaissent entre les groupes ($X^2=8.206$, $p=0.017$). En effet, 84 % des enfants présentant des TC, 60 % des enfants avec des CSP ($N=18$) et 47 % des VAS ($N=14$) sont désobéissants. Un peu plus de la moitié des enfants mentent régulièrement (54 %) et ont des crises de rage incontrôlables (53 %). Une tendance se dessine concernant l'habitude de mentir chez les enfants ayant des CSP ($N=22$, 61 %) et des TC ($N=16$, 64 %) en comparaison avec les enfants VAS ($N=11$, 37 %) ($X^2=5.364$, $p=0.068$). Les enfants ayant des CSP et des TC semblent donc mentir plus que les enfants ayant été VAS. Concernant les crises de rage, les enfants TC présentent une tendance en comparaison avec les enfants CSP et VAS (TC : $N=18$, 72 %; CSP : $N=18$, 50 %; VAS : $N=12$, 40 %) ($X^2=5.783$, $p=0.056$). Les enfants présentant des TC semblent donc faire plus de crises de rage que les enfants CSP et VAS.

Par ailleurs, la moitié des enfants utilisent un langage inadéquat (49 %). Une différence significative ressort entre les groupes ($X^2=13.523$, $p=0.001$). Ainsi, 80 % des enfants en TC utiliseraient un langage inapproprié ($N=20$), alors que c'est le cas chez 40 % des VAS ($N=12$) et 33 % des CSP ($N=10$). Dans une moindre mesure, 41% des enfants détruisent des objets, 22 % volent, 15 % fuguent et 10 % mettent le feu. Parmi ces comportements, une différence significative concernant la destruction d'objets est présente entre les groupes ($X^2=11.622$, $p=0.003$). Ainsi, les enfants ayant un TC ($N=17$, 68 %) détruisent plus d'objets que les enfants ayant des CSP ($N=11$, 37 %) et ceux VAS ($N=7$, 23 %)

3.2.4 Fonctionnement relationnel et scolaire

Le tableau 9 décrit le fonctionnement relationnel et scolaire des jeunes selon leur groupe.

TABLEAU 9
Fonctionnement relationnel et scolaire des enfants selon la problématique

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Difficulté attention-concentration	19	53 %	15	50 %	18	72 %	52	57 %
Problèmes apprentissage	12	33 %	13	43 %	14	56 %	39	43 %
Hyperactivité ***	15	50 %	4	13 %	17	68 %	36	42 %
Agressivité envers les profs *	7	19 %	4	13 %	11	44 %	22	24 %
Isolement	6	17 %	9	30 %	6	24 %	21	23 %
Classe éducation spécialisée **	4	11 %	2	7 %	9	36 %	15	17 %
École spéciale *	3	8 %	2	7 %	7	28 %	12	13 %
Refus d'aller à l'école – absentéisme	2	6 %	6	20 %	3	12 %	11	12 %
Indifférence face aux personnes significatives	1	3 %	3	10 %	4	16 %	8	9 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Au niveau scolaire, une grande proportion (57 %) des enfants ont des difficultés importantes d'attention et de concentration, 43 % affichent des problèmes d'apprentissage et 42 % sont hyperactifs. Une différence significative est présente entre les groupes concernant l'hyperactivité ($X^2 = 17.801$, $p=0.000$). En effet, 68 % des enfants ayant des TC ($N=17$), 50 % des enfants ayant des CSP ($N=15$) et 13 % des enfants VAS ($N=4$) souffrent d'hyperactivité. De plus, 24 % des enfants adopteraient des comportements agressifs envers leur professeur. Parmi ceux-ci, près de la moitié font partie du groupe d'enfants ayant des TC ($N=11$, 44 %), ce qui est significativement différent des enfants des autres groupes (CSP : $N=9$, 19 %; VAS : $N=4$, 13 %) ($X^2 = 7.723$, $p=0.021$). Au niveau relationnel, 23 % des enfants vivent de l'isolement.

Près d'un enfant sur cinq (17 %) participe à un programme d'éducation spécialisée en raison de problèmes d'apprentissage ou de comportement. Parmi ceux-ci, les enfants TC sont significativement plus présents ($N=9$, 36 %) comparativement aux enfants ayant des CSP ($N=4$, 11 %) et VAS ($N=2$, 7 %) ($X^2=9.772$, $p=0.008$). De plus, la fréquentation d'une école spéciale par 13 % des enfants laisse transparaître une différence significative entre les groupes ($X^2 = 6.647$, $p=0.036$). Près du quart des enfants présentant des TC ($N=7$, 28 %) vont dans une école spéciale comparativement à 8 % des enfants avec des CSP ($N=3$) et 7 % des enfants VAS ($N=2$). Finalement, 12 % des enfants refusent d'aller à l'école ou s'absentent fréquemment et 9 % démontrent une indifférence face aux personnes significatives.

3.2.5 Médication

Le tableau 10 présente le nombre d'enfants selon leur problématique qui consomment quotidiennement un ou plusieurs médicaments prescrits.

TABLEAU 10
Prise de médicament des enfants en fonction du groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médicament – oui *	17	47 %	7	23 %	15	63 %	39	43 %
Médicament – non	19	53 %	23	77 %	9	37 %	51	57 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Près de la moitié des enfants sont médicamentés (43 %). Une différence significative ressort entre les groupes concernant la prise de médicaments ($X^2=8,699$, $p=0.013$). En effet, 63 % des enfants avec des TC ($N=15$), 47 % des enfants ayant des CSP ($N=17$) et 23% des enfants VAS ($N=7$) sont médicamentés.

3.2.6 Amitiés

Le tableau 11 identifie le nombre d'amis que les trois groupes d'enfants ont selon leurs parents.

TABLEAU 11
Amitiés des enfants en fonction de leur problématique

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	6	19 %	6	20 %	6	24 %	18	21 %
1	3	9 %	4	13 %	1	4 %	8	9 %
2	2	6 %	4	13 %	9	36 %	15	17 %
3	5	16 %	6	20 %	0	0 %	11	13 %
4 et plus	16	50 %	10	34 %	9	36 %	35	40 %

À propos des amitiés de ces enfants, les parents rapportent qu'une forte proportion d'enfants ont quatre amis ou plus (40 %), alors qu'un enfant sur cinq, réparti également dans chacun des groupes, n'aurait aucun ami (21 %). Une tendance semble se dessiner sur le nombre d'amis selon les groupes. En effet, selon les parents, 36 % des enfants avec des TC ($N=9$) auraient deux amis, comparativement aux enfants des autres groupes (CSP : $N=2$, 6 %; VAS : $N=4$, 13 %) ($X^2=14.996$, $p=0.059$). Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les groupes.

3.3 Histoire de mauvais traitements

Cette partie présente cinq catégories de mauvais traitements pour lesquelles des informations ont été documentées (tableau 12). De plus, pour chacune des catégories, l'auteur présumé, c'est-à-dire la personne soupçonnée d'avoir maltraité l'enfant, ainsi que la durée des mauvais traitements sont rapportées.

TABLEAU 12
Histoire de victimisation des enfants en fonction du groupe

	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histoire de victimisation								
Négligence	16	47 %	18	62 %	17	71 %	51	59 %
Abus physique	20	63 %	12	43 %	12	52 %	44	53 %
Abus psychologique	15	45 %	13	46 %	16	67 %	44	52 %
Agression sexuelle ***	12	39 %	30	100 %	1	4 %	43	51 %
Témoin de violence conjugale	10	28 %	5	17 %	6	24 %	21	23 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Plus de la moitié (59 %) des enfants ont subi une forme de négligence (négligence sur les plans : physique, médical, éducatif, absence de soins et abandon). Les mères biologiques (67 %) ainsi que les pères (55 %) sont responsables de la majorité des cas de négligence rapportés. Quatre-vingt pour cent de ces enfants ont expérimenté de la négligence s'étalant sur une période supérieure à une année.

Une histoire d'abus physiques a été rapportée pour un peu plus de la moitié des enfants (53 %). La majorité des situations d'abus physiques met en cause une figure parentale (41 % de pères et 66 % de mères), alors que les conjoints sont responsables de 16 % des cas de mauvais traitements physiques. Pour 49 % des enfants, les mauvais traitements représentent des incidents répétés s'étalant sur plus d'un an.

En outre, un peu plus de la moitié des enfants ont été victimes d'abus psychologiques (52 %). Les mères (61 %), les pères (39 %), les conjoint(e)s (18 %) et la fratrie (11 %) sont responsables de la majorité des situations d'abus psychologiques à l'endroit des enfants. De plus, 67 % des jeunes ont vécu ces abus psychologiques sur une période allant au-delà d'un an.

De plus, parmi l'échantillon d'enfants, 51 % d'entre eux ont été victimes d'agressions sexuelles. Une différence significative apparaît ($X^2=57.960$, $p=0.000$) entre les groupes. Les enfants VAS ont tous été victimes d'agression sexuelle ($N=30$) alors que 39 % des enfants ayant des CSP ($N=12$) et 4 % des enfants ayant des TC ($N=1$) l'ont été. Les attouchements aux organes sexuels sont en cause dans 38 % des situations rapportées alors que les relations sexuelles et les tentatives de pénétration (orales, vaginales ou anales) le sont dans 21 % des situations.

Contrairement aux cas d'abus physiques, les parents sont moins souvent auteurs des cas d'agressions sexuelles (23 % : 14 % les pères et 9 % les mères). Les membres de la famille élargie le sont dans 21 % des situations, suivis d'un membre de la fratrie (19 %), d'un membre de la famille d'accueil (19 %), d'un conjoint (14 %), et d'un tiers en situation d'autorité (4 %). Finalement, 31 % des victimes ont été abusées pendant plus d'un an.

Bref, 23 % des enfants ont été témoins de violence conjugale. L'analyse de ces données permet de constater que la majorité des enfants ont subi au moins une histoire de victimisation et ce, indépendamment du groupe.

3.4 Fonctionnement des parents

Cette section résume le fonctionnement des parents biologiques ainsi que leurs antécédents familiaux.

3.4.1 Caractéristiques des parents biologiques

Les données du tableau 13 mettent en évidence les caractéristiques des parents biologiques des enfants en fonction des groupes ainsi que les antécédents familiaux.

TABLEAU 13
Caractéristiques des parents biologiques en fonction du groupe

Caractéristiques	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fonctionnement des parents								
Violence conjugale	15	42 %	16	55 %	14	56 %	45	50 %
Toxicomanie	17	47 %	12	41 %	13	52 %	42	47 %
Alcoolisme	18	50 %	9	31 %	12	48 %	39	43 %
Problèmes de santé mentale	12	33 %	12	41 %	10	40 %	34	38 %
Activités criminelles	6	17 %	11	38 %	8	32 %	25	28 %
Problèmes d'ordre économique	6	17 %	9	31 %	8	32 %	23	26 %
Problèmes de santé physique	5	14 %	8	28 %	4	16 %	17	19 %
Absence de soutien social	4	11 %	1	3 %	5	20 %	10	11 %
Déficits cognitifs	3	8 %	2	7 %	2	8 %	7	9 %
Litiges sur la garde de l'enfant	1	3 %	5	17 %	2	8 %	8	9 %

L'analyse des données relatives aux familles biologiques des enfants démontre un fonctionnement empreint de difficultés. En effet, la violence conjugale n'est pas absente du portrait de ces familles; la moitié des enfants (50 %) vivent dans un milieu familial empreint de violence conjugale. De plus, une proportion non négligeable de parents présente des problèmes de toxicomanie (47 %), d'alcoolisme (43 %), de santé mentale (38 %), de criminalité (28 %), d'ordre économique (26 %) et de santé physique (19 %). Parmi les autres difficultés, notons une absence de soutien

social (11 %), des déficits cognitifs (9 %) et des litiges portant sur la garde de l'enfant (9 %). Nous ne retrouvons aucune différence significative entre les groupes

3.4.2 Antécédents familiaux des parents biologiques

Les données du tableau 14 présentent les antécédents familiaux des parents biologiques.

TABLEAU 14
Antécédents familiaux des parents biologiques en fonction des groupes

Caractéristiques	Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antécédents								
Agressions sexuelles	17	47 %	15	52 %	4	17 %	36	40 %
Abus psychologiques	12	33 %	11	38 %	7	29 %	30	34 %
Abus physiques	12	33 %	10	34 %	6	25 %	28	32 %
Négligence	5	14 %	5	17 %	3	13 %	13	15 %

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Bon nombre de parents ont des antécédents de mauvais traitements : agressions sexuelles (40 %), abus psychologiques (34 %), abus physiques (32 %) et négligence (15 %). Ainsi, nous remarquons une tendance chez les parents d'enfants présentant des CSP et VAS comparativement au groupe TC, concernant un passé de victimisation sexuelle (CSP : \underline{N} =17, 47 % ; VAS : \underline{N} = 15, 52 % ; TC : \underline{N} =4, 17 %) ($X^2=8.791$, $p=0.067$).

4. ANALYSES DES QUESTIONNAIRES CLINIQUES

Cette partie présente les différences observées entre les enfants en fonction du groupe (CSP, VAS, TC), de la catégorie d'âge (5-9 ans, 10-12 ans) et du sexe relativement aux différentes mesures comportementales, affectives et psychosociales.

4.1 Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans

Le tableau 15 rapporte les résultats des enfants en fonction du groupe et ce, peu importe le sexe et la catégorie d'âge.

TABLEAU 15
Résultats à la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans
en fonction du groupe

Dimensions	Enfants CSP			Enfants VAS			Enfants TC		
	N	M	É.T.	N	M	É.T.	N	M	É.T.
Problèmes intériorisés	37	58,7027	11,49847	31	60,8387	12,63354	25	62,1200	8,44255
Problèmes extériorisés	37	64,9730	11,12177	31	60,4839	13,67935	25	67,1600	10,11879
Score total	38	64,2368	12,16649	31	62,5161	12,04401	25	66,2800	8,72983
Retrait social	37	60,0541	9,79497	31	60,8710	9,61853	25	59,5200	9,22460
Plaintes somatiques	37	55,7027	6,38516	31	58,2581	8,87682	25	54,1200	4,96085
Anxiété-dépression	37	59,9459	10,34930	31	62,129	11,84551	25	64,6400	9,94937
Problèmes sociaux	37	62,5404	11,72508	31	61,6129	12,60338	25	63,0400	10,00616
Problèmes de la pensée	37	59,0000	10,08299	31	59,0968	8,50237	25	61,2400	11,12909
Problèmes d'attention	36	64,7778	11,38197	31	63,7097	11,30249	25	65,7600	8,77629
Comportement délinquant	37	63,7838	9,09559	31	63,3871	11,31865	25	66,4000	10,37625
Comportement agressif	37	66,4595	12,25787	31	61,5806	12,09621	25	67,8000	11,46734

De façon générale, nous ne retrouvons aucune différence significative entre les enfants en fonction des groupes. On note cependant une différence significative entre les groupes TC et VAS pour la dimension somatique chez les enfants âgés de 5 à 9 ans ($F(2,34) : 3,740, p=0,034$). Ainsi, les enfants âgés de 5 à 9 ans VAS présentent significativement plus de plaintes somatiques (N : 8, M : 61,0000, É.T. : 11,09698) que les enfants âgés de 5 à 9 ans ayant des TC (N : 8, M : 52,2500, É.T. : 3,10530).

Le tableau 16 rapporte les résultats des enfants en fonction du sexe et ce, peu importe le groupe et la catégorie d'âge.

TABEAU 16
Résultats à la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans
en fonction du sexe

Dimensions	Garçons			Filles		
	N	M	É.T.	N	M	É.T.
Problèmes intériorisés	55	61,400	10,05651	38	58,7895	12,55293
Problèmes extériorisés	55	66,1091	12,76232	38	61,1053	10,17891
Score total	56	66,0357	11,02883	38	61,5263	11,27479
Retrait social	55	60,8000	9,03573	38	59,2895	10,18453
Plaintes somatiques	55	55,9091	6,47294	38	56,4474	8,05621
Anxiété-dépression	55	65,5091	9,81660	38	61,1053	12,21826
Problèmes sociaux	55	63,6545	10,88699	38	60,5000	12,21817
Problèmes de la pensée *	55	61,1273	10,64069	38	57,4737	8,17953
Problèmes d'attention	54	66,1111	9,95777	38	62,6579	11,33346
Comportement délinquant *	55	66,1818	10,11433	38	61,7105	9,83350
Comportement agressif *	55	68,1455	13,27685	38	60,9211	8,84821

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Des différences significatives ressortent dans certaines dimensions du questionnaire. Ainsi, un effet principal du sexe est trouvé ($F(1,87) : 3,136, p = 0,038$) pour l'échelle « problèmes de la pensée ». En effet, les garçons présentent significativement plus de « problèmes de pensée » que les filles et ce, peu importe l'âge et le groupe. Un effet principal du sexe est également apparu pour les dimensions des comportements délinquants ($F(1,86) : 4,465, p = 0,037$) et des comportements agressifs ($F(1,86) : 4,790, p = 0,031$). Ainsi, les garçons adoptent significativement plus de comportements délinquants et de comportements agressifs que les filles et ce, peu importe la catégorie d'âge et le groupe. Finalement, une tendance se dessine pour un effet principal du sexe en ce qui concerne le score total de l'Inventaire ($F(1,87) : 3,483, p = 0,065$) et les problèmes d'attention ($F(1,86) : 3,594, p = 0,061$). Bien que la différence ne soit pas significative, nous observons que les garçons présentent des problèmes d'attention et des problèmes de comportement plus importants que les filles.

4.2 Inventaire des comportements sexuels de l'enfant

Le tableau 17 présente les résultats des enfants à l'Inventaire des comportements sexuels en fonction du groupe.

TABLEAU 17
Résultats à l'Inventaire des comportements sexuels en fonction du groupe

Dimensions	Enfants CSP			Enfants VAS			Enfants TC		
	N	M	É.T.	N	M	É.T.	N	M	É.T.
Score total ***	30	15,9333	11,85817	31	6,9355	6,53164	25	5,0400	4,89455

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

L'analyse des résultats fait ressortir un effet principal du groupe ($F(2,83) : 13,590; p=0,000$). L'analyse a posteriori de Scheffe montre des différences significatives entre les enfants CSP et les enfants VAS et TC. Ainsi, les enfants présentant des CSP adoptent significativement plus de comportements sexuels que les enfants VAS et les enfants avec des TC.

En ce qui concerne les seuils cliniques, un chi-carré de Pearson fait ressortir une différence significative entre les groupes ($p=0,003$). Ainsi, un nombre significativement plus élevé d'enfants ayant des comportements sexuels (79 %) se retrouvent à un seuil clinique à l'Inventaire des comportements sexuels comparativement aux enfants VAS (47 %) et aux enfants ayant des TC (40 %).

4.3 Échelle post-traumatique pour les enfants

Le tableau 18 présente les résultats des enfants à l'Échelle post-traumatique en fonction du groupe.

TABLEAU 18
Résultats à l'Échelle post-traumatique pour les enfants en fonction du groupe

Dimensions	Enfants CSP			Enfants VAS			Enfants TC		
	N	M	É.T.	N	M	É.T.	N	M	É.T.
Stress post-traumatique	29	54,2759	12,78642	25	56,4400	13,03227	24	51,0833	12,35672
Dissociation	29	52,5862	11,27740	25	54,1200	11,32225	24	52,3750	11,33219
Dissociation – manifeste	31	54,5806	10,13895	26	56,4615	11,84308	24	52,2500	12,05513
Dissociation – fantaisie	31	48,0323	10,21268	26	50,0000	10,22546	24	51,6250	8,56592
Anxiété	29	57,4828	20,29008	25	56,6000	12,71154	24	54,7083	14,57657
Dépression	29	54,8966	14,96268	25	54,3600	14,68525	24	52,0417	13,33019
Colère	29	51,5517	11,19817	25	52,0000	10,35213	24	50,2917	10,59729
Inquiétudes au niveau sexuel **	29	70,5172	24,39646	25	65,2000	22,03974	24	51,1667	11,63827
Préoccupations sexuelles **	31	64,2903	19,90007	26	60,4615	20,68281	24	49,2083	10,32506
Détresse sexuelle *	31	61,4839	17,15589	26	58,3462	16,97278	24	49,5000	8,42357

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Des différences significatives apparaissent à une dimension du questionnaire. Ainsi, un effet principal du groupe ressort ($F(2,75) : 6,106, p=0,003$) à l'échelle des « inquiétudes au niveau sexuel ». Lors de l'analyse a posteriori, une différence significative apparaît entre les TC et les CSP. Ainsi, les enfants qui présentent des CSP ont significativement plus d'inquiétudes au niveau sexuel que les enfants ayant des TC. De plus, une tendance se dessine à l'effet que les enfants VAS manifestent plus d'inquiétudes au niveau sexuel que les enfants ayant des TC.

Nous retrouvons également un effet principal du groupe aux sous-échelles « préoccupations sexuelles » ($F(2,78) : 5,003, p= 0,009$) et « détresse sexuelle » ($F(2,78) : 4,460, p= 0,015$). Lors de l'analyse a posteriori de Scheffe, une différence significative se démarque entre les enfants avec des CSP et les enfants avec des TC. En effet, les enfants présentant des CSP ressentent significativement plus de préoccupations sexuelles et plus de détresse sexuelle que les enfants avec des TC.

Un effet principal au niveau du sexe ($F(1,72) : 4,405, p=0,039$) apparaît pour la dimension « colère » de cette Échelle. Ainsi, les garçons ressentent significativement plus de colère ($M : 52,644, É.T. : 11,24754$) que les filles ($M : 49,4848, É.T. : 9,59857$).

Finalement, à l'égard des seuils cliniques, un chi-carré de Pearson fait apparaître une différence significative entre les groupes à l'échelle « inquiétudes au niveau sexuel » ($p=0,000$) et à la sous-échelle « préoccupations sexuelles »

($p=0,005$). Ainsi, un nombre significativement plus élevé d'enfants présentant des CSP (62 %) démontrent un seuil clinique à l'échelle des inquiétudes au niveau sexuel que d'enfants VAS (36 %) et d'enfants avec des TC (8 %). De plus, un nombre également plus élevé d'enfants ayant des CSP (42 %) se retrouvent avec un seuil clinique à la sous-échelle des préoccupations sexuelles comparativement aux enfants VAS (24 %) et aux enfants ayant des TC (0,5 %).

4.4 Système d'évaluation des habiletés sociales

Les résultats des enfants au Système d'évaluation des habiletés sociales sont présentés au tableau 19 et ce, selon le groupe.

TABLEAU 19
Résultats au Système d'évaluation des habiletés sociales pour les enfants en fonction du groupe

Dimensions	Enfants CSP			Enfants VAS			Enfants TC		
	N	M	É.T.	N	M	É.T.	N	M	É.T.
Coopération	35	13,3429	3,67778	30	14,60000	3,95317	25	13,5600	4,48219
Affirmation de soi	35	13,0857	3,59224	30	14,0667	3,87684	25	14,1200	3,90854
Contrôle de soi	37	13,9459	3,55079	31	14,6452	3,81705	25	13,5600	4,46356
Empathie	37	11,2432	4,15268	30	13,0000	3,94794	24	11,4583	4,32364
Habiletés sociales – total	35	51,5143	13,11122	29	56,6552	13,51527	24	52,8333	14,81089

Les analyses ne démontrent aucune différence significative entre les enfants et ce, peu importe le groupe et la catégorie d'âge.

Par ailleurs, des différences significatives ressortent et ce, en fonction du sexe de l'enfant. Le tableau 20 rapporte donc les résultats des enfants au questionnaire sur les habiletés sociales en fonction de leur sexe.

TABLEAU 20
Résultats au Système d'évaluation des habiletés sociales pour les enfants en fonction du sexe

Dimensions	Garçons			Filles		
	N	M	É.T.	N	M	É.T.
Coopération **	54	13,1481	4,28867	36	14,8333	3,32523
Affirmation de soi	54	13,1852	3,58758	36	14,4722	3,94596
Contrôle de soi **	55	13,1455	3,75854	38	15,4211	3,70268
Empathie **	54	10,6296	3,91078	37	13,7027	3,87918
Habiletés sociales – total **	53	50,1321	13,19388	35	58,7714	13,07914

* $p<0,05$

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

Les analyses font ressortir des différences significatives à la majorité des dimensions en ce qui concerne le sexe et ce, peu importe le groupe et la catégorie d'âge. Un effet principal du sexe est identifié pour les dimensions de coopération ($F(1,82) : 4,281, p=0,042$), de contrôle de soi ($F(1,82) : 7,295, p=0,008$), d'empathie ($F(1,82) : 10,166, p=0,002$) et d'habiletés sociales ($F(1,82) : 8,608, p=0,004$), ce qui signifie que les filles adoptent significativement

plus de comportement de coopération, de contrôle de soi, d'empathie et elles ont plus d'habiletés sociales que les garçons. Finalement, une tendance se dessine pour la dimension d'affirmation de soi ($F(1,82) : 3,888, p=0,052$). En effet, même si les différences ne sont pas significatives, nous observons que les filles adoptent plus de comportements d'affirmation de soi que les garçons.

4.5 Questionnaire des comportements et attitudes des parents (QCAP)

Cette partie présente les résultats des parents au questionnaire évaluant leurs comportements et leurs attitudes à l'égard de leur enfant (tableau 21). Les résultats sont décrits en fonction du groupe et du sexe de l'enfant.

TABLEAU 21
Résultats des parents au Questionnaire des comportements et des attitudes
en fonction du groupe et du sexe de l'enfant

Dimensions		Enfants CSP		Enfants VAS		Enfants TC	
		Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Soins/soutien	N	25	13	9	22	22	3
	M	15,4800	14,2308	12,6667	13,0455	14,9091	19,6667
	É.T.	3,69820	3,03188	2,78388	3,40136	3,62411	1,52753
Punition	N	25	13	9	22	22	3
	M	25,4400	25,8462	24,8889	26,4545	24,2727	26,6667
	É.T.	3,33017	3,36269	4,01386	3,54196	3,56146	0,57735

Un effet d'interaction groupe/sexe ($F(2,88) : 3,135, p=0,048$) ressort à l'échelle soins/soutien. Toutefois, lors de la décomposition de l'effet d'interaction, la différence n'est pas significative ($F(2,88) : 2,27, p=n.s.$).

5. ANALYSE CLUSTER

Cette partie présente la création et la validation des Clusters ainsi que l'analyse de la structure des Clusters en fonction des résultats obtenus à deux questionnaires : la Liste de vérification des comportements des jeunes de 4 à 18 ans et l'Échelle post-traumatique pour les enfants.

5.1 Création de Clusters

Afin d'offrir une description des clusters et d'aider à déterminer quelles sont les variables ayant contribué à les distinguer, une analyse des fonctions discriminantes a été effectuée. Les analyses démontrent que deux fonctions discriminantes différencient les groupes (Fonction 1 : $\lambda = 0,135$, $X^2(16) = 171,381$, $p = 0,000$, R^2 canonique = 0,915; Fonction 2 : $\lambda = 0,823$, $X^2(7) = 16,628$, $p = 0,020$, R^2 canonique = 0,420). Ces fonctions représentent 96 % et 4 % de la variance entre les groupes. En se basant sur ces fonctions discriminantes, l'appartenance à un cluster a été prédite pour chaque participant. Les résultats font ressortir un taux élevé de classification juste : 96,4 % des enfants ont été classifiés correctement. Une analyse détaillée démontre que 92,1 % des enfants sont correctement classifiés dans le Cluster 1, 93,5 % des enfants sont correctement classifiés dans le Cluster 2, et 100 % des enfants sont correctement classifiés dans le Cluster 3.

Les variables ayant démontré une plus grande corrélation entre elles pour la première fonction discriminante sont : les problèmes sociaux, les troubles d'attention, les troubles d'agressivité, les troubles de dépression/anxiété, les comportements délinquants et le retrait social. L'inspection des groupes de Centroids suggère que ces variables semblent décrire particulièrement les enfants du Cluster 2. Pour la deuxième fonction, les troubles de la pensée et les plaintes somatiques démontrent une plus grande corrélation. Ces variables décrivent principalement les enfants du Cluster 1, mais semblent également décrire les enfants du Cluster 2.

5.2 Validation des Clusters

Afin de mieux connaître les profils des clusters et identifier leurs attributs, une série d'ANOVA et de Post Hoc Tests ont été faits. De plus, afin de valider le cluster, les trois Clusters ont été comparés avec d'autres variables n'étant pas initialement utilisées dans l'élaboration du Cluster. Ces variables de validation comportent les comportements que les enfants présentaient (CSP, VAS, TC), les autres types d'abus vécus (abus physique, négligence, abus psychologique), la prise de médicaments, le groupe d'âge et le sexe. Les résultats de ces analyses sont démontrés

au tableau 22, et les résultats des Post Hoc Tests des variables ayant un niveau significatif supérieur à 0,05 sont présentées au tableau 23.

TABLEAU 22
Scores moyens basés sur l'appartenance au Cluster

	Cluster 1 (n=38)	Cluster 2 (n=30)	Cluster 3 (n=22)	X ²
CSP	47,4 %	33,3 %	36,4 %	
VAS	57,9 %	43,3 %	45,5 %	
TC	73,7 %	80 %	86,4 %	
Abus Physique	29,7 %	65,5 %	52,4 %	8,663 (p = 0.013)
Négligence	44,7 %	67,9 %	63,6 %	
Abus psychologique	31,6 %	69 %	40,9 %	9,566 (p = 0.008)
Prise de médicaments	24,3 %	76,7 %	27,3 %	21,393 (p = 0.000)
5 - 9 ans	42,1 %	33,3 %	45,5 %	
10 - 13 ans	57,9 %	66,7 %	54,5 %	
Garçon	52,6 %	76,7 %	59,1 %	
Fille	47,4 %	23,3 %	40,9 %	

TABLEAU 23
Résultats aux Post Hoc Tests pour les variables de validation

Sig.	Abus physique	Abus psychologique	Prise de médicaments
C1 et C2	0,004	0,002	0,000
C1 et C3	0,089	0,469	0,803
C2 et C3	0,344	0,041	0,000
ANOVA	0,012	0,008	0,000

Les enfants du Cluster 2 se démarquent de façon significative en ce qui a trait à un passé d'abus physique (65,5 %, X²= 8,663, p = 0.013) et d'abus psychologique (69 %, X²= 9,566, p = 0.008). De plus, ils sont significativement plus nombreux à prendre des médicaments (76,7 %, X²= 21,393, p = 0.000). Il est intéressant de souligner que 80 % des enfants du Cluster 2 sont considérés comme ayant des troubles de comportement. Il ressort également que les enfants faisant partie du Cluster 2 sont pour la plupart âgés entre 10 et 13 ans (66,7 %) et sont de sexe masculin (76,6 %).

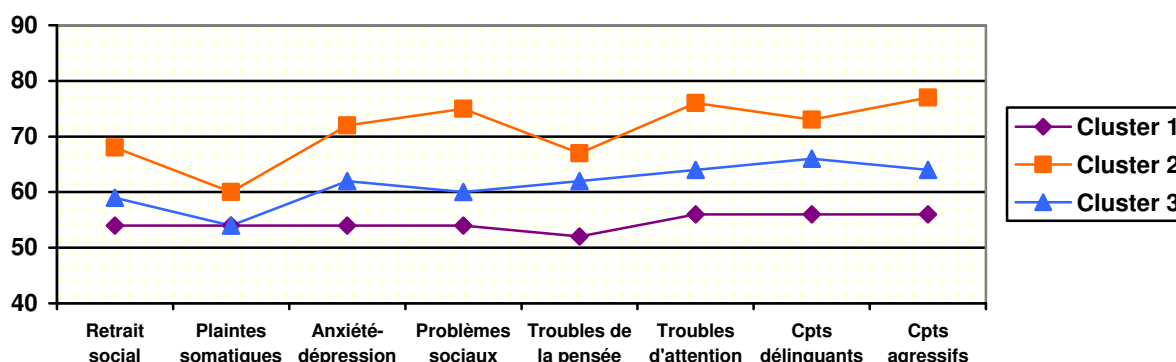
En ce qui concerne les autres variables à l'étude, les enfants du Cluster 1 présentent les taux les plus faibles d'abus physique (29,7 %, X²= 8,663, p = 0.013) et d'abus psychologique (31,6 %, X²= 9,566, p = 0.008), et ils sont moins nombreux à prendre des médicaments (24,3 %, X²= 21,393, p = 0.000). Il est également intéressant de noter que les enfants du Cluster 1 sont proportionnellement plus nombreux à avoir des comportements sexuels problématiques (47,4 %) et à avoir été agressés sexuellement (57,9 %) que les enfants des autres clusters, bien que ce résultat ne ressorte pas significatif. De plus, les enfants faisant partie du Cluster 1 sont répartis relativement également en fonction de leur âge (42,1 % sont âgés entre 5 et 9 ans et 57,9 % sont âgés entre 10 et 13 ans) ainsi qu'en fonction de leur sexe (52,6 % sont de sexe masculin et 47,4 % sont de sexe féminin).

Finalement, la forte majorité des enfants du Cluster 3 présente des troubles de comportement (86,4 %). En ce qui a trait à l'âge, ce Cluster a une proportion sensiblement égale d'enfants âgés entre 5 et 9 ans (45,5 %) et entre 10 et 13 ans (54,5 %). La répartition entre les sexes est également similaire, bien que les garçons soient plus nombreux (59,1 % de garçons et 40,9 % de filles).

5.3 Structure des Clusters selon les résultats obtenus à la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans (CBCL)

Nous avons fait l'étude des trois Clusters en lien avec les résultats de chacune des dimensions relevées dans la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans (retrait social, plaintes somatiques, anxiété-dépression, problèmes sociaux, troubles de la pensée, troubles d'attention, comportement délinquant et comportement agressif). Le résultat moyen de chaque cluster et de chacune des dimensions est présenté dans la figure 1.

FIGURE 1
Résultats à la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans (CBCL)



Les enfants du Cluster 2 (n=30) présentent le score clinique le plus élevé dans toutes les dimensions (retrait social (68), plaintes somatiques (60), anxiété-dépression (72), problèmes sociaux (75), troubles de la pensée (68), troubles d'attention (76), comportements délinquants (74) et comportements agressifs (77)) du questionnaire CBCL.

Le Cluster 1 (n=38) regroupe les enfants présentant le moins de problèmes comportementaux et ayant des scores moyens au CBCL rejoignant les normes habituelles (50). Ils se distinguent des enfants des deux autres groupes avec des scores nettement inférieurs, notamment dans l'échelle de problèmes sociaux (score T=54), des troubles de la pensée (score T=52), des troubles d'attention (score T=56), des comportements délinquants (score T=57), et des comportements agressifs (score T=56).

Les enfants du Cluster 3 (n=22) présentent des scores qui les situent généralement entre les enfants du Cluster 1 et du Cluster 2. Ainsi, ces enfants présentent moins de problèmes comportementaux que les enfants du Cluster 2 au CBCL, ce qui les situe légèrement au-dessus des scores standards pour toutes les mesures (retrait social (59), plaintes somatiques (54), anxiété-dépression (62), problèmes sociaux (60), troubles de la pensée (62), troubles d'attention (64), comportements délinquants (66) et comportements agressifs (64)).

Le tableau 24 présente les catégories de la Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans où nous retrouvons des différences significatives entre les trois groupes du cluster (C1, C2 et C3) suite à des analyses de variance (ANOVA).

TABLEAU 24
Résultats à l'ANOVA et aux Post Hoc Tests pour le CBCL

Sig.	TRETRA	TSOMAT	TDEPRE	TSOCIA	TPENSE	TATTEN	TDELIN	TAGRES
C1 et C2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
C1 et C3	0,007	0,873	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
C2 et C3	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
ANOVA	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

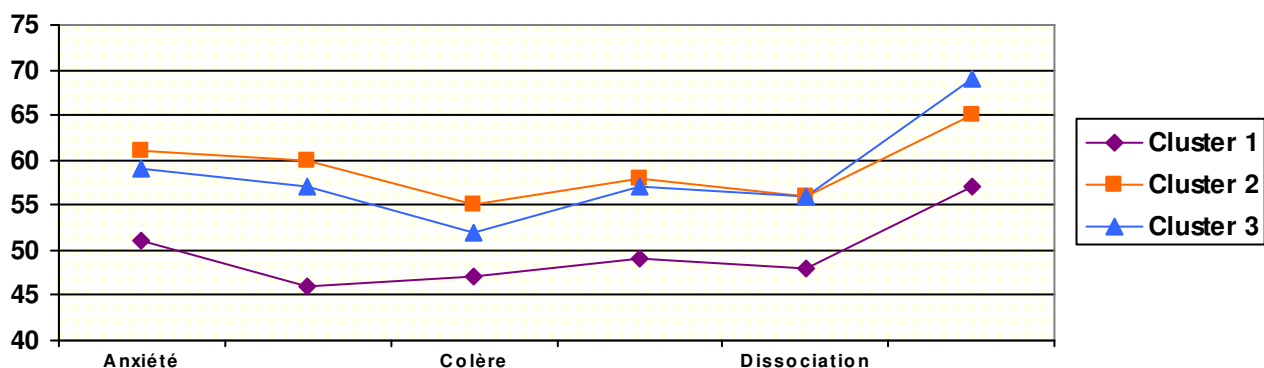
Pour les mesures du CBCL, les enfants du Cluster 2 se démarquent significativement des jeunes des deux autres groupes dans toutes les dimensions. Ils présentent plus de comportements de retrait social ($F(27,959) : 2, p=0,000$), de plaintes somatiques ($F(9,516) : 2, p=0,000$ et $F(9,516) : 2, p=0,001$) d'anxiété et de dépression ($F(48,124) : 2, p=0,000$), de problèmes sociaux ($F(82,534) : 2, p=0,000$), de troubles de la pensée ($F(43,018) : 2, p=0,000$ et $F(43,018) : 2, p=0,001$), de troubles d'attention ($F(74,891) : 2, p=0,000$), de comportements délinquants ($F(47,146) : 2, p=0,000$) et de comportements agressifs ($F(59,407) : 2, p=0,000$) que les jeunes des autres groupes.

Les enfants du Cluster 3 présentent significativement plus de comportements de retrait social ($F(27,959) : p=0,007$), d'anxiété et de dépression ($F(48,124) : 2, p=0,000$), de problèmes sociaux ($F(82,534) : 2, p=0,000$), de troubles de la pensée ($F(43,018) : 2, p=0,000$), de troubles d'attention ($F(74,891) : 2, p=0,000$), de comportements délinquants ($F(47,146) : 2, p=0,000$) et de comportements agressifs ($F(59,407) : 2, p=0,001$) que les enfants du groupe Cluster 1.

5.4 Structure des Clusters selon les résultats à l'échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C)

Les scores moyens des symptômes post-traumatiques pour chaque Cluster sont regroupés dans la figure 2. Nous avons fait l'étude des trois Clusters en lien avec les caractéristiques relevées dans l'échelle post-traumatique (anxiété, dépression, colère, stress, dissociation, préoccupations sexuelles).

FIGURE 2
Résultats à l'Échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C)



Au niveau du TSC-C, les enfants du Cluster 2 (n=30) ont obtenu des scores plus élevés que les enfants des autres Clusters, mais d'une manière moins nette que dans le CBCL. Les enfants du Cluster 2 se différencient particulièrement des enfants du Cluster 1 aux échelles d'anxiété (score T=61), de dépression (score T=60), de colère (score T=55), de stress post-traumatique (score T=58) et de dissociation (score T=56).

Au TSC-C, les enfants du Cluster 1 (n=38) ont des scores se situant généralement entre 45 et 50 mis à part à l'Échelle des préoccupations sexuelles, où ils ont un score T de 57. En somme, les enfants du Cluster 1 présentent des scores plus faibles que ceux des Clusters 2 et 3, et ce, en tout points de vue.

Les enfants du Cluster 3 (n=22) présentent des scores qui les situent généralement entre les enfants du Cluster 1 et du Cluster 2. Ainsi, ces enfants présentent moins de symptômes au TSC-C, ce qui les place légèrement au-dessus des scores standards pour toutes les mesures. Il est cependant intéressant de noter que les enfants de ce Cluster présentent le score le plus élevé à l'échelle des préoccupations sexuelles (score T=69), comparativement aux autres Clusters. D'ailleurs, ce cluster regroupe un plus grand nombre d'enfants VAS (57,9 %) et ayant des CSP (47,4 %).

Le tableau 25 présente les catégories de l'Échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C) où nous retrouvons des différences significatives entre les trois groupes du cluster (C1, C2 et C3).

TABLEAU 25
Résultats aux Post Hoc Tests pour l'Échelle post-traumatique pour les enfants (TSC-C)

Sig.	tanxdia	tdepra	tcolea	ttrea	tdissa	tsexua
C1 et C2	0,013	0,000	0,003	0,005	0,013	0,179
C1 et C3	0,086	0,006	0,087	0,017	0,023	0,064
C2 et C3	0,620	0,503	0,362	0,911	0,941	0,500
ANOVA	0,035	0,000	0,012	0,008	0,019	0,148

Au niveau du TSC-C, les enfants du Cluster 2 ont obtenu des scores plus élevés que les enfants des autres Clusters, mais d'une manière moins nette. Les enfants du Cluster 2 se différencient significativement des enfants du Cluster 1 aux échelles d'anxiété ($F(3,506) : 2, p=0,013$), de dépression ($F(8,827) : 2, p=0,000$), de colère ($F(4,695) : 2, p=0,003$), de stress post-traumatique ($F(5,104) : 2, p=0,006$) et de dissociation ($F(4,162) : 2, p=0,013$).

Les enfants du Cluster 3 ($n=22$) ont obtenu des scores significativement plus élevés que les enfants du Cluster 1 aux échelles de dépression ($F(8,827) : 2, p=0,006$), de stress post-traumatique ($F(5,104) : 2, p=0,017$) et de dissociation ($F(4,162) : 2, p=0,023$). Une tendance semble également présente en ce qui concerne l'échelle de préoccupations sexuelles, où les enfants du Cluster 3 présentent une différence près du seuil significatif de 0,06 lorsque comparés aux enfants du Cluster 1 ($F(1,961) : 2, p=0,064$).

6. DISCUSSION

Tel qu'indiqué dans la littérature (Benzies et al., 2004; Bonner et al., 1999; Putnam, 2003), on retrouve davantage de garçons que de filles chez les enfants ayant des CSP (69 %) et chez les jeunes démontrant des TC (88 %). L'inverse est observé chez les enfants VAS. En effet, seulement 33 % de ces enfants sont des garçons.

En ce qui concerne l'âge, il y a plus d'enfants âgés entre 5 et 9 ans dans le groupe des enfants présentant des CSP (58 %) que dans les deux autres groupes (27 % et 32 %). Ceci rejoint les résultats de Fortin et al. (2004) qui indiquent qu'une plus forte proportion de jeunes entre 6 et 9 ans manifestent des CSP.

Au niveau des enfants présentant des CSP qui ont été victimes d'agression sexuelle, nos résultats (33 %) sont inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature. Ces différences peuvent être en lien avec la provenance du jeune ayant des CSP. En effet, les jeunes de l'échantillon sont référés directement à l'étude par les intervenants de la protection de la jeunesse et de Parents-Unis pour les CSP alors que plusieurs études basent leur recherche sur des jeunes ayant des CSP mais suivis dans un centre de traitement pour victimes d'agressions sexuelles.

En ce qui concerne les mauvais traitements subis par les jeunes de l'étude, nous ne retrouvons pas de différence entre les groupes. Ainsi, plusieurs jeunes ont subi de la négligence (59 %), des abus physique (53 %), des abus psychologiques (52 %) et ont été témoins de violence conjugale (28 %). Nos résultats démontrent également la présence d'un groupe d'enfants qui présente plus de troubles de comportement au CBCL et de symptômes post-traumatiques au TSCC. Ces derniers se démarquent également par un passé d'abus physique, d'abus psychologique et par un haut taux de prise de médicaments. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés dans l'étude de Finklehor et al. (2007). Ainsi, 22 % des jeunes de l'échantillon avaient expérimentés dans la dernière année plus de 4 types de victimisations différents. De plus, les enfants victimes de plusieurs types d'abus avaient plus de symptômes que les enfants qui ont vécu un type de victimisation à plusieurs reprises. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le groupe d'enfants ayant le plus de préoccupations sexuelles est celui où nous retrouvons la plus forte proportion d'enfants ayant des CSP et/ou ayant été VAS.

Par ailleurs, des différences significatives ont aussi été trouvées en ce qui concerne le placement des enfants ainsi que les motifs de ces placements. En effet, davantage d'enfants ayant des TC sont placés. De plus, les motifs de leurs placements sont souvent les troubles de comportement. En ce qui concerne les enfants présentant des CSP, leur placement est souvent la conséquence de leurs comportements sexuels. Cela concorde avec les propos de

Friedrich et al. (2005) qui mentionnent que ces enfants risquent d'être rejetés par l'adulte qui les a en charge étant donné leurs comportements sexuels jugés excessifs.

En ce qui concerne l'éducation des parents, des différences significatives ont seulement été observées au niveau des mères. En effet, davantage de mères (60 %) d'enfants ayant des TC n'ont pas complété leur secondaire; elles ont donc moins de 12 années d'éducation. Cela va à l'encontre des résultats de Benzies et al. (2004) qui indiquaient que le nombre d'années d'éducation des mères d'enfants ayant des TC était de $15,16 \pm 3,08$ années. Par ailleurs, il y a plus de mères d'enfants VAS (21 %) et de mères d'enfants présentant des CSP (17 %) qui ont obtenu un DEP comparativement aux mères d'enfants ayant des TC (0). Si l'on se penche sur les résultats de Deblinger et al. (1993), ils avaient trouvé que 28,3 % des mères d'enfants VAS avaient au moins complété le niveau collégial. Aucune information concernant le niveau d'éducation des parents d'enfants ayant des CSP ne se retrouve dans le présent contexte théorique.

Toutefois, les enfants ayant des TC se démarquent au niveau du fonctionnement. En effet, nous avons trouvé des différences significatives entre ces jeunes et les deux autres groupes à l'étude au niveau des variables suivantes : prise de médicaments, conflits avec les autres (agressivité), agressivité envers les autres, menaces, désobéissance, langage inapproprié, destruction d'objets, hyperactivité, classe d'éducation spéciale, fréquentation d'une école spéciale et comportements agressifs envers le professeur. De Wied et al. (2005) mentionnent d'ailleurs que les enfants présentant des TC adoptent des comportements agressifs. De plus, au niveau du fonctionnement scolaire, Ducharme et Harris (2005) rapportent que les problèmes de comportement peuvent se manifester par le refus d'écouter les consignes du professeur. D'autre part, les enfants démontrant des CSP se différencient significativement des deux autres groupes en ce qui concerne les comportements sexuels de type agressif. En effet, dans la présente étude, 19 % des enfants ayant des CSP adoptaient des comportements sexuels agressifs selon le parent ou l'adulte significatif alors que seulement 3 % des enfants VAS présentaient ce type de comportement.

Du côté des parents, on remarque une tendance chez les parents des enfants VAS (52 %) et ceux présentant des CSP (47 %) par rapport aux parents d'enfants démontrant des TC (17 %) en ce qui concerne les antécédents d'agressions sexuelles. Ces résultats vont dans le même sens que ce qui a été trouvé dans la littérature. En effet, Putnam (2003) parle de transmission intergénérationnelle de l'agression sexuelle chez les parents d'enfants VAS. Aussi, Deblinger et al. (1993) notaient que 41,4 % des parents d'enfants VAS avaient des antécédents d'agressions sexuelles. Du côté des enfants présentant des CSP, Dandurand (2003) note que 67 % des parents ont des antécédents d'agressions sexuelles.

On remarque aussi que les enfants âgés de 5 à 9 ans victimes d'agressions sexuelles présentent significativement plus de plaintes somatiques que les enfants âgés de 5 à 9 ans et ayant des TC. Ceci concorde avec les propos de Scott et al. (2003) et Trickett et al. (1997) qui mentionnent que les enfants VAS manifestent des plaintes somatiques.

Cependant, les garçons présentent significativement plus de problèmes de la pensée que les filles et adoptent significativement plus de comportements délinquants et de comportements agressifs que les filles. Bien que la différence ne soit pas significative, nous observons que les garçons présentent des problèmes d'attention et des problèmes de comportement plus importants que les filles. Ces données s'orientent dans le même sens que celles retrouvées par Benzies et al. (2004) et par Messer et al. (2006) puisque leurs résultats démontrent que les garçons démontrent davantage de TC que les filles.

On note aussi que les enfants présentant des CSP ont significativement plus d'inquiétudes au niveau sexuel (préoccupations sexuelles et détresse sexuelle) que les enfants ayant des TC. De plus, une tendance se dessine à l'effet que les enfants VAS auraient plus d'inquiétudes au niveau sexuel que les enfants présentant des TC. En ce qui concerne les enfants ayant des CSP, Lane (1991) avait indiqué qu'ils avaient des préoccupations en ce qui concerne la sexualité. Toutefois, aucune information ne se retrouve dans le contexte théorique en ce qui a trait aux inquiétudes au niveau sexuel pour les enfants VAS.

Par ailleurs, les jeunes ayant des comportements sexuels problématiques se situent à un seuil clinique plus élevé à l'échelle des inquiétudes au niveau sexuel que les enfants VAS et les jeunes ayant des TC. De plus, un nombre également plus élevé d'enfants ayant des CSP se retrouvent avec un seuil clinique à l'échelle des préoccupations sexuelles comparativement aux victimes d'abus sexuels et aux enfants avec des troubles de comportement.

Les filles adoptent significativement plus de comportements de coopération, de contrôle de soi, d'empathie et d'habiletés sociales que les garçons. Même si les différences ne sont pas significatives, nous observons que les filles adoptent plus de comportements d'affirmation de soi que les garçons. Ceci rejoint les données de Tremblay et al. (2006) concernant les enfants présentant des CSP rapportant que les filles démontrent significativement plus de comportements de coopération, de contrôle de soi et d'habiletés sociales (tendance) en général que les garçons. Concernant l'empathie, ceci rejoint les données de Messer et al. (2006) concernant les filles présentant des TC.

Cependant, certaines limites apparaissent. Dans un premier temps, le fait que les références proviennent en grande partie de la direction de la protection de la jeunesse limite la représentativité des jeunes de la société. En effet, les jeunes référés à la recherche présentent un plus lourd vécu que la majorité des jeunes, ainsi que des TC plus sérieux. De plus, nous avons très peu de filles présentant une problématique de TC.

Une autre limite réside dans le fait que les trois groupes ne sont pas purs, c'est-à-dire qu'une forte proportion des enfants des trois groupes présentent des TC et que des enfants qui ont été VAS se trouvent également dans le groupe d'enfants présentant des CSP. Par ailleurs, ceci représente la réalité des enfants suivis par la protection de la jeunesse puisqu'ils sont nombreux à manifester des TC. De plus, il n'est pas rare que des enfants développent des CSP suite à une victimisation sexuelle. Il serait d'ailleurs intéressant, dans une étude ultérieure, de comparer trois

groupes d'enfants : des enfants VAS, des enfants VAS ayant des CSP et des enfants présentant des CSP sans agression sexuelle connue.

F. CONCLUSION

Cette étude présente des résultats forts nouveaux car elle compare des enfants adoptant des comportements sexuels problématiques à des enfants victimes d'agression sexuelle sans comportement sexuel problématique, et des enfants ayant des troubles de comportement. Certaines différences ressortent au niveau des caractéristiques psychosociales (sexe, âge, placement, motif de placement et niveau d'éducation de la mère) et du fonctionnement des enfants (prise de médicaments, conflits avec les autres, agressivité envers les autres, menaces, désobéissance, langage inapproprié, destruction d'objets, hyperactivité, classe d'éducation spéciale, fréquentation d'une école spéciale et comportements agressifs envers le professeur). Ces différences peuvent aider lors du dépistage des enfants présentant des TC, des CSP et VAS.

Cependant, peu de différences apparaissent entre les enfants des trois groupes au niveau des autres caractéristiques psychosociales, des mauvais traitements subis, de leur fonctionnement, des caractéristiques de leurs parents et des résultats aux outils cliniques évaluant les comportements, les symptômes post-traumatiques et les habiletés sociales. De plus, les parents ne se différencient pas dans les soins qu'ils apportent à leur enfant ainsi que dans les conduites punitives qu'ils adoptent.

De plus, un élément important ressort, peu importe la problématique de référence (VAS, CSP, TC), les enfants qui démontrent le plus de troubles de comportement et de symptômes post-traumatiques aux outils cliniques, à l'exception des préoccupations sexuelles, sont ceux qui ont été victimes d'abus physiques et d'abus psychologiques. De plus, ces enfants sont ceux qui consomment le plus de médication. Il s'avère donc fort important de bien évaluer la situation d'un jeune tant au niveau des mauvais traitements vécus que des symptômes présents et ce, à l'aide d'outils cliniques afin d'offrir une intervention qui répond le mieux à ses besoins. Les interventions sont souvent axées sur le comportement dérangeant du jeune mais avons-nous suffisamment d'information sur son vécu et intervenons-nous sur les motifs qui ont amené chez le jeune ces comportements dérangeants? Impliquons-nous suffisamment les parents dans l'intervention? Il ne faut pas oublier qu'ils ont été les premiers adultes significatifs auprès de ces enfants et, par le fait même, les premiers donneurs de soins et éducateurs.

Par ailleurs, les enfants qui présentent le plus de préoccupations sexuelles sont ceux qui ont été victimes d'agression sexuelle et/ou qui présentent des comportements sexuels problématiques. Il s'avère donc important d'orienter une partie de l'intervention auprès de ces jeunes sur leur préoccupation, inquiétude et détresse sexuelle. Dans ce sens,

l'intervention doit aborder les thèmes suivants : la sexualité, les frontières personnelles, le respect des limites des autres, les émotions en lien avec la sexualité, l'agression sexuelle et les comportements sexuels problématiques.

Toutefois, au niveau du dépistage et de l'intervention concernant les problèmes de la pensée, les comportements délinquants et agressifs, une attention particulière devrait être portée aux garçons en difficulté. Des interventions axées sur la gestion de l'agressivité et sur le développement, et l'amélioration des habiletés sociales pourraient répondre en partie à certaines difficultés perçues chez ces jeunes.

Finalement, il serait intéressant d'effectuer des études ultérieures auprès d'un plus grand échantillon de jeunes en difficulté âgés entre 6 et 12 ans, et ce, peu importe la problématique de référence, afin d'obtenir plus d'informations sur leurs antécédents et ce qui les caractérisent. Ces renseignements gagneraient à être intégrés dans les services de dépistage et d'intervention rendus auprès de ces jeunes et de leur famille.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, M.T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*, University of Vermont, Burlington.
- Adams, C.D., Hillman, N. et Gaydos, G.R. (1994). Behavioral difficulties in toddlers : Impact of sociocultural and biological risk factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 373-381.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC.
- Araji, S.K. (1997). *Sexually Aggressive Children : Coming to Understand Them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). *Un sommet du Québec pour toute la jeunesse et celle en très grande détresse*. Montréal : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Benzies, K.M., Harrison, M.J. et Magill-Evans, J. (2004). Parenting Stress, Marital Quality, and Child Behaviour Problems at Age 7 Years. *Public Health Nursing*. 21 (2), 111-121.
- Bergeron, L., Valla, J.P., Breton, J.J., Gaudet, N. et Berthiaume, C. (1993). *Factor Analysis and Reliability of Parental Behavior and Attitudes Questionnaire*. Présentation at the 40th meeting of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry, October 26-31.
- Bergner, R.M., Delgado, L.K. et Graybill, D. (1994). Finkelhor's risk factor checklist : A cross-validation study. *Child abuse & Neglect*, 18 (4), 331-340.
- Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V.A., Marino, T., Cole, H., Mick, E. et Faraone, S. V. (2005). Absence of Gender Effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder : Findings in Nonreferred Subjects. *American Journal of Psychiatry*. 162 (6), 1083-1089.
- Boney-McCoy, S. et Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1406-1416.
- Bonner, B.L., Walker, C.E. et Berliner, B. (1999). *Children with Sexual Behavior Problems : Assessment and Treatment*. Final Report – National Center on Child Abuse and Neglect, Administration for Children, Youth and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
- Borgan et Barnett. (1987). (1987) Applying cluster analysis in counselling psychology research, *Journal of counseling psychology*, no 34, 356-368
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Psychological Assessment Resources. Odessa, Florida.

- Briere, J.N. et Elliott, D.M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4 (2), 54-69.
- Burrows Horton, C. (1996). Children who Molest Other Children : The School Psychologist's Response to the Sexually Aggressive Child. *School Psychology Review*, 25 (4), 540-557.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P. et Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse : brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 26, 957-973.
- Dandurand, L.M. (2003). Developmental antecedents in juveniles with sexual behaviour problems. Dissertation Abstracts International : Section B : *The Sciences and Engineering*. Vol. 64 (4-B), pp. 1896.
- Deblinger, E., Russell Hathaway, C., Lippmann, J. et Steer, R. (1993). Psychosocial Characteristics and Correlates of Symptom Distress in Nonoffending Mothers of Sexually Abused Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 8 (2), 155-168.
- Desbiens, N. (2003). Adaptation scolaire et sociale en classe ordinaire d'élèves présentant des troubles du comportement. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 71, 14-27.
- de Wied, M., Goudena, P.P. et Matthys, W. (2005). Empathy in boys with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (8), 867-880.
- Ducharme, J.M. et Harris, K.E. (2005). Errorless embedding for children with on-task and conduct difficulties : Rapport-based, success-focused intervention in the classroom. *Behavior Therapy*, 36, 213-222.
- 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.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K. et Turner, H.A. (2007). Poly-victimization : A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31, 7-26.
- Fortin, M., Gagnon, M.M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2004). *Caractéristiques des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et outils d'évaluation – Rapport final*. Rapport de recherche. Joliette : Centres jeunesse de Lanaudière.
- Frick, P.J. (1993). Childhood Conduct Problems in a Family Context. *School Psychology Review*, 22 (3), 376-385.
- Frick, P.J. (1994). Family dysfunction and the disruptive behaviour disorders : A review of recent empirical findings. *Advances in Clinical Child Psychology*, 16, 203-226.
- 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 and Treatment*, 17 (4), 391-406.
- Friedrich, W.N., Grambsch, P. Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., Hewitt, S.K., Lang, R.A. et Broughton, D. (1992). Child Sexual Behavior Inventory : Normative and Clinical Comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- Gagnon, M.M. (1999). Protocole d'entrevue Joliette : Les Centres Jeunesse de Lanaudière.
- Gagnon, M.M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. *Revue québécoise de psychologie*, 26 (1), 1-14.

- Gagnon, C., Boisjoli, R., Gendreau, P.L. et Vitaro, F. (2006). Le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. Dans Massé, L., Desbiens, N. and Lanaris, C. (Eds). *Les troubles du comportement à l'école*. Montréal : gaëtan morin éditeur.
- Gil, E. (1993). Etiologic theories. In E. Gil et T.C. Johnson (éds). *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 53-66). Rockville, MD : Launch Press.
- Gil, E. et Johnson, T.C. (1993). *Sexualized Children: Assessment and Treatment of Sexualized Children who Molest*. Rockville, MD : Launch Press.
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec.
- 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 : A 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 and neglect*, 23, 601-623.
- Gresham, F.M. et Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System Manual*, American Guidance Service, Minnesota.
- Hall, D.K. et Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth : A technical report*. Toronto, ON : 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 and Neglect*, 26, 289-312.
- Hall, D.K., Mathews, F. et Pearce, J. (2002). Sexual behavior problems in sexually abused children : A preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 22 (10), 1045-1063.
- Harrist, A.W. et Ainslie, R.C. (1998). Marital discord and child behavior problems. *Journal of Family issues*, 19 (2), 140-163.
- Hébert, M. et Tremblay, C. (2000). La prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants. In F. Vitaro, and C. Gagnon (Eds). *La prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (pp. 429-484). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Jester, J.M., Nigg, J.T., Adams, K., Fitzgerald, H.E., Puttler, L.I., Wong, M.M. et al. (2005). Inattention / hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence : Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Development and Psychopathology*, 17, 99-125.
- Johnson, T.C. (2002). Some Considerations About Sexual Abuse and Children with Sexual Behavior Problems. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3, 83-105.
- Kellner, R., Houghton, S. et Douglas, G. (2003). Peer-Related Personal Experiences of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Learning Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50 (2), 119-135.
- Lane, S. (1991). Special Offender Populations. In Ryan, G. and Lane, S. (Eds). *Juvenile Sexual Offending : Causes, Consequences and Correction* (pp. 299-331). Lexington, MA : Lexington Brooks.

- Lev-Wiesel, R. (2005). Dissociative identity disorder as reflected in drawings of sexually abused survivors. *The Arts in Psychotherapy*, 32, 372-381.
- Messer, J., Goodman, R., Rowe, R., Meltzer, H. et Maughan, B. (2006). Preadolescent conduct problems in girls and boys. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (2), 184-191.
- Namka, L. (1995). Shame Busting: Incorporating Group Social Skills Training, Shame Release and Play Therapy with a Child Who Was Sexually Abused. *International Journal of Play therapy*, 4 (1), 81-98.
- Negrao II, C., Bonanno, G.A., Noll, J.G., Putnam, F.W. et Trickett, P.K. (2005). Shame, Humiliation, and Childhood Sexual Abuse : Distinct Contributions and Emotional Coherence. *Child Maltreatment*, 10 (4), 350-363.
- Paredes, M., Leifer, M. et Kilbane, T. (2001). Maternal variables related to sexually abused children's functioning. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1159-1176.
- Pettit, G.S., Bates, J.E. et Dodge, K.A. (1993). Family interaction patterns and children's conduct problems at home and school : A longitudinal perspective. *School Psychology Review*, 22 (3), 403-420.
- Pettit, G.S., Bates, J.E. et Dodge, K.A. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment : A seven-year longitudinal study. *Child Development*, 68 (5), 908-923.
- Pithers, W.D. et Gray, A. (1998). The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 200-217.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998a). Caregivers of children with sexual behavior problems: Psychological and familial functioning. *Child Abuse and Neglect*, 22 (2), 129-141.
- Pithers, W.D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998b). Children with Sexual Behavior Problems : Identification of Five Distinct Child Types and Related Treatment Considerations. *Child Maltreatment*, 3 (4), 384-406.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual Abuse. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (3), 269-278.
- Putnam, F.W. et Trickett, P.K. (1993). Child sexual abuse : A model of chronic trauma. *Psychiatry*, 56, 82-95.
- Quas, J.A., Goodman, G.S. et Jones, D.P.H. (2003). Predictors and attributions of self-blame and internalizing behaviour problems in sexually abused children. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 44 (5), 723-736.
- Righthand, S. et Welch, C. (2004). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (3-4), 15-32.
- Ross, C.N., Blanc, H.M., McNeil, C.B., Eyberg, S.M. et Hembree-Kigin, T.L. (1998). Parenting stress in mothers of young children with oppositional defiant disorder and other severe behaviour problems. *Child Study Journal*, 28 (2), 93-110.
- Sadowski, H., Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Berelowitz, M. et Gilbert, L.H. (2003). Sexually abused girls : Patterns of psychopathology and exploration of risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 221-230.
- Santilla, P., Sandnabba, N.K., Wannäs, 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 and Care*. 175 (1), 3-21.

- Scott, T.A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C. et Lilly, J.P. (2003). Effects of Individual Client-Centered Play Therapy on Sexually Abused Children's Mood, Self-Concept, and Social Competence, *International Journal of Play Therapy*, 12 (1), 7-30.
- Tabachnick, B.G. et Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics*, Harper Collins, New York.
- Tourigny, M. (1991). *Incidence, facteurs de risque et programmes de prévention des abus sexuels envers les enfants. Recueil des études commandées par le groupe de travail pour les jeunes*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Tourigny, M., Péladeau, N. et Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. *Revue Sexologique*, 1 (2), 13-34.
- Tremblay, C., Bégin H. et Gagnon, M.M. (2006). *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*. Rapport de recherche. Joliette : Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Tremblay, C. et Gagnon, M.M. (2005). *À la croisée des chemins. Programme d'intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques*. Joliette : Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Trickett, P.K and Putnam, F.W. (1998). Developmental Consequences of Child Sexual Abuse. In P.K. Trickett, and C.J. Schellenbach. (Eds). *Violence Against Children in the Family and the Community* (pp.39-56). Washington, DC : American Psychological Association.
- Trickett, P.K., Reiffman, A., Horowitz, L.A. and Putnam, F.W. (1997). Characteristics of sexual Abuse trauma and the prediction of developmental outcomes. In D. Cicchetti (Eds). *Developmental Perspectives on Trauma Theory, Research, and Intervention : Rochester Symposium on Developmental Psychopathology* (pp.289-314). Rochester, NY : University of Rochester Press.
- Webster-Stratton, C. et Hammond, M. (1999). Marital conflict management skills, parenting style, And early-onset conduct problems : Processes and pathways. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40 (6), 917-927.
- Wright, J., Sabourin, S. et Lussier, Y. (1994). *Traduction en français et validation du Children's Sexual Behavior Inventory* (Friedrich, 1992), Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal.