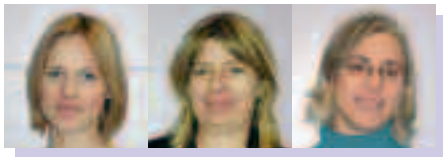


## RÉSILIENCE ET GUÉRISON

Trajectoires d'enfants  
agressés sexuellement

Par  
**Delphine Collin-Vézina, Ph. D.,**  
**Martine Hébert, Ph. D.,**  
**et Isabelle Daigneault, Ph. D.**

**L**A PROBLÉMATIQUE des agressions sexuelles perpétrées sur les enfants est des plus alarmantes considérant que les données de recherche, pourtant conservatrices, indiquent qu'une fille sur six et un garçon sur douze ont vécu une agression de cette nature avant d'atteindre l'âge de 18 ans<sup>1</sup>. Ces taux de prévalence sont d'autant plus inquiétants que les agressions sexuelles ont été associées à de nombreuses séquelles chez les enfants, notamment des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, de dissociation et de préoccupations sexuelles, ainsi que des plaintes somatiques, de l'isolement social et des problèmes d'agressivité, pour n'en nommer que certains<sup>2</sup>. Il ne fait pas de doute qu'une agression sexuelle constitue, pour bon nombre d'enfants, une expérience traumatisante qui met en péril leur développement psychique. Toutefois, malgré le caractère traumatisant d'une agression sexuelle vécue durant l'enfance, il apparaît qu'un nombre considérable d'enfants, estimé entre 15 et 45 %, ne présenterait pas de difficultés psychologiques lors de l'évaluation<sup>3,4</sup>. Ces enfants, dits résilients, ont suscité un intérêt accru ces dernières années.

Ce texte a pour objectif d'identifier les facteurs de risque qui influencent la présence de résilience et de discuter des trajectoires que peut prendre l'expression des symptômes de détresse à la suite d'abus vécus. Qui sont ces enfants résilients? Ceux qui le sont au moment du dévoilement le restent-ils au cours de leur vie? Ne pourrait-on pas déceler derrière cette apparente résilience un phénomène de symptômes latents, une détresse en dormance? Au-delà des chiffres et des faits, cet article se veut également un outil de réflexion pour les cliniciens qui œuvrent auprès d'enfants agressés sexuellement.

Facteurs de risque et de protection  
liés à la résilience

La résilience se définit comme la capacité de maintenir un fonctionnement adéquat en dépit de circonstances adverses, soit l'absence de symptômes et de comportements inadaptés malgré un traumatisme important<sup>5,6</sup>. Alors que certains auteurs affirment que, pour être qualifié de résilient, un enfant devrait manifester un fonctionnement adéquat dans *toutes* les sphères de sa vie<sup>7</sup>, d'autres suggèrent d'évaluer la résilience relative à un domaine malgré des symptômes possiblement présents dans d'autres sphères du fonctionnement<sup>8,9</sup>.

Les enfants résilients intriguent les chercheurs et cliniciens qui tentent de cerner les caractéristiques personnelles, familiales et contextuelles qui leur ont permis de composer avec l'expérience traumatisante vécue. Une meilleure compréhension de ces facteurs nous permettrait ainsi d'identifier des pistes stratégiques dans le traitement des enfants agressés sexuellement. On peut d'abord supposer, selon le sens commun, qu'une agression sexuelle plus sévère réduit les chances de manifester de la résilience. Il semble en effet, selon certaines études, qu'un lien familial avec l'agresseur, une longue durée et une fréquence élevée des abus et des gestes posés impliquant la pénétration contribueraient à de plus importants problèmes psychologiques et comportementaux<sup>10,11,12</sup>. Toutefois, ces résultats n'ont pas été confirmés dans toutes les recherches<sup>7,13,14</sup>, ce qui suggère que d'autres facteurs seraient en cause.

En fait, la violence sexuelle ne survient pas dans un vacuum et, par conséquent, la nature de l'agression ne peut expliquer à elle seule les séquelles qui en découlent. De multiples facteurs ont été associés aux symptômes des enfants ayant vécu une agression sexuelle, tels que la réaction du parent non agresseur, le fonctionnement général de la famille, le style d'attachement de l'enfant, le soutien qu'il reçoit, son tempérament, ses stratégies d'adaptation et son sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'abus<sup>7,15,16,17,18</sup>. Nos études qui ont été menées à la Clinique de pédiatrie sociojuridique de l'Hôpital Sainte-Justine révèlent que, chez un groupe de 67 filles d'âge scolaire qui ont vécu une agression sexuelle dans les derniers six mois, ni le lien avec l'abuseur, ni la durée de l'agression vécue, ni la présence de pénétration n'étaient associés aux symptômes psychologiques (problèmes internalisés et externalisés, dépression, stress post-traumatique et dissociation). Plutôt, au moment du dévoilement, les filles qui présentaient moins de symptômes psychologiques – et étaient

par conséquent plus résilientes – utilisaient peu de stratégies d'évitement pour faire face aux situations stressantes (dont l'agression sexuelle), vivaient dans un milieu familial non conflictuel, se sentaient soutenues par leur mère lors du dévoilement de l'agression, et cette dernière rapportait un fort sentiment d'efficacité personnelle et de moins importants symptômes de détresse. De ce groupe de 67 filles, seules 10 d'entre elles ne présentaient aucun problème au-delà des seuils cliniques (environ 15 % de l'échantillon total). Vingt-six (n = 26) filles rapportaient au moins un problème psychologique suffisamment élevé pour être considéré de niveau clinique, et près de la moitié (n = 31) en manifestaient deux ou plus. Ces résultats confirment donc que la majorité des enfants agressés sexuellement présentent des symptômes cliniques au moment du dévoilement de l'agression vécue et que la résilience, lorsque considérée sur plusieurs sphères du fonctionnement psychologique, demeure peu fréquente.

### Trajectoire des symptômes des enfants agressés sexuellement

Alors que la résilience a longtemps été perçue comme un état de fait, fixe et immuable<sup>19</sup>, les recherches actuelles tendent à démontrer que l'état psychologique des enfants ayant vécu une agression sexuelle évolue<sup>3</sup>. En ce sens, lorsqu'évalué en un seul temps de

mesure, le phénomène de résilience pourrait donc être surestimé et celui de guérison, occulté<sup>20</sup>, celui-ci se définissant comme la capacité de retrouver un état adaptatif conséquemment à la présence ponctuelle de symptômes psychologiques<sup>21</sup>.

Le peu de données disponibles sur les suivis suggère que bon nombre d'enfants, notamment lorsqu'un suivi thérapeutique a été mis en place, rapportent moins de symptômes psychologiques au fil du temps<sup>3,22,23</sup>. Toutefois, une proportion importante des enfants ayant vécu une agression sexuelle présentent toujours des symptômes six mois<sup>24</sup> et un an suivant le dévoilement des abus vécus<sup>25</sup>, et même des enfants initialement asymptomatiques voient leur état se détériorer<sup>13</sup>. Il semble qu'entre 10 et 33 % des enfants agressés sexuellement manifestent des symptômes de plus en plus sévères et complexes<sup>22,26</sup>. À cet effet, des taux de deux à trois fois plus élevés de symptômes psychologiques et comportementaux ont été rapportés neuf mois et deux ans après le dévoilement<sup>13</sup>. Des problèmes tels que la dépression, l'anxiété, l'abus de substances, les troubles alimentaires et du sommeil, jusqu'aux tentatives de suicide, semblaient apparaître de façon plus marquée de nombreux mois après que les abus aient été révélés aux autorités. Dans une étude portant sur un échantillon de garçons et de filles agressés sexuellement rencontrés à la Clinique de pédiatrie sociojuridique de l'Hôpital Sainte-Justine (13 et 50 respectivement),

## Ministère de la Défense nationale Clinique médicale militaire de St-Jean et de Longue-Pointe C.P. 100 Succ. Bureau chef, Richelieu, Qc, JOJ 1R0

### Psychologues [temps plein ou temps partiel]

#### Fonction :

Psychologue clinicien chargé au sein d'une équipe multidisciplinaire d'évaluer et de traiter les clients souffrant de troubles psychologiques et de difficultés reliées à leur vie personnelle ou aux exigences de la vie militaire.

#### Exigences :

- Doctorat ou maîtrise en psychologie avec spécialisation en psychologie clinique
- Bilinguisme fonctionnel (parlé et écrit niveau CCC/CCC de la commission de la fonction publique fédérale)
- Membre en règle de l'Ordre des psychologues
- La préférence sera accordée aux citoyens canadiens

#### Qualités :

- Autonomie et leadership
- Habiletés de communication
- Word, Excel, PowerPoint

#### Expérience :

- 5 ans d'expérience souhaitée
- Expérience des services de psychodiagnostic et d'évaluation cognitive
- Expérience de la pratique de la thérapie individuelle
- Excellente maîtrise de la thérapie cognitivo-comportementale
- Expérience en évaluation et narration clinique et psychométrique
- Expérience en thérapie de groupe
- Expérience en évaluation et traitement de l'état de stress post-traumatique
- Maîtrise des instruments courants d'évaluation psychométrique (MMPI, MCMI-III, CAPS)

#### PERSONNE CONTACT :

Claude Harnois – Gestionnaire de la clinique médicale de Longue-Pointe  
Tél. : (514) 252-2777 poste 4919 – Télécopie : (514) 252-2488  
courriel : Harnois.CH@forces.gc.ca

seules deux variables continuaient à prédire leurs symptômes lors d'un suivi six mois après le dévoilement, soit l'utilisation de stratégies d'évitement pour faire face aux difficultés et la présence de conflits dans la famille<sup>24</sup>. Il semble donc que ces facteurs contribuent à la persistance des problèmes d'adaptation des enfants agressés sexuellement, et doivent être priorités dans le traitement de ces enfants.

À la lumière de ces résultats, il s'avère nécessaire de bien évaluer non seulement la nature des gestes posés lors de l'agression sexuelle, mais aussi le contexte familial dans lequel l'enfant évolue, de même que les ressources personnelles de l'enfant agressé sexuellement et de sa mère, afin d'adapter le traitement offert en fonction de leurs besoins. Il est primordial d'identifier les enfants les plus à risque de développer des trajectoires menant vers une complexité traumatique, afin d'offrir le plus tôt possible des services spécialisés dans les conséquences des agressions sexuelles. Les résultats soulignent également la nécessité de suivre l'évolution des enfants pendant plusieurs mois après le dévoilement initial<sup>27</sup>. Le seul fait qu'un enfant ne présente pas de symptômes au moment du dévoilement ne devrait en aucun cas nous aveugler concernant les problèmes potentiels qu'il pourrait développer. Un suivi des enfants agressés sexuellement, qu'ils présentent ou non des symptômes lors de l'évaluation initiale, s'avère donc nécessaire de manière à anticiper les problèmes qui pourraient surgir<sup>1</sup>.

Nous invitons les lecteurs intéressés par les différentes modalités d'intervention auprès des enfants agressés sexuellement à prendre connaissance du rapport de Saunders et de ses collègues<sup>28</sup>, qui constitue selon nous une source précieuse d'information sur ce sujet. À titre de résumé, les interventions suggérées visent l'éducation au phénomène des agressions sexuelles, la validation des sentiments et la normalisation des réactions. Certaines croyances, notamment celles qui entretiennent un sentiment de culpabilité et de honte, se doivent d'être considérées. Ces interventions ont aussi pour objectif de donner à l'enfant et à ses parents des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes pour faire face aux difficultés qu'ils pourraient traverser dans l'avenir. Elles permettent également d'améliorer les relations familiales, souvent fragilisées par l'expérience d'agression sexuelle vécue par un enfant. Par son implication dans le processus de traitement, le psychologue peut ainsi jouer un rôle crucial dans le maintien de la résilience ou l'atteinte de la guérison chez les enfants ayant vécu une agression sexuelle.

*Delphine Collin-Vézina est psychologue et chercheure postdoctorale. Ses recherches portent sur les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation chez des filles d'âge préscolaire et scolaire victimes d'agression sexuelle.*

*Martine Hébert est psychologue et professeure-chercheuse au département de sexologie de l'UQAM. Ses recherches sont centrées sur les trajectoires des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et l'évaluation des programmes de prévention et de thérapie.*

*Isabelle Daigneault est psychologue clinicienne et chercheure postdoctorale. Ses recherches portent sur le stress post-traumatique complexe, la résilience et le rétablissement d'adolescentes agressées sexuellement.*

## Références

- Putnam, F. W. (2003). « Ten-year research update review : Child sexual abuse ». *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, p. 269-277.
- Tyler, K. A. (2002). « Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse : A review of recent research ». *Aggression and Violent Behavior*, 7, p. 567-589.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., et Finkelhor, D. (1993). « Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies ». *Psychological Bulletin*, 113, p. 164-180.
- Wright, J. et al. (1998). « L'abus sexuel à l'endroit des enfants ». Dans Tousignant, M., et Ethier, L. (éd.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Montréal, Gaëtan Morin, p. 615-640.
- Masten, A. S., Best, K. M., et Garmezy, N. (1990). « Resilience and development : Contributions from the study of children who overcome adversity ». *Development & Psychopathology*, 2, p. 425-444.
- Rutter, M. (1987). « Psychosocial resilience and protective mechanisms ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Spaccarelli, S., et Kim, S. (1995). « Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls ». *Child Abuse & Neglect*, 19, p. 1171-1182.
- Anderson, K. M. (1997). « Uncovering survival abilities in children who have been sexually abused ». *Families in Society*, 78, p. 592-599.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., et Becker, B. (2000). « The construct of resilience : A critical evaluation and guidelines for future work ». *Child Development*, 71, p. 543-562.
- Fergusson, D., Horwood, L., et Lynskey, M. (1996). « Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood, I : prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, p. 1355-1364.
- Naar-King, S. et al. (2002). « Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence ». *Journal of Family Violence*, 17, p. 133-149.
- Thériault, C., Cyr, M., et Wright, J. (2003). « Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale ». *Child Abuse & Neglect*, 27, p. 1291-1309.
- Calam, R. et al. (1998). « Psychological disturbance and child sexual abuse : A follow-up study ». *Child Abuse & Neglect*, 22, p. 901-913.
- Collin-Vézina, D., et Hébert, M. (2005). « Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, p. 47-52.
- Cicchetti, D., et Rogosch, F. A. (1997). « The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children ». *Development & Psychopathology*, 9, p. 797-815.
- Cohen, J. A., et Mannarino, A. P. (1998). « Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children : Six- and 12-month follow-up ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, p. 44-51.
- Feiring, C., Taska, L., et Lewis, M. (1998). « The role of shame and attributional style in children's and adolescent's adaptation to sexual abuse ». *Child Maltreatment*, 3, p. 129-142.
- Tremblay, C., Hébert, M., et Piché, C. (1999). « Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims ». *Child Abuse & Neglect*, 23, p. 929-945.
- Monaghan-Blout, S. (1996). « Re-examining assumptions about trauma and resilience : Implications for intervention ». *Psychotherapy in Private Practice*, 15, p. 45-68.
- Olafson, E., et Boat, B. W. (2000). « Long-term management of the sexually abused child : Considerations and challenges ». Dans Reece, R. M. (éd.). *Treatment of Child Abuse : Common Ground for Mental Health Medical, and Legal Practitioners*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, p. 14-35.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.
- Oates, R. K. et al. (1994). « Stability and change in outcomes for sexually abused children ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, p. 945-953.
- Tourigny, M., et Hébert, M. (sous presse). « Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls ». *Journal of Child Sexual Abuse*.
- Hébert, M. et al. (sous presse). « Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children ». *Journal of Family Violence*.
- Mannarino, A. P. et al. (1991). « Six- and twelve-month follow-up of sexually abused girls ». *Journal of Interpersonal Violence*, 6, p. 494-511.
- Briere, J. N., et Elliott, D. M. (1994). « Immediate and long-term impacts of child sexual abuse ». *Future of Children*, 4, p. 54-69.
- Webster, R. E. (2001). « Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted ». *Psychology in the Schools*, 38, p. 533-547.
- Saunders, B. E., Berliner, L., et Hanson, R. F. (2003). *Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment (Final Report : January 15, 2003)*. Charleston, National Crime Victims Research and Treatment Center.