

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL RECHERCHE)

PAR
LOUISE DUBUC

PROFILS DES ADOLESCENTES ABUSÉES SEXUELLEMENT RÉSILIENTES ET
NON-RÉSILIENTES : STRATÉGIES DE COPING ET MÉCANISMES DE DÉFENSE

SEPTEMBRE 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cette thèse a été dirigée par :

Colette Jourdan-Ionescu, Ph. D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Serban Ionescu, Ph.D., co-directeur de recherche

Université Paris 8

Jury d'évaluation de la thèse :

Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Serban Ionescu, Ph.D.

Université Paris 8

Julie Lefebvre, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Evelyne Bouteyre, Ph.D.

Université d'Aix-Marseille

Lynda Méthot, Ph.D.

Cégep de Trois-Rivières

Thèse soutenue le 25-08-2017

Sommaire

L'abus sexuel est généralement vécu comme un événement adverse causant de nombreuses répercussions délétères. La nature intrusive et très diversifiée de l'abus sexuel rend compliquée l'évaluation des conséquences psychologiques même s'il a été reconnu que l'abus sexuel représentait un facteur de risque important pour le développement de problèmes psychologiques, familiaux et sociaux chez les enfants et les adolescents (Hillberg, Hamilton-Giachritsis, & Dixon, 2011). Bien que Collin-Vézina, Daigneault & Hébert (2013) ont identifié plus de 20,000 écrits scientifiques publiés sur les bases de données les plus connues, aucun profil n'a été établi par les chercheurs. Toutefois, les chercheurs ont aussi identifié qu'entre 10 à 53 % des enfants ou adolescents ayant été victimes d'abus sexuel ne présentait peu ou pas de symptôme et réussissait à maintenir un niveau de fonctionnement normal (Domhardt, Münzer, Fegert, & Goldbeck, 2014). Une des explications possibles est la résilience de ces survivants. Les recherches qui ont été menées sur la résilience et l'abus sexuel sont encore très rares – 37 articles selon Domhardt et al. (2014) – et aucune n'a mis en relation les mécanismes de défense et les stratégies de coping en tant que facteurs de protection jouant un rôle important dans la résilience psychologique (Ionescu, 2016). L'objectif principal de cette étude est de documenter ces facteurs de protection chez les adolescentes abusées sexuellement et de proposer des profils de résilience et de non-résilience en fonction des stratégies de coping et des mécanismes de défense qu'elles peuvent utiliser pour moduler l'impact du traumatisme. Afin d'atteindre cet objectif, une méthodologie mixte a été utilisée. Dix-neuf adolescentes abusées sexuellement (abus

intra et/ou extrafamilial; 1 ou plusieurs épisodes/d'une durée variable) ont participé à cette recherche. Suite à l'entrevue anamnestique, on a constaté que parmi celles-ci onze présentaient uniquement des symptômes post-traumatiques et huit ont été diagnostiquées avec le trouble État de stress post-traumatique (TÉSPT, DSM-IV-TR, APA, 1994). Cinq instruments ont ensuite été utilisés : l'*Échelle de résilience* de Wagnild et Young (1993), le *Brief Cope* (Carver, Shier, & Weintraub, 1989), le *Defense Style Questionnaire* (Andrews, Pollock, & Stewart, 1989), l'*Échelle d'évaluation globale du fonctionnement* (EGF; DSM IV-TR, APA, 1994) et le test du *Dessin de la main qui gêne* (Davido, 1994). De plus, le test projectif *Thematic Aperception Test* (TAT) a été administré à l'adolescente ayant le score le plus élevé à l'*Échelle de résilience*, dans le but de confirmer et d'étayer qualitativement les données empiriques. Les résultats obtenus suggèrent que les adolescentes qui ne présentent pas de TÉSPT ont des scores de résilience plus élevés, utilisent des stratégies de coping efficaces et variées et ont recours à des mécanismes de défense matures et souples contrairement aux adolescentes avec un TÉSPT. Les réponses au TAT, cotées avec la grille de dépouillement d'Emmanueli (2001), ont confirmé que l'adolescente la plus résiliente utilisait une grande variété de procédés rendant compte d'une souplesse de son fonctionnement psychique. Les résultats obtenus permettent de fournir des pistes aux cliniciens pour détecter les facteurs de risque et de protection au moment de l'évaluation initiale des adolescentes ayant été victimes d'un abus sexuel afin d'établir adéquatement les objectifs de traitement et de favoriser leur processus de résilience.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	x
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Contexte théorique	7
L'abus sexuel	9
Définition	10
Données épidémiologiques	13
Les facteurs de risque.....	20
Facteurs de risque individuels.....	22
Facteurs de risque familiaux	29
Facteurs de risque spécifiques à l'abus sexuel.....	37
La résilience psychologique.....	47
Bref survol sur l'évolution de la résilience	47
Définition	53
Résilience et abus sexuel.....	55
Instruments de mesure de la résilience	63
Les stratégies de coping	70

Définition	71
Description des stratégies de coping.....	72
Instruments de mesure des stratégies de coping	75
Coping chez les adolescents abusés sexuellement.....	82
Coping évitant	83
Expression des émotions.....	86
Blâme de soi.....	86
Résilience et efficacité des stratégies de coping	88
Les mécanismes de défense	92
Définition et regroupements des mécanismes de défense.....	93
Définition	93
Fonction pathologique ou adaptative.....	94
Approche chronologique.....	98
Classification.....	100
Hiérarchisation.....	101
Approche évaluative des mécanismes de défense.....	105
Recherches sur les défenses chez les adolescents	112
Résilience, coping et efficacité des mécanismes de défense	116
Pertinence de l'étude, objectifs, hypothèses et question de recherche.....	124
Méthode	127
Considérations éthiques	128
Participantes	129

Recrutement	130
Instruments de mesure	134
Entrevue semi-structurée.....	135
Échelle Wagnild et Young (1993)	135
Brief Cope (Carver, 1997)	136
Questionnaire de Style Défensif (DSQ-40; Andrews et al., 1993)	138
L'Échelle d'évaluation du fonctionnement global (EGF; DSM-IV-TR).....	141
Davido-CHaD	142
Thematic Aperception Test (Murray, 1938)	145
Accords inter-juges	148
Déroulement de l'expérimentation.....	148
Constitution de deux sous-groupes	150
Résultats.....	151
Analyse descriptive.....	152
Échelle de résilience.....	159
Hypothèse 1 a).	161
Stratégies de coping	162
Hypothèse 1 b).	164
Hypothèse 2.....	164
Mécanismes de défense.....	165
L'hypothèse 2.....	169
Test de la main qui gêne	171

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement.....	173
Résumé des résultats	175
Résultats à l'étude de cas	177
Résultats aux tests	180
Résultats au TAT	181
Résumé.....	193
Discussion	195
Le fonctionnement psychologique de l'ensemble des participantes.....	195
Données sociodémographiques.....	195
La symptomatologie post-traumatique.....	197
Résilience personnelle.....	198
Stratégies de coping	201
Mécanismes de défense.....	210
Main qui gêne.....	218
Échelle d'évaluation du fonctionnement global.....	219
Étude de cas	220
Limites de l'étude et recommandations	227
Retombées.....	228
Conclusion	232
Références.....	241
Appendice A Certificat d'éthique (CER-10-159-06.06).....	272

Appendice B Formulaire d'informations remis aux participants.....	276
Appendice C Consentement éclairé	279
Appendice D Grille d'entrevue semi-structurée	281
Appendice E Grille de cotation de la main qui gêne.....	285
Appendice F Réactions post-traumatiques.....	287
Appendice G Dessins de la main qui gêne.....	288

Liste des tableaux

Tableau

1	Les facteurs de risque chez les victimes d'abus sexuel.....	46
2	Études sur les adolescents abusés sexuellement et facteurs de protection.....	58
3	Caractéristiques des trois instruments de mesure de la résilience traduits.....	67
4	Liste des échelles de coping pour enfants et adolescents.....	78
5	Données sociodémographiques des 19 participantes	131
6	Symptômes post-traumatiques des 19 participantes	153
7	Moyenne, écart-type et dispersion des symptômes post-traumatiques	154
8	Troubles de comorbidité chez les participantes selon les groupes.....	159
9	Scores moyens, écart-types et dispersions des participant es	160
10	Scores Moyens, écart-types et dispersions à l'Échelle de Résilience	161
11	Nombre moyen de stratégies de coping pour l'ensemble et les deux groupes.....	162
12	Les stratégies de coping pour l'ensemble et les deux groupes	163
13	Corrélations entre les scores du Brief Cope et ceux à l'Échelle de Résilience.....	165
14	Nombre moyen de mécanismes de défense pour l'ensemble et les groupes	166
15	Mécanismes de défense pour l'ensemble et les deux groupes	167
16	Corrélations entre les scores aux niveaux du DSQ et à l'Échelle de Résilience ...	169
17	Corrélations entre les scores du Brief Cope et ceux du DSQ	170
18	Tableau synthèse de l'interprétation des dessins de la main qui gêne	172
19	Moyenne, écart-type et dispersion de l'EGF pour l'ensemble et les groupes.....	174
20	Procédés utilisés par Hélène au test projectif TAT	186

Liste des figures

Figure

Figure 1. Nombre d'abuseurs par victime selon les deux groupes (N=19).....	155
Figure 2. Caractéristiques d'abus sexuel selon les deux groupes (N=19).....	156
Figure 3. Durée de l'abus sexuel pour les deux groupes (N=19).....	156
Figure 4. Âge de survenue de l'abus sexuel pour les deux groupes (N=19).....	157
Figure 5. Formes d'abus sexuel selon les groupes (N=19).	158
Figure 6. Fréquence d'utilisation des défense selon les deux groupes.	168

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement, mes deux directeurs de recherche, Colette Jourdan-Ionescu et Serban Ionescu pour leurs judicieux conseils tout au long de ce parcours. Sans leur soutien et leur expertise, il m'aurait été impossible de mener à terme ce projet.

Je remercie également Julie Lefebvre et Marie-Claude Lauzon qui m'ont gracieusement offert leur expertise dans l'interprétation du TAT ainsi que les étudiants de l'Équipe de recherche Aidenfant.

J'ai eu la chance de recevoir les enseignements de M. Pierre McDuff, chercheur-statisticien sur l'équipe de recherche en abus sexuel (CRIPCAS) depuis de nombreuses années qui m'a guidée dans le choix des stratégies d'analyse et vérifié la partie « Résultats » de ma thèse.

Je ne pourrais passer sous silence le soutien indéfectible, de mon conjoint, Clément, de ma famille et de mes collègues et amis ainsi que de Janine Corbeil dont le soutien a été particulièrement important à certains moments.

M. Michel Tousignant, professeur à l'UQAM, a bien voulu prendre le temps de lire cette dernière version de ma thèse et de me rencontrer pour me faire part de ses judicieux conseils.

Et enfin, je remercie du plus profond de mon cœur, les dix-neuf adolescentes qui ont bien voulu se prêter à l'expérience douloureuse de se remémorer leur traumatisme, car sans elles, la réalisation de cette étude n'aurait pas été possible.

Introduction

Il n'y a plus de doute que l'impact de l'abus sexuel sur un enfant ou un adolescent peut engendrer de multiples conséquences psychologiques négatives (Collin-Vézina, et al., 2013; Harvey, 2010; Hillberg et al., 2011). Toutefois, d'autres questions importantes ont été soulevées par certains chercheurs au cours des dernières décennies et méritent réponse (Bonanno, Brewin, Kaniasty, & La Greca, 2010): à quel point ces conséquences sont-elles délétères, et pour qui? Est-il possible que des personnes puissent survivre à l'abus sexuel sans conséquence psychologique délétère durable et si cela est possible, comment ces personnes agissent-elles?

La variabilité observée entre les résultats des nombreuses études rend difficile la tâche de répondre à ces questions. Les obstacles méthodologiques (e. g. devis transversal ou rétrospectif) nous empêchent aussi d'avoir une image claire et cohérente des variations dans l'adaptation des victimes (Collin-Vézina et al., 2013; De Tychey, Laurent, Lighezzolo-Alnot, Garnier, & Vandelet, 2015). Dans les années'80, l'apparition du diagnostic Trouble état de stress post-traumatique (TÉSPT) dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III; APA, 1980), les concepts de trauma et de stress post-traumatique ont dominé le champ de l'abus sexuel et ils ont été les principaux paradigmes de référence. Les écrits scientifiques se sont donc centrés sur l'impact psychologique en mettant principalement l'accent sur les nombreux

symptômes et sur les dysfonctionnements moyens ou extrêmes manifestés par les victimes.

L'exploration des trajectoires d'une adaptation positive plus stable, d'un rétablissement progressif ou d'une résilience possible a dès lors été entravée (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancini, 2008; Norris & Elrod, 2006). Il existe maintenant des preuves solides qu'un bon nombre de personnes montrent une véritable résilience après un trauma comme l'abus sexuel (Domhardt et al., 2015; Kendall-Tacket, Williams, & Finkelhor, 1993). Selon les plus récentes études (voir pour une recension Domhardt et al., 2015), la résilience consécutive à une expérience d'abus sexuel inclurait des ressources internes (par exemple, des compétences émotionnelles et interpersonnelles), mais aussi des ressources environnementales comme le soutien familial et social (Williams, & Wilson-Garder, 2012). Ces ressources sont communément appelées *facteurs de protection* (Domhart et al., 2014; Marriott, Hamilton-Giachritsis, Harrop, 2014). Selon Wright & Masten (2005) les facteurs de protection représentent les qualités inhérentes à la personne, à son contexte de vie ainsi que l'interaction entre les deux qui prédisposent à une issue positive dans des situations à risque ou d'adversité.

Élaborer deux profils, soit un profil d'adolescentes résilientes qui ont rebondi et retrouvé un bon fonctionnement après avoir été victime d'abus sexuel et un profil d'adolescentes agressées sexuellement non résilientes qui présentent un trouble, implique la délicate et difficile tâche de découvrir les conditions qui ont favorisé ou non

ce rebond. Dans le dictionnaire Larousse Illustré 2016, *profil* a une origine italienne *profilo* et signifie le contour d'un visage vu de côté. Transposé dans le domaine de la psychologie, il est défini par les traits caractéristiques d'une personne ou d'un groupe de personnes, ses comportements, ses motivations. Ainsi, en identifiant les caractéristiques personnelles des adolescentes abusées sexuellement résilientes, nous serons à même de formaliser les critères impliqués dans le processus de résilience.

Peu de recherches ont été menées jusqu'à maintenant dans des populations d'adolescentes abusées sexuellement malgré que cette tranche d'âge ait été identifiée par plusieurs auteurs comme étant l'une des deux périodes les plus à risque (avec l'âge scolaire) d'un abus sexuel (Putnam, 2003). Selon Collin-Vézina et ses collaboratrices (2013), la majorité des études dans le domaine de l'abus sexuel sont consacrées aux enfants ou aux adultes malgré le fait que l'adolescence ait reconnue comme une étape cruciale pour le devenir de l'adulte. On a souvent dit qu'elle était « le creuset psychopathologique où les assises fondamentales de la personnalité sont remises en cause au niveau de ses sources les plus anciennes puisqu'il s'agit de l'individualité même de l'adolescent » (Chabert, 1987, p. 188). Selon les écrits d'Anna Freud, il est question ici de la réactivation de la lignée développementale (Freud, 1965). Confrontée à des transformations physiques et psychologiques majeures, à une remise en question fondamentale de son identité et en plus à des stress quotidiens (Feiring, Taska, & Lewis, 1998), l'adolescente doit posséder de bonnes ressources internes, sociales et familiales qui lui procurent une souplesse et une flexibilité pour s'adapter positivement.

L'étude de la résilience demeure une démarche compliquée qui demande que « l'objet de science soit réduit pour être rendu cohérent et facile à manipuler » (Cyrulnik, 2014, p. 298), il s'avère donc pertinent de s'appuyer sur un modèle conceptuel. Nous avons choisi de combiner l'approche cognitivo-comportementale et l'approche psychodynamique et d'étudier deux des facteurs de protection qui ont été les plus reconnus empiriquement, mais qui n'ont, à notre connaissance, jamais été évalués conjointement dans des contextes d'abus sexuel, les *stratégies de coping* et les *mécanismes de défense*. Le premier facteur fait référence à l'approche cognitivo-comportementale et concerne les ressources externes de la personne. Le deuxième facteur appartient à l'approche psychodynamique et a trait aux ressources internes.

La première partie de la thèse vise à faire ressortir les points saillants soulevés dans les recherches sur l'abus sexuel, notamment, les changements majeurs qui ont été faits dans la définition de l'abus sexuel au cours des dernières années; les constats sur les données épidémiologiques contradictoires dues autant aux problèmes de définition, à la diversité des populations qu'aux outils méthodologiques. Les facteurs de risque associés à l'abus sexuel sont ensuite décrits selon trois catégories : les facteurs individuels, familiaux et ceux directement reliés à l'abus sexuel. Les trois sections suivantes portent sur la résilience psychologique et sur deux facteurs de protection, les stratégies de coping et les mécanismes de défense. La partie cinq présente la pertinence de l'étude, l'objectif et les hypothèses ainsi que les deux sous-groupes qui ont été constitués selon l'approche des trajectoires de Bonanno (2004), en l'occurrence les adolescentes

agressées diagnostiquées TÉSPT (DSM-IV-TR¹ ; American Psychiatric Association, 2000) et celles qui ne sont pas diagnostiquées TÉSPT. Puis, la méthode est abordée dans la sixième partie. Après avoir fait une description des adolescentes qui ont participé à cette étude et parlé du recrutement, nous décrivons les instruments de mesure utilisés et le déroulement de l’expérimentation. La septième section est consacrée à la présentation des résultats d’abord quantitatifs obtenus aux différentes mesures: résilience, coping, et mécanismes de défense. Les résultats qualitatifs sur le fonctionnement global, le dessin de la main qui gêne et le TAT conduit sur une étude de cas complètent cette section. La discussion des résultats constitue la huitième partie, celle-ci inclut les commentaires sur l’étude de cas. Finalement, les points forts et les limites de notre étude sont abordés. La dernière partie présente la conclusion de cette thèse doctorale.

¹ Au moment du recueil des données, le DSM-5 n’existait pas.

Contexte théorique

Dans l'étude du développement de l'enfant et de l'adolescent, les chercheurs ont d'abord exploré une variété de *facteurs de risque* associés aux expériences adverses chroniques ou aux expériences traumatisques qui peuvent causer des problèmes de santé mentale ainsi que de nombreux autres problèmes de développement. Ce n'est que plus tard qu'a été découvert avec l'apport des recherches longitudinales, l'existence de *facteurs de protection* liés à la résilience psychologique c'est-à-dire « les capacités ou les composantes positives d'adaptation durant ou après l'exposition à des expériences adverses qui ont le potentiel d'interrompre ou de détruire le bon fonctionnement ou le développement de la personne » [traduction libre] (Masten & Obradovic, 2008; p. 2). Dans le champ de l'abus sexuel, l'étude de la résilience a débuté il y a moins de trois décennies. Peu d'écrits ont été publiés sur les facteurs de protection si on les compare aux publications sur les facteurs de risque de l'abus sexuel pour l'enfant ou l'adolescent (Domhardt et al., 2014).

Dans ce chapitre, les facteurs de risque associés à l'abus sexuel sont présentés et suivis de l'évolution du concept de résilience psychologique et de deux facteurs de protection reconnus scientifiquement comme jouant un rôle dans le processus de résilience, soit les stratégies de coping et les mécanismes de défense. Mais, avant d'aborder ces différents points, nous introduisons ce chapitre par un bref survol sur les

changements qui se sont succédés dans la définition de l'abus sexuel et sur les données épidémiologiques.

L'abus sexuel

Après quarante ans de recherche, un nombre important de travaux traitant de l'abus sexuel dans l'enfance² a été publié sur la prévalence, les conséquences et l'intervention (Collin-Vézina et al., 2013; Olafson, 2011). Deux méta-analyses internationales (Pereda, Guilera, Forns, & Gomez-Benito, 2009; Stoltenborg, van IJzendoorn, Euser, & Bakermanx-Kranenburg, 2011) ont confirmé que l'abus sexuel représentait un problème de société majeur dans tous les continents, les pays et les milieux socioéconomiques . Il y a maintenant des preuves qui ne laissent plus de doute sur les conséquences psychologiques et comportementales de l'abus sexuel autant sur les enfants, les adolescents que les adultes (Jumper, 1995; Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003). Plus récemment, des revues des écrits scientifiques ont rapporté une grande variété de problèmes de santé mentale et les experts ont confirmé que l'abus sexuel représentait un facteur de risque important – mais général et non spécifique – pour le développement de problèmes psychopathologiques chez l'enfant comme chez l'adolescent (Hillberg, et al. 2011; Maniglio, 2009; Tyler, 2002).

² L'expression « abus sexuel dans l'enfance » est utilisée dans la majorité des recherches puisque celles-ci sont réalisées auprès de populations adultes. Lorsqu'il s'agit de recherches sur des populations d'enfants et d'adolescents, les auteurs utilisent plutôt « l'abus sexuel de l'enfant ou de l'adolescent » selon la population étudiée.

Par ailleurs, les données sont demeurées très variables d'une étude à l'autre et aucun syndrome n'a été identifié même si des efforts ont été fournis pour y parvenir (Hilberg et al., 2011; Palaouci et al., 2003). Les enfants abusés sexuellement ont des profils très hétérogènes compte tenu des différences dans la sévérité des actes sexuels subis et peu de généralisations ne peuvent être énoncées scientifiquement (Putnam, 2003). Malgré ce sombre tableau concernant les conséquences négatives, Domhardt et ses collaborateurs (2015) ont clairement identifié, dans leur revue d'écrits empiriques, de 10 à 53 % d'enfants et d'adolescents ayant maintenu un fonctionnement normal après l'abus sexuel.

Dans la première partie de cette section, nous abordons la définition de l'abus sexuel et ensuite, les données épidémiologiques. En dernière partie, les recherches sur les facteurs de risque sont décrites.

Définition

Après un survol des publications sur l'abus sexuel, deux constats sont apparus très clairement. Le premier est relatif au fait qu'il n'existe pas encore de consensus entre les chercheurs sur la définition de l'abus sexuel. Le deuxième constat concerne la définition de l'abus sexuel qui a connu de nombreux changements depuis les premiers moments et qui s'est élargie de manière importante au cours de la dernière décennie afin d'y inclure les nouvelles données sur les situations abusives découvertes par les chercheurs.

Au début de la recherche en abus sexuel, les seuls critères qu'on utilisait pour définir l'abus sexuel correspondaient à un contact sexuel par la pénétration, les attouchements, les baisers et les caresses (Finkelhor, 1994). Les critères de non contact – l'exhibitionnisme, le voyeurisme et la pornographie – n'étaient pas considérés par les chercheurs comme des actes sexuels ayant un impact négatif sur l'enfant. Il est maintenant reconnu que l'abus sexuel représente « des activités sexuelles commises sur un mineur par la menace, la force, l'intimidation, ou la manipulation. Les activités sexuelles comprennent les caresses, l'invitation d'un enfant à toucher ou à être touché sexuellement, la pénétration, le viol, l'inceste, la sodomie, l'exhibitionnisme, l'implication d'un enfant dans la prostitution ou la pornographie ou sur internet » (Collin-Vézina et al., 2013, p.1). Les auteures se sont appuyées des écrits de Putnam (2003) et de Wolak, Finkelhor, Mitchell, & Ybarra (2008) pour élaborer cette définition.

En outre, dans les transformations apportées à la définition de l'abus sexuel, les activités sexuelles entre enfants, frères et sœurs ont aussi été ajoutées après que les chercheurs eurent démontré scientifiquement qu'elles étaient néfastes émotionnellement pour l'enfant (Cyr, McDuff, Collin-Vézina, & Hébert, 2012). L'Association Mondiale de la Santé (AMS) a de plus reconnu que la force pouvait être utilisée dans certaines relations amoureuses et représenter une forme de violence (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2006). Malgré cette reconnaissance au niveau mondial, ce nouveau critère n'a pas encore été vraiment intégré dans l'ensemble des législations de par le monde et cause certaines disparités ou contradictions dans les résultats entre les

recherches. Enfin, dans la définition actuelle, deux contextes d'abus sexuel ont été distingués, soit l'abus sexuel intrafamilial qui est commis par un agresseur présentant un lien familial avec la victime (liens légaux, de sang ou de faits) et l'abus sexuel extrafamilial correspondant à toute agression commise par un agresseur n'ayant aucun lien de parenté avec la victime.

Au Canada, le *Code criminel canadien* a établi que plusieurs types d'agression sexuelle (inceste, contacts sexuels, incitation à des contacts sexuels, exploitation sexuelle) contre les enfants et les adolescents sont soumis à un ensemble d'infractions. Un nouveau projet de loi (C-22) a été adopté en 2007, qui mentionne que l'âge de consentement légal est 16 ans au lieu de 14 ans (Parlement du Canada, 2007). Cependant, la loi a été assouplie pour les adolescents de 14 ans et 15 ans et elle stipule maintenant qu'ils peuvent avoir des activités sexuelles avec toute personne n'étant pas âgée de *plus de cinq ans*. Et dans les cas d'adolescents de 12 ans et 13 ans, si l'âge est moins de *deux ans de plus*. Dans des situations d'exploitation ou d'abus de confiance comme la pornographie, la prostitution ou toute relation d'autorité, la loi maintient le consentement légal à 18 ans (Parlement du Canada, 2007).

En résumé, la définition de l'abus sexuel dans l'enfance ne fait toujours pas consensus entre les chercheurs. Elle a subi des changements importants au cours des dernières années pour inclure une plus grande variété d'actes sexuels commis envers les enfants. Ces changements récents ont occasionné une certaine confusion étant donné les

disparités dans son application qui peuvent encore exister entre les pays et les continents. Les données épidémiologiques concernant les enfants et les adolescents que nous abordons dans la prochaine section ont été affectées par cette absence de consensus et par ces récentes transformations.

Données épidémiologiques

Dans l'ensemble des écrits scientifiques traitant de la prévalence en abus sexuel qui ont été publiés au cours des quatre dernières décennies, nous avons constaté certaines contradictions. Dans un premier temps, des taux inquiétants de prévalence ont été confirmés par un bon nombre de recherches menées dans le monde entier (Collin-Vézina et al., 2013). La deuxième constatation que nous avons faite concerne les écarts dans la prévalence entre les filles et les garçons qui se sont maintenus depuis les débuts de la recherche en abus sexuel. Troisièmement, les recherches épidémiologiques ont décrit avec plus de précisions les conditions sociales et familiales qui étaient à risque pour la survenue de l'abus sexuel (Yancey & Hansen, 2010). Mais, les variations importantes des taux d'abus entre les études suscitent la controverse dans la communauté scientifique (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011) et De Tychey, et al. (2015) ont commencé à réfléchir sur des biais possibles dans les méthodes utilisées. Nous présentons en conclusion de la présente partie, quelques-uns des arguments qui ont été suggérés par ces auteurs. D'autres chercheurs ont aussi proposé des explications sur la variabilité des résultats dans l'ensemble des recherches qui ont par la suite constitué une nouvelle perspective potentielle pour la recherche, soit la polyvictimisation (Trickett,

Noll, & Putnam, 2011). C'est ainsi que l'ampleur des abus sexuels dans l'enfance a été confirmé par de nombreuses recherches épidémiologiques (Finkhelor, 1994; Kendal et al., 1993; Paolucci, et al. 2001; Pereda et al., 2009; Putnam, 2003; Stoltenborgh et al., 2011).

Déjà en 1990, Finkhelor avait observé au niveau international (19 pays), un taux de prévalence se situant entre 7 et 36 % pour les femmes et entre 3 et 29 % pour les hommes (Finkhelor, 1994). Kendall-Tackett et ses collaborateurs (1993) ont mentionné des taux de prévalence situés entre 21% (Conte & Schuermann, 1987) et 49 % (Caffaro-Rouget, Lang, & VanSanten, 1989), dans leur revue regroupant 45 recherches. Cosentino & Collins (1999) ont suggéré un peu plus tard, qu'entre 6 et 62% des filles et qu'entre 3 et 16 % des garçons, avaient été victimes d'abus sexuel.

D'autres taux similaires de prévalence ont été émis par les trois méta-analyses qui se sont succédé depuis les années 2000. Ces chiffres sont demeurés aussi inquiétants que les précédents. Dans la première méta-analyse réalisée par Paolucci et ses collaborateurs (2001), le taux de prévalence provenant de 37 études conduites aux États-Unis (88 échantillons) a été de 36 %, hommes et femmes confondus. Par contre, les deux autres méta-analyses publiées presque dix ans plus tard étaient internationales. La première est celle de Pereda et ses collaborateurs (2009) qui couvraient plus de 22 pays (65 études). Les taux de prévalence d'abus sexuel commis sur des jeunes âgés de 18 ans et moins rapportés par les auteurs se sont établis à 7.9 % pour les garçons et à 19.7 % pour les

filles. À peine deux ans plus tard, Stoltenborgh et ses collaborateurs (2011), s'appuyant 217 publications soit un nombre total de 9,911,748 participants, ont suggéré des taux de prévalence qui convergeaient avec ceux de Pereda et ses collaborateurs (2009) soit 18 % pour les filles et 7.6 % pour les garçons.

Dans une étude canadienne sur les mauvais traitements (Trocme, Tourigny, MacLaurin, & Fallon, 2003), les adolescents âgés de 12 à 15 ans (28 %) et les enfants âgés de 8 et 11 ans (38 %) étaient les deux groupes d'âge où on a enregistré le plus grand nombre de victimes abusées sexuellement. Les deux autres groupes ont montré des résultats similaires soit 16 % de victimes âgées entre 4 et 7 ans et 18 % âgés entre 12 et 15 ans.

Il existe donc un taux plus élevé de prévalence chez les filles comparé à celui des garçons (Finkelhor, 1994; Finkelhor & Baron, 1986; Pereda et al., 2009; Putnam, 2003; Rind, Tromovitch, & Bauserman, 1998) qui s'est maintenu stable depuis les premières études en abus sexuel. Il a été établi à 16,8 % chez les filles et à 7,9 % chez les garçons selon les résultats rapportés dans la recension des écrits scientifiques de Putnam (2003) démontrant que les enfants d'âge scolaire et les adolescents représentaient les deux populations les plus à risque (même si environ un quart de ceux-ci avaient été abusé avant l'âge de 6 ans). En outre, toujours selon Putnam (2003), les filles étaient victimes à un âge plus précoce et la durée des abus sexuels les concernant était plus longue lorsqu'on les comparait aux garçons. Deux années plus tard, l'étude internationale sur la

prévalence de Stoltenborgh et ses collaborateurs (2011) a rapporté elle aussi des écarts importants entre les filles et les garçons : respectivement 18,0 % et 7,6 %. On a trouvé le taux de prévalence le plus bas en Asie (filles – 11,3 %; garçons – 4,1 %), le taux le plus élevé chez les filles vivant en Australie (21,5 %) et chez les garçons habitant en Afrique (19,3 %). Selon les auteurs de cette méta-analyse, la différence pourrait être due autant au nombre plus élevé de filles ayant été victimes d'abus sexuel qu'au fait que les garçons soient moins disposés à dévoiler l'abus sexuel qu'ils ont subi (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz, & Ross, 1996; Finkelhor & Baron, 1986). Par exemple, O'Leary et Barber (2008) avaient déjà démontré que les hommes prenaient plus de temps pour dénoncer l'abus sexuel – 44 % d'hommes dévoilent après 20 ans – que les femmes qui le font plus rapidement – 51 % des femmes dévoilent avant 10 ans. Au Québec, la répartition des victimes selon le sexe a révélé un écart beaucoup plus marqué qu'au niveau international entre les filles et les garçons soit 53 % des victimes étaient des filles et 15 % étaient des garçons.

En ce qui a trait à la troisième constatation, les recherches ont exploré plusieurs conditions familiales et sociales qui mettaient les enfants et les adolescents à risque d'abus sexuel (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011). Ces études ont souligné, entre autres, que le taux de prévalence d'une agression sexuelle est plus élevé dans les familles monoparentales, dans celles où vit un beau-père et dans les conditions de violence conjugale, d'alcoolisme ou de toxicomanie (Wolfe, 2007). En outre, selon Douglas et Finkelhor (2005), les enfants et adolescents provenant d'un milieu

socioéconomique très faible (revenu annuel familial inférieur à 10 000\$³), étaient plus à risque de devenir des victimes agressées sexuellement (Avery, Diane-Hutchison, & Whitaker, 2002). Mais, cette dernière donnée n'a pas été confirmée au niveau international (Pereda et al., 2009).

Dans une critique des résultats sur la prévalence de l'abus sexuel, De Tychey et ses collaborateurs (2015) ont trouvé que les taux de prévalence rapportés dans un grand nombre d'études sur des populations générales dont celles citées précédemment, étaient très élevés comparés aux taux observés dans d'autres études qui se situaient à un niveau beaucoup plus bas (Drerup Stokes, McCord, & Aydlett, 2013). Par exemple, dans leur étude, Linskey & Ferguson (1997) ont suivi de 1,265 enfants tout venant dès leur naissance et les taux de prévalence des victimes abusées sexuellement ayant atteint l'âge de l'adolescence (10 %) étaient beaucoup plus bas comparés à d'autres études effectuées sur de larges cohortes. Dans la même veine, une revue des écrits sur l'abus sexuel menée par Putnam (2003) a indiqué des variations importantes dans la prévalence selon les études. Une autre étude publiée en 2004 par Roberts, Dunn & Golding, a mentionné que 3,7 % des enfants de leur échantillon comprenant 8,252 familles ont été victimisés sexuellement.

De Tychey et ses collaborateurs (2015) ont proposé différentes réflexions concernant des biais qu'ils ont observés dans ces études. Un des biais possibles est

³ Ce qui représente deux fois moins que le seuil de pauvreté.

qu'une vaste majorité de ces études ont été conduites rétrospectivement dans des échantillons de femmes à qui on a demandé de décrire des événements traumatisques vécus dans leur enfance et leur adolescence. Ces deux tranches d'âge sont souvent jumelées ensemble dans les recherches en abus sexuel alors que certains chercheurs (Bonnet, 1999) ont démontré significativement que les réactions des enfants abusés sexuellement dépendent de leur maturité affective, plus ils sont jeunes moins ils sont capables de comprendre et de verbaliser leur expérience.

Un autre biais serait lié aux analyses sophistiquées qu'on utilise souvent dans les grands échantillons. Selon De Tycéy et ses collaborateurs (2015), les analyses ne tiennent pas compte des divers types d'abus sexuel vécus par les victimes, ce qui peut avoir un impact très important sur les résultats (Hayez, 1999). De plus, les études ne tiennent pas compte que les enfants peuvent être victimes de plus d'une forme d'abus (abus physique, négligence), pourtant il a été démontré qu'une forte probabilité de polyvictimisation est présente dans les populations de jeunes abusés sexuellement (Putnam, 2003; Trickett et ses collaborateurs, 2011).

Un dernier biais possible fait référence à plusieurs études importantes explorant l'étendue des abus sexuels à partir d'échantillons très volumineux (Finkelhor, 1994; Paolucci et al., 2001; Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011) qui ne tiennent pas compte des jeunes abusés sexuellement ne présentant aucun symptôme. Pourtant, c'est une des données qui est restée la plus constante dans les recherches et stable dans le

temps (Kendall-Tackett et al., 1993; Collin-Vézina et al., 2013) au cours des quatre dernières décennies.

Finalement, nous avons constaté que les données empiriques confirment qu'un grand nombre d'enfants sont victimes de plus d'une forme de mauvais traitement (Banyard, Williams, & Siegel, 2001; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996; van der Kolk, 2005), particulièrement les victimes d'abus sexuel (Trickett et al., 2011). Il y a des risques élevés que les enfants qui subissent d'autres traumatismes connaissent une détérioration importante au plan psychologique affectant leurs relations interpersonnelles, leurs capacités à réguler leurs émotions et leurs comportements, ce qui les rend plus vulnérables à la dissociation. De plus, selon Finkelhor, Ormrod, & Turner, (2007), de nombreuses recherches soutiennent que la polyvictimisation est un prédicteur potentiel de l'intensité des symptômes. Dans une étude québécoise sur les mauvais traitements (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006), 19 % des enfants qui ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuel ont aussi mentionné avoir été violenté physiquement et psychologiquement. Entre 1998 et 2003 (Trocme, MacLaurin, Fallon, Daciuk, Billingsley, Tourigny, & McKenzie, 2001, 2003), les enfants québécois et canadiens victimes d'agression sexuelle qui ont reçu des services de la protection de la jeunesse ont déclaré avoir été victime d'une autre forme de mauvais traitement soit d'abus physique ou psychologique, de négligence ou avoir été témoin de violence conjugale.

En résumé, de nombreuses études ainsi que les études internationales sur la prévalence confirment l'ampleur des abus sexuels perpétrés sur les enfants ou les adolescents. Plusieurs études ont rapporté que les enfants d'âge scolaire et les adolescents sont les deux populations les plus à risque d'être victimes d'abus sexuel. De plus, les données épidémiologiques ont confirmé un écart important entre le taux de prévalence des filles et des garçons. Toutefois, des contradictions sont observées entre les recherches et des pistes de réflexion ont commencé à émerger. Même si les données nationales ont démontré que le milieu socioéconomique pouvait être un facteur de risque pour l'abus sexuel, elles n'ont pas été confirmées au niveau international. La polyvictimisation ou cooccurrence des autres mauvais traitements est relevée par plusieurs chercheurs. Enfin, les enfants résilients face à l'abus sexuel constituent un groupe peu étudié.

Dans la prochaine partie, nous exposons les facteurs de risque qui ont été associés aux difficultés d'adaptation après la survenue de l'abus sexuel.

Les facteurs de risque

Les recherches dans le champ de l'abus sexuel ont permis d'établir une variété de problèmes de santé mentale et de difficultés comportementales qui peuvent se manifester immédiatement après l'abus sexuel ou tout au long de la vie de la victime. Il a été démontré que l'abus sexuel augmentait significativement les risques pour la psychopathologie (Hillberg et al., 2011; Kendall-Tackett et al., 1993), la revictimisation

(Hamilton & Browne, 1999; Olafson, 2011), la dissociation (Bernier, Hébert, & Collin-Vézina, 2013) et les difficultés sexuelles (Ahmad, 2006). Les adolescents sont particulièrement à risque de manifester des comportements suicidaires (Tonge & King, 2004), des problèmes de drogue et d'alcool (Lee, Lyvers, & Edwards, 2008), d'automutilation, de grossesses à risque, de naissances prématurées et d'anorexie (Hillberg et al., 2011; Maniglio, 2009, 2013; Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003). Selon certaines recherches, plus ou moins 50 % d'adolescentes ont manifesté des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes d'anxiété ou de dépression sévères ont aussi été décelés chez les victimes (Bal, De Bourdeaudhuij, Crombez, & Van Oost, 2004; Daigneault, Hébert, & Tourigny, 2006).

Les risques de développer des problèmes psychopathologiques comme ceux mentionnés précédemment ont été associés à des *facteurs de risque* quand les premiers chercheurs en développement ont découvert, après avoir suivi durant plusieurs années des jeunes à risque, des variations importantes dans les problèmes qu'ils manifestaient. Certains enfants présentaient une grave pathologie alors que d'autres fonctionnaient remarquablement bien dans plusieurs domaines de leur vie (Masten, 2001). Les facteurs de risque ont donc été définis par une situation ou une condition environnementale qui augmente chez l'enfant la possibilité de développer des problèmes émotifs ou de comportements (Garmezy, & Devine, 1984). Selon une majorité de chercheurs (Masten, & Obradovic, 2008) trois grandes catégories peuvent les distinguer: les facteurs de risque liés aux caractéristiques de l'enfant (par exemple, tempérament, QI), les facteurs

de risque associés associés à la famille (par exemple, famille monoparentale ou reconstituée) et les facteurs de risque socio-environnementaux (par exemple, guerre, désastre). Dans le processus de résilience, les facteurs de risque sont intrinsèquement reliés aux facteurs de protection; ils constituent une dyade inséparable et doivent être étudiés conjointement (Jourdan-Ionescu, 2001) pour mieux comprendre l'impact d'un événement adverse ou stressant sur le développement psychologique de l'enfant ou de l'adolescent.

Dans le champ de l'abus sexuel, Yancey et Hansen (2010) ont relevé un grand nombre de facteurs identifiés par les théoriciens et les chercheurs comme pouvant potentiellement influencer le développement des symptômes chez les victimes. Ces variables ont été regroupées en trois catégories: les facteurs personnels, les facteurs familiaux et les facteurs spécifiques aux abus sexuels (Yancey & Hansen, 2010).

Facteurs de risque individuels. En ce qui concerne les facteurs de risque personnels qui ont été documentés, Yancey et Hansen (2010) ont retenu le sexe, l'âge et les attributions faites par les victimes concernant les abus sexuels, soit les attributions à soi ou à l'agresseur.

Sexe. La relation entre le sexe de la victime et les conséquences de l'abus sexuel a reçu une grande attention, mais les résultats sont demeurés contradictoires. Dans les premières recherches, les victimes masculines n'étaient pas incluses dans les

échantillons (Young, Bergandi, & Titus, 1994), toutefois, lorsqu'elles ont été considérées, on a démontré certaines différences entre les filles et les garçons victimes d'abus sexuel. Par exemple, on a suggéré que les femmes (pas les filles) étaient plus à risque de développer des problèmes internalisés et que les hommes et les garçons manifestaient davantage des problèmes externalisés (Kendall-Tackett et al., 1993; Stern, Lynch, Oates, O'Toole, & Cooney, 1995). De plus, dans un échantillon d'enfants âgés de 8 à 11 ans, les chercheurs ont observé une différence marquée entre les comportements agressifs chez les garçons et les comportements de soumission et les symptômes dépressifs chez les filles, lorsqu'ils sont comparés aux enfants non agressés sexuellement (Young et al., 1994). Dans une autre étude comparant 370 adolescents et 2,681 adolescentes abusés, Chandy, Blum, & Resnick (1996) ont trouvé que les filles présentaient moins de symptômes externalisés par exemple, des difficultés scolaires, des comportements délinquants et des interactions sexuelles à risque, que les hommes. Par contre, on retrouvait chez les hommes, moins de dépression, d'idées suicidaires, de difficultés alimentaires et de consommation d'alcool.

Âge. Les recherches en abus sexuel ont démontré que l'âge de la victime pouvait avoir un impact sur les capacités d'adaptation et par conséquent sur les capacités cognitives de l'enfant et de l'adolescent après l'abus sexuel (Paolucci et al., 2001; Putnam, 2003). Par exemple, les très jeunes enfants ont une compréhension plus faible de l'impact de l'agression sexuelle, et par conséquent, ils ne présentent pas autant de symptômes et d'effets négatifs de l'abus sexuel que les enfants plus âgés. Par contre, les

enfants plus vieux peuvent compter sur des stratégies de coping plus efficaces pour retrouver l'état psychologique qu'ils avaient avant l'abus sexuel (Putnman, 2003). Ils utilisent entre autres plus souvent des stratégies cognitives comme la planification ou la réinterprétation positive (Aldwin, 1992). De plus, les enfants utilisent davantage des stratégies centrées sur l'émotion – plus ou moins efficaces – que les adolescents qui ont recours plus fréquemment à l'évitement (Aldwin, 1992). On a aussi démontré qu'à court terme l'évitement était efficace pour diminuer la souffrance, mais qu'il provoquait une augmentation de certains symptômes (e. g. dépression, détresse) s'il était utilisé à long terme (Walsh, Dawson, & Matingly, 2010).

Dans une autre étude comprenant 82 enfants et 60 adolescents abusés sexuellement, Feiring et ses collaborateurs (1998) ont trouvé que les symptômes manifestés à la suite d'une agression sexuelle variaient en fonction de l'âge. Selon ces auteurs, les victimes qui avaient été agressées sexuellement pour la première fois à l'adolescence étaient plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs et une faible estime de soi que celles ayant été abusées à un âge plus jeune. Par contre, les victimes adolescentes rapportaient moins d'anxiété relative à la sexualité (sensation que la sexualité est sale ou qu'elle doit être évitée). Bien que l'âge ait été associé avec ces symptômes (symptômes dépressifs et anxiété sexuelle), le sexe et les caractéristiques propres à l'abus sexuel (durée, relation avec l'agresseur) ne l'ont pas été. Selon Feiring et al. (1998), ces différences seraient en partie dues aux différences développementales entre les enfants et les adolescents. Les adolescents font déjà face à de nombreux changements physiques, psychologiques,

biochimiques et sociaux et ils sont à la conquête de leur indépendance. Ainsi, la survenue d'une agression sexuelle durant cette période peut causer un stress additionnel et rendre l'adolescent plus vulnérable aux symptômes internalisés (Feiring et al., 1998). Une autre étude a démontré des résultats similaires où des adolescentes âgées de moins de 13 ans présentaient plus de symptômes de stress post-traumatique que les adolescentes plus âgées qui, quant à elles, démontrent davantage de symptômes dépressifs (Gries, Goh, Andrews, Gilbert, Praver, & Stelzer, 2000).

Par ailleurs, les résultats d'une méta-analyse effectuée par Paolucci et al. (2001) comprenant 37 études (25,367 participants) n'ont pas démontré de différences significatives dans les séquelles selon les âges. Les auteurs ont conclu que les abus sexuels produisaient des effets à multiples facettes, que des mécanismes et des processus distincts jouaient un rôle dans une variété de séquelles à court et à long terme.

Contrairement à cette méta-analyse, Kendall-Tackett et al. (1993) avaient découvert quelques années plus tôt, dans leur revue des publications scientifiques, que l'âge de la victime au moment de l'évaluation initiale influençait significativement la symptomatologie; les enfants plus vieux démontrent un plus grand nombre de symptômes que les plus jeunes. Mais, la durée et la sévérité de l'agression sexuelle ainsi que de la relation avec l'agresseur n'avaient pas été considérées dans les recherches consultées par ces auteurs.

La revue des écrits scientifique menée par Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman (1991) a suggéré des résultats divergents parmi les recherches traitant de l'âge de survenue de l'abus sexuel. Dans certaines recherches, les enfants d'âge préscolaire manifestaient des comportements sexualisés plus fréquemment que leurs pairs, par exemple dans les jeux avec les poupées et pour la masturbation. Mais les résultats ont montré aussi que les enfants d'âge scolaire présentaient plus de difficultés académiques, de problèmes de comportement et de comportements sexualisés comparés à leurs pairs. Selon les conclusions des auteurs, les séquelles négatives sont plus fréquentes chez les plus jeunes enfants étant donné que la durée de l'abus sexuel était plus longue alors que pour les enfants plus âgés, incluant les adolescents, l'utilisation de la force et de la coercition pouvait expliquer la fréquence plus élevée. Une autre explication suggérée par Beitchman et ses collaborateurs (1991) était que l'enfant préscolaire était plus à risque d'être abusé sexuellement par un membre de la famille que les enfants plus vieux et les adolescents.

Style d'attribution. Plusieurs chercheurs ont montré que les attributions de blâme et les styles d'attribution pouvaient prédire les séquelles manifestées par les victimes après un abus sexuel (Feiring, Taska, & Chen, 2002; Kolko, Brown & Berliner, 2002; Valle & Silovsky, 2002). Par exemple, Kolko et ses collaborateurs (2002) ont observé que les victimes avaient tendance à faire des attributions négatives soit reliées à l'agresseur (sentiment que l'agresseur n'a pas pris soin d'elle) ou à l'agression sexuelle (« je me suis sentie mal quand cela est arrivé »). Les résultats de leur recherche ont montré que les

victimes qui faisaient des attributions concernant l'abus sexuel subi présentaient des risques plus élevés de développer des symptômes post-traumatiques. Feiring et ses collaborateurs (2002) ont investigué les attributions utilisées par les victimes, immédiatement après le dévoilement et un an plus tard, dans une cohorte de 137 enfants et adolescents. Ils ont découvert que les victimes qui s'attribuaient plus de blâme présentaient des symptômes internalisés plus intenses que celles qui s'en attribuaient moins. Les enfants qui se reprochaient l'abus sexuel (« cela m'est arrivé parce que je n'ai pas été capable de dire non » ou « j'ai fait quelque chose pour que cela arrive ») avaient des pensées intrusives, des symptômes d'évitement et d'hyperéveil, des symptômes dépressifs ainsi qu'une plus faible estime de soi, comparés à ceux qui avaient attribué le blâme à l'agresseur ou à d'autres facteurs externes. Concernant le style attributionnel, les auteurs ont trouvé que les enfants qui avaient un style pessimiste étaient plus à risque de manifester des symptômes dépressifs. Les enfants qui prennent du temps à dévoiler l'abus sexuel se percevaient souvent plus coupables et utilisaient des stratégies de coping moins efficaces, par exemple l'évitement en plus du blâme de soi (Feiring et al., 2002).

Dans une autre recherche sur le blâme, Mannarino et Cohen (1996) ont examiné les styles d'attribution et les attributions spécifiques à l'abus sexuel chez les adolescentes abusées sexuellement en les comparant à leurs paires. Ces deux auteurs ont découvert que les adolescentes abusées sexuellement faisaient plus souvent des attributions sur leurs sentiments et qu'elles se percevaient moins crédibles que leurs paires. Ces

adolescentes étaient significativement plus à risque de manifester des symptômes dépressifs et anxieux et de développer une faible estime d'elles-mêmes.

Dans une autre recherche sur les enfants et adolescents abusés sexuellement, Feiring et al. (1998) ont trouvé que la honte et le style d'attribution suite à un abus sexuel, agissaient en tant que médiateur entre les séquelles et les caractéristiques de l'abus sexuel (âge de survenue, durée, etc.). De plus, l'âge et la fréquence des abus sexuels prédisaient les problèmes de dépression et une faible estime de soi. Par contre, Langer (1997) a montré que c'étaient plutôt les distorsions dans les processus cognitifs qui amenaient les victimes à s'attribuer la responsabilité et à fonctionner sur un mode d'obligation vis-à-vis d'autrui. Ces derniers résultats ont été confirmés par Putnam (2003).

Retard de développement. Les enfants avec un retard de développement présentent des risques plus élevés d'être victimes d'abus sexuel (Mansel, Sobsey, & Moskal, 1998). Les recherches menées sur cette population ne sont pas encore très nombreuses et il est difficile d'évaluer les différences dans le risque d'abus sexuel entre les enfants avec un retard développemental et ceux sans retard (Balogh, Bretherton, Whibley, Berney, Graham, & Richold, 2001). L'étude de Balogh et al. (2001) a montré que des adolescents atteints d'un retard de développement étaient plus à risque d'abus sexuel que les adolescents normaux. On a observé de plus que l'abus sexuel pouvait avoir un impact différent chez les personnes avec un retard de développement compte tenu de leurs

faibles ressources et de leur vulnérabilité à la revictimisation (Mansell et al., 1998). Des comportements agressifs, d'abus envers soi-même et d'isolement social extrême étaient fréquents chez ces victimes (Mansell et al., 1998).

En résumé, les facteurs de risque individuels ont reçu une grande attention de la part des chercheurs. Contrairement au sexe et à l'âge, l'attribution de blâme et les styles d'attribution ont été reconnus comme étant de meilleurs prédicteurs dans développement des symptômes après l'abus sexuel (par exemple, symptômes dépressifs ou anxieux, faible estime de soi).

Facteurs de risque familiaux. Les variables familiales peuvent aussi avoir une grande influence sur le développement des symptômes chez l'enfant abusé sexuellement. Certaines de ces variables ont reçu une attention particulière, par exemple, l'histoire d'abus sexuel du parent, les réactions du parent entourant le dévoilement et le soutien prodigué à la victime, le stress parental et le coping, le statut socioéconomique et les conflits familiaux (Baker, 2001; Deblinger, Taux, Maedel, Lippmann, & Stauffer, 1997; Elliott & Carnes, 2001; Feiring et al., 1998; Jankowski, Leitenberg, Henning, & Coffey, 2002).

Histoire d'abus sexuel du parent. Selon la revue des écrits scientifiques de Beitchman et al. (1991), très peu de chercheurs ont discuté de l'impact de l'histoire d'abus sexuel d'un parent sur le développement des symptômes chez l'enfant victime.

Pourtant, dans les protocoles de plusieurs recherches, cette variable a presque toujours été incluse même si elle n'a pas été discutée (Beitchman et al., 1991). Par ailleurs, McCourt et Peel (1998) ont montré dans leur étude que le dévoilement de l'abus sexuel de l'enfant provoquait chez le parent protecteur des reviviscences d'abus sexuel subi dans son enfance et des réactions traumatiques. Le parent se mettait à parler des abus sexuels dont il avait été lui-même victime et ne peut entreprendre une démarche de guérison seulement après que son enfant ait dévoilé les siens. Dans les témoignages recueillis auprès de seize parents abusés sexuellement dans l'enfance, les auteurs ont découvert que ces parents avaient tous des sentiments de culpabilité et une incapacité à faire confiance à autrui. Dans une autre étude où les témoignages de neuf mères d'enfants abusés sexuellement ont été enregistrés, Baker (2001) a constaté que ces mères avaient elles-mêmes été abusées sexuellement dans leur enfance et qu'elles éprouvaient d'importantes difficultés à soutenir leurs enfants après le dévoilement. Conséquemment, ces enfants avaient rapporté des taux similaires de dépression, de tristesse, et de problèmes de comportements au cours de l'évaluation initiale, 18 mois et cinq ans plus tard.

Par ailleurs, Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch, & O'Toole (1998) n'ont pas réussi à démontrer que l'histoire d'abus sexuel d'un parent avait un effet délétère sur leur enfant. En, effet, dans leur étude, les auteurs ont comparé 23 mères ayant été victimes d'abus sexuel dans leur enfance à 44 mères n'ayant pas d'histoire d'abus sexuel. Les participantes des deux groupes étaient mères d'un enfant qui avait subi des abus sexuels.

Les auteurs n'ont pas trouvé de différences significatives entre les enfants des deux groupes concernant les séquelles négatives. Dans la période rapprochée du dévoilement, après 18 mois et cinq ans, les enfants présentaient des niveaux similaires de dépression, de tristesse, de problèmes de comportement ainsi qu'une faible estime de soi, 18 mois et cinq ans après l'évaluation initiale. Par contre, au moment du dévoilement, les enfants des mères abusées sexuellement dans l'enfance présentaient un niveau d'estime de soi plus faible que les enfants des mères sans histoire d'abus sexuel.

Réactions du parent. Plusieurs chercheurs ont démontré que les réactions du parent protecteur, au moment du dévoilement de l'abus sexuel de son enfant, étaient associées à l'adaptation ultérieure de l'enfant. Dans les recherches consultées par Elliot & Carnes (2001), la capacité de soutien du parent protecteur était considérée comme ayant un impact plus significatif que les actes d'abus sexuel, notamment la capacité de changer sa manière d'intervenir après le dévoilement. Généralement, moins le soutien du parent est adéquat, plus la victime manifeste de difficultés émotionnelles et comportementales (Elliott & Carnes, 2001). De plus, dans des familles à transaction incestueuse, on a observé une détérioration de la santé mentale de la victime abusée sexuellement dans les cas où le parent protecteur ne lui procurait pas de soutien émotionnel après le dévoilement (Hazzard, Celano, Gould, Lawry, & Webb, 1995; Hecht & Hansen, 2001; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Putnam, 2003). De plus, Elliot & Carnes (2001) ont rapporté que l'ambivalence et le manque de consistance des mères dans le soutien qu'elle procurait à leur enfant après la divulgation, avaient un impact sur

l'adaptation. Par exemple, les mères qui étaient punitives et agressives envers leur enfant après le dévoilement de l'abus sexuel étaient souvent celles dont l'enfant était placé en famille d'accueil et qui avait des problèmes de comportements plus graves (Elliott & Carnes, 2001). Feiring et ses collaborateurs (2001) ont examiné l'impact du soutien parental et des attributions négatives sur le développement des symptômes de 130 victimes abusées sexuellement et âgées de 8 à 15 ans. Les résultats ont montré que les victimes qui ne recevaient pas de soutien des parents présentaient plus de symptômes dépressifs ainsi que d'autres symptômes internalisés, des attributions négatives liées aux agressions sexuelles et des sentiments de honte. De plus, les motifs évoqués par les mères qui ne soutenaient pas leurs enfants au moment du dévoilement étaient le maintien de l'harmonie familiale dû au fait qu'elles dépendaient financièrement de l'agresseur. Récemment, Bal, De Bourdeaudhuij et Van Oost (2009) ont démontré que le soutien du parent protecteur offert aux adolescentes âgées de 12 à 18 ans et les attributions négatives à la suite du dévoilement étaient les deux seules variables qui expliquaient le développement des symptômes.

Selon une étude québécoise menée auprès de 158 adolescentes abusées sexuellement âgées de 13 à 17 ans, la qualité de la relation de l'adolescente avec sa mère était associée aux troubles externalisés (Monette, Tourigny, & Daigneault, 2008). Dans une autre étude, les chercheurs ont découvert que les mères qui manifestaient un style parental rejettant plutôt qu'un style d'acceptation, rapportaient en même temps des symptômes dépressifs chez leur jeune (Deblinger et al., 1999). De plus, les stratégies

parentales imprégnées de culpabilité et de honte étaient associées à une augmentation des symptômes liés au trouble de l'état de stress post-traumatique et des symptômes externalisés. Par ailleurs, Bolen et Lamb (2007) ont démontré que seuls les comportements externalisés et délinquants étaient reliés au soutien parental et que contrairement aux données précédentes, il y avait une relation positive significative entre le niveau de stress quotidien et le degré de soutien parental.

De leur côté, Feiring et ses collaborateurs (1998) ont trouvé que le soutien parental était la seule variable qui prédisait les symptômes dépressifs chez les enfants abusés sexuellement. Ils ont aussi rapporté des niveaux plus élevés de soutien parental et de satisfaction à l'égard de ce soutien chez les adolescents non abusés que chez les adolescents abusés sexuellement. Ces derniers avaient une plus grande tendance à utiliser le soutien de leurs pairs au lieu de trouver refuge auprès d'un parent ou d'un adulte. Cependant, tel qu'attendu, les résultats ont montré que le soutien des parents était associé à moins de détresse psychologique et le recours à des pairs comme principale ressource de soutien était corrélé à une augmentation des difficultés d'adaptation (Feiring, et al., 1998).

D'autres chercheurs ont découvert que certains parents manifestaient des sentiments de colère et de blâme envers leurs enfants abusés sexuellement ou refusaient de croire leurs allégations, ce qui pouvait causer des manques dans le soutien offert à leur enfant (McCourt & Peel, 1998). De plus, selon Mian, Marton, & LeBaron (1996), les mères des

enfants abusés par une personne de la famille avaient davantage tendance à blâmer l'enfant, à soutenir l'agresseur et à moins croire les allégations de l'enfant que les mères des enfants agressés par une personne extérieure à la famille.

Détresse parentale, santé mentale et coping. Les capacités du parent protecteur à soutenir son enfant après le dévoilement de l'abus sexuel sont influencées par plusieurs facteurs en l'occurrence la détresse du parent conséquemment au dévoilement, son état de santé mentale et ses possibilités de s'adapter (coping). Deblinger, Taux, Maedel, Lippmann, & Stauffer (1997) ont suggéré que le parent souffrant d'une dépression sévère après le dévoilement ont rapporté un plus grand nombre de symptômes de stress post-traumatiques et des symptômes externalisés et qu'elles étaient moins disponibles émotionnellement pour leur enfant (Deblinger et al., 1997).

Davies (1995), par ailleurs, a exploré si la détresse parentale, la santé mentale et le coping pouvaient être associés à la symptomatologie post-traumatique, à l'anxiété et à la dépression. Il a regroupé en trois catégories les différentes capacités manifestées par les parents à la suite du dévoilement, allant des parents qui sont capables de s'adapter en période de détresse, mais présentant certaines difficultés, aux parents incapables de faire face au dévoilement. Les parents qui ne parviennent pas à l'acceptation de l'abus sexuel avaient tendance à avoir des difficultés dans les relations avec leur conjoint, et leur enfant manifestait des symptômes de dépression, d'anxiété et de TÉSPT. Ces parents étaient souvent ceux qui éprouvaient de la difficulté à faire confiance à leur enfant, et

conséquemment, les enfants démontraient plus de difficultés d'adaptation après l'abus sexuel (Davies, 1995).

Stress familial. Les résultats de plusieurs recherches ont suggéré que les comportements de la victime étaient reliés à l'abus sexuel, à son interaction avec l'environnement familial ainsi qu'avec la réaction d'autres individus extérieurs à la famille (Kendall-Tackett et al., 1993). Par exemple, Hébert, Tremblay, Parent, Daigneault et Piché (2006) ont trouvé des corrélations significatives entre la cohésion familiale, le conflit familial et la symptomatologie de l'enfant après le dévoilement. Selon ces auteurs, les facteurs familiaux apparaissent être associés aux difficultés comportementales et avoir une contribution unique dans la prédiction des comportements externalisés et sexualisés.

En outre, Mannarino et Cohen (1996) ont trouvé que les mères d'enfant abusé sexuellement rapportaient une faible cohésion familiale indépendamment du fait que l'agresseur était un membre de la famille ou pas. Les enfants de ces familles déclaraient une faible cohésion familiale en plus de compétences sociales déficientes et une incapacité à trouver du soutien dans la famille ou en dehors de celle-ci, leur permettant de répondre à leurs besoins. Parmi les parents, ceux qui exprimaient des émotions extrêmement négatives étaient moins disposés à soutenir leurs enfants (Mannarino & Cohen, 1996). Par contre, dans une cohorte d'étudiants-collégiens, Steel, Wilson, Cross et Whipple (1996) ont examiné 264 personnes qui n'ont pas été victimes et 115

personnes abusées sexuellement. Les résultats ne leur ont pas permis de confirmer que le dysfonctionnement familial était associé avec la symptomatologie.

Le niveau économique de la famille peut souvent occasionner des complications supplémentaires à la suite d'un dévoilement d'abus sexuel surtout si l'agresseur est un membre de la famille, un parent ou une figure parentale qui assume la responsabilité financière de la famille. Les membres de la famille peuvent blâmer la victime pour la perte de revenu et les autres pertes (Fischer & McDonald, 1998). Le parent protecteur peut ne pas vouloir protéger la victime par crainte du départ de l'agresseur. Le stress présent dans la famille semble avoir un impact non seulement sur la victime et leur adaptation, mais aussi sur la capacité des autres membres de la famille à répondre aux besoins et à prendre soin de la victime. Par ailleurs, bien qu'un faible niveau socioéconomique a été significativement associé à la négligence et à l'abus physique (Coulton, Crampton, Irwin, Spilsbury, & Korbin, 2007; Sedlak, Mettenburg, Basena, Petta, McPherson, Green, & Li, 2010), les données actuelles se révèlent contradictoires. Dans la dernière méta-analyse parue en 2011 (Stoltenbergh et al., 2011), les auteurs n'ont pas été en mesure de confirmer l'impact du niveau socioéconomique de la famille sur les séquelles manifestées par l'enfant abusé sexuellement.

En résumé, les facteurs de risque familiaux (histoire d'abus sexuel du parent, réaction du parent au dévoilement, détresse parentale, coping et stress familial) qui ont été examinés par les chercheurs se sont révélés significativement corrélés aux séquelles

manifestées par les victimes. Seul le niveau socioéconomique des familles des victimes n'a pas été associé de manière constante dans les recherches.

Facteurs de risque spécifiques à l'abus sexuel. D'autres variables comme la sévérité de l'abus sexuel, le nombre d'agresseurs, la fréquence et la durée de l'agression sexuelle ont été identifiées en tant que caractéristiques pouvant augmenter de façon importante les risques d'apparition de troubles psychiatriques sévères (Browne & Finkelhor, 1986; Hamilton & Browne, 1998; Higgins & McCabe, 2001; Putnam, 2003). En dépit du fait que les revues des écrits ont présenté des conclusions et des méthodologies différentes, les chercheurs sont arrivés à un consensus sur le fait que les victimes qui avaient un lien intime avec l'agresseur manifestent des séquelles plus sévères ainsi que celles qui ont été agressées sur une plus longue période et qui ont été contraintes ou violentées (Putnam, 2003; Trickett, Noll, & Putnam, 2001; Tyler, 2002).

Une importante étude a été menée, récemment, afin de déterminer si les victimes d'abus sexuel présentaient des risques de développer des symptômes liés à des troubles de personnalité (Cutajar, Mullen, Ogloff, Thomas, Wells, & Spataro, 2010). Les auteurs ont examiné 2,759 dossiers médicaux d'enfants abusés sexuellement qui avaient été évalués de 1964 à 1995. Entre 12 et 43 ans plus tard, ces cas, enregistrés dans une base de données des services psychiatriques publics, ont été comparés à des participants d'une population générale recrutés au hasard à partir d'une liste électorale. Ces individus étaient répartis dans des groupes contrôles qui avaient été constitués en fonction du sexe

et de l'âge. Parmi les victimes, 23,3 % avaient fait appel aux services publics comparés à 7,7 % des participants du groupe contrôle et le taux de contact des victimes était 3,65 fois plus élevé. Il y avait 7,83 % des victimes qui avaient pris contact avec les services en santé mentale. Les résultats ont démontré que plus la victime était âgée au moment de l'agression sexuelle et plus le niveau de sévérité des actes commis était élevé incluant la pénétration et la participation de plusieurs agresseurs, plus les risques de psychopathologie étaient élevés. Les conclusions de cette recherche longitudinale ont confirmé que l'abus sexuel représentait un facteur de risque substantiel pour une variété de désordres mentaux chez les enfants et chez les adultes.

Sévérité de l'abus sexuel. Dans l'ensemble des écrits scientifiques, on a considéré qu'un abus sexuel incluant la pénétration (orale, vaginale ou anale) était particulièrement sévère alors que l'abus sexuel sans contact physique (exposition, pornographie, propos sexuel) était moins dommageable (Kendall-Tackett et al., 1993). D'autres facteurs ont aussi été associés à la sévérité de l'abus sexuel soit l'utilisation de la force ou d'une arme durant les actes, l'agression physique et les menaces de l'agresseur envers la victime ou sa famille. De plus, la durée et la relation avec l'agresseur ont souvent été mises en relation avec la sévérité de l'abus sexuel.

Dans une revue des écrits scientifiques, Beitchman et ses collaborateurs (1991) ont noté que la sévérité des actes d'abus sexuel était associée à une symptomatologie plus sévère. Plus spécifiquement, l'agression sexuelle qui impliquait la pénétration, la

violence, la menace et la force prédisait une plus grande probabilité de séquelles négatives chez la victime. Pareillement, dans une recherche longitudinale, Fergusson, Lynskey et Horwood (1996) ont suivi une cohorte d'enfants tout venant, de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans et comparés les enfants avec une histoire d'abus sexuel avec ceux qui avaient vécu d'autres expériences de vie similaires. Parmi ces enfants, 106 avaient été victimes d'abus sexuel et les abus les plus sévères étaient corrélés avec des symptômes dépressifs et anxieux, des problèmes de conduite, de la dépendance aux drogues et à l'alcool ainsi que des tentatives de suicide. Parmi les victimes ayant vécu la pénétration, 64 % montraient des symptômes dépressifs; 50 % avaient révélé une agression sexuelle sans contact ou un contact sans pénétration. De plus, 33 % de ces victimes ayant vécu le type le plus sévère (pénétration) avaient fait des tentatives de suicide à plusieurs reprises comparées à 4 % des enfants ayant été victimes d'un type moins sévère (par exemple, attouchement). Même après que les auteurs aient contrôlé les données avec d'autres facteurs familiaux, les victimes d'agression sexuelle avec pénétration continuaient à démontrer des taux élevés de symptômes dépressifs et anxieux, des problèmes de conduite, des dépendances aux drogues et alcools, et des tentatives de suicide comparées aux autres victimes. Par contre, Manion, Firestone, Cloutier, Ligezinska, McIntyre, & Ensom (1998) ont découvert que la sévérité des agressions sexuelles ne prédisait pas significativement les séquelles présentes chez les victimes ni les symptômes décrits par les parents immédiatement après le dévoilement et un an plus tard.

Il n'en demeure pas moins qu'il est encore très difficile de démêler la contribution indépendante de chacun de ces facteurs sur les problèmes vécus par les victimes. Dans une méta-analyse, Paolucci et al. (2001) a rapporté que la sévérité de l'abus sexuel, définie globalement comme « avec contact et sans contact », ne prédisait pas les symptômes TÉSPT, la dépression, les tentatives de suicide, la promiscuité sexuelle ou les difficultés scolaires. Un peu plus tard, les études consultées par Putnam (2003) n'ont pas non plus montré l'unanimité des chercheurs quant à la sévérité des abus sexuels et les conséquences sur l'enfant et l'adolescent.

Durée de l'abus sexuel. En général, les recherches ont démontré que la durée de l'abus sexuel peut avoir un impact sur les séquelles vécues par les victimes: plus la durée a été longue ou le nombre d'évènements élevé plus il est probable que la victime ait des séquelles (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994; Kendall-Tackett et al., 1993). Dans une étude portant sur 90 enfants recrutés immédiatement après le dévoilement, Wolfe, Sas et Wekerle (1994) ont trouvé que plus les enfants avaient été abusés sur une longue période (un an et plus) plus ils montraient des symptômes de TÉSPT. Les résultats indiquaient aussi que la durée associée à l'âge et au sexe de l'enfant, étaient les seules variables permettant de différencier les victimes manifestant des symptômes TÉSPT de celles qui n'en avaient pas (Wolfe et al., 1994) alors que la fréquence des abus sexuels, la sévérité, et la relation avec l'agresseur ne prédisaient pas les symptômes TÉSPT. Dans une autre étude, Hébert et ses collaborateurs (2006) ont trouvé que la durée des agressions sexuelles était significativement corrélée avec certaines séquelles comme les

comportements sexuels, les symptômes d'anxiété et de dépression ainsi que l'agressivité.

Dans les études sur les adolescents, Feiring, Rosenthal, & Taska (2000) ont rapporté que le nombre d'épisodes vécu par les adolescents abusés sexuellement était le seul critère qui était associé à la relation avec les pairs. Les résultats ont montré que plus les adolescents avaient subi d'agressions sexuelles moins ils étaient acceptés par leurs pairs et sentaient moins le besoin d'être en relation avec les autres. Enfin, Steel et ses collaborateurs (1996) ont trouvé dans un échantillon de collégiennes, une symptomatologie cliniquement significative chez celles dont les abus sexuels avaient été fréquents et subis sur une longue période.

Relation avec l'abuseur. La relation entre l'agresseur et la victime a souvent été classée dans deux catégories distinctes soit la relation intrafamiliale (reliée par le sang et le mariage) ou extrafamiliale (extérieur à la famille). En général, on a démontré que plus la relation victime-agresseur est intime plus l'impact sur l'enfant a été sévère (Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001). Mais cette donnée n'a pas été confirmée dans toutes les recherches. Par exemple, un enfant abusé par son grand-père qui a été la seule figure paternelle importante a une relation plus intime avec lui qu'un autre enfant qui n'aurait eu que des contacts sporadiques. Cette donnée suggère donc que la mesure concernant la proximité de la relation pourrait mieux prédire l'impact de l'abus sexuel. Par exemple, les agresseurs qui auraient une relation plus intime avec la victime

passeraient plus de temps avec elle, ce qui augmenterait les risques de sévérité et l'augmentation de la durée de l'agression sexuelle.

Dans une revue de 1,037 cas d'abus sexuel, Fisher & McDonald (1998) ont mentionné que l'abus sexuel intrafamilial impliquait plus souvent de jeunes victimes, des agressions physiques, une plus longue durée et des actes d'abus sexuel plus sévères, alors que les agressions sexuelles extrafamiliales comprenaient plus souvent l'utilisation de la force physique (Fischer & McDonald, 1998). Par ailleurs, Wolfe et ses collaborateurs (1994) ont découvert que la relation victime-agresseur n'était pas significativement associée au développement des symptômes TÉSPT parmi les 90 victimes de leur échantillon. De plus, en comparant les victimes agressées par un membre de la famille et celles agressées par quelqu'un d'extérieur à la famille, les auteurs ont noté que les victimes agressées par un parent, un beau-parent ou un membre de la famille étendue manifestaient plus de symptômes TÉSPT que celles qui ont été abusées par des étrangers ou des membres extérieurs à la famille.

Dans une autre revue des écrits scientifiques, Beitchman et ses collaborateurs (1991) ont trouvé que la plupart des revues antérieures suggéraient une corrélation entre la victime, l'agresseur et les séquelles délétères. Ces victimes qui avaient été abusées sexuellement par leurs pères et leurs grands-pères montraient plus de symptômes liés au traumatisme que celles agressées par d'autres agresseurs. De plus, ces victimes montraient plus de symptômes de dépression et d'isolement. Contrastant avec ces

résultats, certaines études n'ont pas démontré de liens entre la victime et l'agresseur. Elles ont plutôt suggéré que l'âge et le sexe étaient confondus avec cette relation c'est-à-dire que les filles et les jeunes victimes étaient plus souvent victimes d'une agression sexuelle intrafamiliale (Beitchman et al., 1991).

Dans une cohorte d'enfants préscolaires, Mian et ses collaborateurs (1996) ont trouvé que la durée de l'abus sexuel était plus longue dans un contexte intrafamilial, cependant les symptômes internalisés et externalisés n'étaient pas significativement corrélés. Les victimes d'une agression sexuelle intrafamiliale démontraient moins d'habiletés sociales et de symptômes anxieux que les victimes d'agression sexuelle extrafamiliale.

Stern et ses collaborateurs (1995) ont eux aussi trouvé que l'agression sexuelle intrafamiliale était associée à une augmentation des symptômes dépressifs et des problèmes de comportement et à une faible estime de soi. Toutefois, les agressions sexuelles intrafamiliales étaient corrélées avec le divorce des parents et la présence d'un seul parent dans la famille alors que les agressions sexuelles extrafamiliales ne l'étaient pas. Hébert et ses collaboratrices (2006) ont démontré la même réalité pour les victimes âgées de 7 à 12 ans qui avaient été abusées par un membre de la famille immédiate (parent, frère ou sœur) ou par un membre de la famille étendue (grand-parent, oncle, cousin, etc.).

Lucenko et ses collaborateurs (2000) ont examiné la relation victime-agresseur et les impacts à long terme parmi 67 femmes agressées sexuellement. Les résultats ont indiqué une relation contraire entre la victime et l'agresseur, car elles ont rapporté plus de symptômes liés au trauma qu'à l'agresseur. Selon ces auteurs, les symptômes étaient associés à une augmentation d'agression physique chez les victimes abusées par une personne extérieure à la famille. Les résultats ont en plus démontré que la relation victime-agresseur n'était pas aussi importante que la qualité de la relation. Par contre, Ktring et Feinauer (1999) ont trouvé que parmi 475 adultes ayant été victimes d'abus sexuel, ceux qui avaient été abusés sexuellement par la figure paternelle montraient une symptomatologie traumatique plus grande que les victimes agressées par d'autres membres de la famille ou personnes extérieures à la famille.

De plus, les victimes agressées par un membre de la famille ont rapporté plus de symptômes reliés au trauma que celles agressées par un étranger. Bien que la qualité de la relation ait été reconnue comme un meilleur prédicteur que les catégories « intrafamilial et extrafamilial », aucune compréhension de la nature de ce lien n'a été suggérée et aucune information n'a été fournie sur les changements dans la relation victime-agresseur après l'agression sexuelle.

Les facteurs spécifiques à l'abus sexuel ont été significativement corrélés à une augmentation des risques de voir apparaître des troubles psychiatriques et des désordres mentaux chez les victimes. Toutefois, il demeure encore difficile de démêler la

contribution indépendante de chacun de ces facteurs. Le tableau 1 présente un résumé des facteurs de risque, liés à l'abus sexuel d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte qui ont été documentés dans les recherches empiriques. Les trois catégories sont représentées soit les facteurs individuels, les facteurs liés à la famille et les facteurs spécifiques à l'abus sexuel. Les facteurs de risque qui se sont montrés les plus significatifs dans l'ensemble des recherches sont les attributions de blâme et les styles d'attribution (facteurs de risque individuels) et trois des quatre facteurs familiaux (l'histoire d'abus sexuel du parent protecteur, les réactions négatives face au dévoilement de l'abus sexuel de l'enfant et la détresse parentale, la santé mentale et le coping du parent protecteur).

L'exploration de ces facteurs de risque a fait l'objet des deux premières générations de la recherche dans le domaine de l'abus sexuel. Concernant l'ensemble des résultats de recherche de cette période, un constat a émergé et rallié les chercheurs au fait qu'une certaine proportion des victimes ne présentait aucun symptôme. C'est la seule donnée qui est demeurée stable d'une recherche à l'autre au cours des quatre dernières décennies. Les chercheurs de la 3^e génération ont commencé à examiner les facteurs de protection pouvant amortir l'impact de l'abus sexuel et favoriser une résilience possible chez les victimes qui ne présentent pas ou peu de symptômes. La prochaine section traite de la résilience psychologique en général et des déterminants qui ont été identifiés chez les victimes d'abus sexuel.

Tableau 1

Les facteurs de risque chez les victimes d'abus sexuel

Facteurs individuels
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexe (Putnam, 2003; Romano & De Luca, 2001) ▪ Âge (Feiring et al., 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001) ▪ Stratégies de coping : évitement/centrées sur l'émotion (Bal, Crombez, De Bourdeaudhuijji, & Van Oost, 2003; Carver & Scheir, 1998) ▪ Anxiété (Mian et al., 1996; Young et al., 1994) ▪ Symptômes de stress post-traumatique (SPT; Bal et al., 2003; Gries et al., 2000) ▪ *Attribution/Style d'attribution (Feiring et al., 2002; Kolko et al., 2002; Mannarino & Cohen, 1996; Valle & Silovsky, 2002) ▪ Stigmatisation (honte) (Conte & Schuerman, 1987; Finkelhor & Browne, 1985; Kendall-Tackett et al., 1993) ▪ Image de soi (estime de soi) (Feiring et al., 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001) ▪ Distorsion cognitive (Langer, 1997; Putnam, 2003) ▪ Retard de développement (Balogh et al., 2001; Mansell, Sobsey, & Moskal, 1998)
Facteurs liés à la famille
<ul style="list-style-type: none"> ▪ *Histoire parentale d'ASE (Baker, 2001; Beitchman et al., 1991; McCourt & Peel, 1998; Oates et al., 1998) ▪ *Réactions parentales négatives au moment du dévoilement (Bolen, 2002; Elliott & Carnes, 2001; Hazzard et al., 1995; Putnam, 2003) ▪ *Détresse parentale, santé mentale des parents et coping (Davies, 1995; Deblinger et al., 1997, 1999) ▪ Stress familial (économique et relationnel) (Fisher & McDonald, 1998; Hébert et al., 2006; Kendall-Tackett et al., 1993; Mannarino & Cohen, 1996; Steel et al., 1996)
Facteurs spécifiques à l'abus sexuel
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sévérité de l'ASE (Beitchman et al., 1991; Fergusson et al., 1996; Kendall-Tackett et al., 1993; Manion et al., 1998; Paolucci et al., 2001) ▪ Durée de l'ASE (Feiring et al., 2000; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994; Hébert Tremblay et al., 2006; Kendall-Tackett et al., 1993; Wolfe et al., 1994) ▪ Relation avec l'agresseur (intra ou extrafamilial) (Cutajar et al., 2010; Putnam, 2003; Trickett et al., 2001; Tyler, 2002) ▪

* Facteur qui s'est révélé significatif dans l'ensemble des recherches

La résilience psychologique

Autant on observe, dans la recherche empirique, une grande préoccupation pour les effets délétères des événements adverses ou traumatiques, autant on constate un intérêt grandissant pour la résilience. Cette partie de la thèse aborde les questions qu'on peut se poser quand on porte notre attention sur les enfants ou sur les adolescents faisant face à l'adversité ou à un stress extrême, ces enfants qui continuent à aller de l'avant avec un bon fonctionnement : « pourquoi la plupart de ces jeunes sont-ils capables de s'adapter après un événement adverse ou traumatique et quels sont les mécanismes naturels qui leur permettent de s'adapter avec succès à l'adversité? Que font ces jeunes? Comment le font-ils? » (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2014; p.3). Dans un premier temps, nous faisons un bref survol de l'évolution du concept de résilience et par la suite nous apportons quelques précisions sur le débat actuel concernant sa définition. Dans un troisième temps, nous abordons les recherches qui ont été menées sur la résilience et l'abus sexuel. Nous terminerons cette partie en décrivant quelques instruments qui ont été élaborés pour mesurer la résilience.

Bref survol sur l'évolution de la résilience

L'étude systématique de la résilience psychologique a commencé vers la fin des années'60, en particulier dans des populations d'enfants confrontés à des conditions de vie adverses chroniques (la pauvreté) ou à des expériences traumatiques (la perte d'un ou des parents) (Masten, 2001; Masten & Obradovic, 2008). Elle a connu un essor exceptionnel si on se fie au nombre de publications scientifiques parues depuis 1950 :

« (...) le 3 mai 2016, dans la banque de données *PsycINFO*, figuraient 10,914 documents ayant dans le titre ou comme sujet *résilient*. À la même date, dans *Medline*, figuraient 6,415 documents indexés de la même manière » (Ionescu, 2016, p. 32). Le point de départ de la recherche sur la résilience psychologique réside dans les travaux de Block & Block, menés au début des années 1950, qui ont défini la résilience du moi comme un ensemble de traits personnels mobilisés pour faire face à l'adversité : les ressources globales, l'endurance et la flexibilité du fonctionnement psychique (Block & Block, 1980). Par la suite, le concept de résilience psychologique s'est modélisé progressivement à partir des observations cliniques en psychiatrie et en psychologie. Les premiers chercheurs ont été à la recherche des facteurs de risque pour la santé mentale et d'autres problèmes de développement (Masten, 2001). C'est en suivant les enfants sur une longue période de temps qu'ils ont découvert des variations importantes dans leur adaptation. Certains enfants présentaient de sérieux problèmes de fonctionnement alors que d'autres réussissaient dans plusieurs domaines de leur vie.

Désirant mieux comprendre ce qui différençiait les enfants qui s'adaptaient positivement et ceux qui ne parvenaient pas à s'en sortir, les chercheurs ont concentré leurs efforts sur l'exploration des liens entre les *caractéristiques individuelles* propres aux enfants qui s'adaptaient positivement et les caractéristiques environnementales. Les nombreux résultats recueillis concernant *la bonne adaptation* de ces enfants à risque ont été regroupés dans ce que Masten (2001) a décrit comme étant la liste des facteurs de protection.

Plus tard, les chercheurs ont réalisé que le moment du développement psychologique où se produisent les expériences adverses ou traumatisques a une influence sur les caractéristiques individuelles et la bonne adaptation. Les ressources, les aptitudes et les vulnérabilités ne sont pas les mêmes à tous les âges, ils se transforment. Le processus de résilience peut perdre en efficacité à certains moments et gagner en efficacité à d'autres étapes. Les jeunes enfants par exemple, sont moins conscients que les adolescents et ils sont moins affectés par à un événement adverse ou traumatisique qui surgit dans leur environnement, mais ils sont plus dépendants de leurs parents pour s'adapter à certaines situations qui menacent leur survie. Les adolescents ont développé une plus grande conscience de l'impact que peut avoir l'adversité ou le stress extrême sur leur vie. Leurs habiletés sont plus nombreuses pour affronter la menace sur leur vie, ils ont un réseau social souvent plus large et un sens de la communauté qui peuvent les soutenir et amortir les effets négatifs. Dans le processus de résilience, le contexte et la manière dont la personne transige avec son environnement ont aussi une grande influence sur l'adaptation. Certains contextes peuvent favoriser la résilience alors que d'autres la diminueront. Les transactions qui s'opèreront entre la personne et les différents systèmes de son environnement auront donc un impact important sur la réussite du processus de résilience.

La poursuite de la recherche de compréhension du processus de résilience a conduit les chercheurs à étudier les mécanismes psychologiques influençant l'adaptation positive. Les mécanismes de défense et les stratégies de coping ont reçu une attention

particulière. En ce qui concerne les mécanismes de défense, Vaillant (1985) a été le premier à démontrer l'existence des défenses adaptatives essentielles à la bonne santé mentale et qui étaient sous-jacentes au processus de résilience. Il a souligné que les défenses réduisent le conflit et la dissonance cognitive quand la personne est confrontée à des changements de conditions soudaines qui peuvent provoquer de l'anxiété et de la dépression. Les mécanismes de défense adaptatifs restaurent l'équilibre psychologique en ignorant ou modifiant les changements soudains, en permettant un relâchement mental pour absorber le changement dans la réalité ou en transformant le conflit qui n'a pas été résolu entre des personnes significatives (par exemple, le déni après l'abus sexuel) et finalement ils affaiblissent les conflits au niveau de la conscience.

Les chercheurs ont aussi démontré que la manière dont les personnes percevaient l'événement de stress avait une influence sur l'impact et la durée des conséquences ultérieures. Dans l'étude longitudinale de Kennedy, Lude, Elfstrom, & Smithson (2011), les personnes exposées à un événement potentiellement stressant peuvent interpréter cet événement comme une souffrance ou menace possible et ressentir des niveaux élevés d'anxiété pendant longtemps, mais elles peuvent aussi les percevoir comme une croissance ou un défi potentiel et ne pas manifester de symptômes dépressifs à long terme. Les stratégies choisies pour s'adapter aux événements potentiellement stressants ont aussi été reconnues empiriquement comme des prédicteurs significatifs de l'impact à long terme (Nezu & Carnevale, 1987). Bonanno, Kennedy, Galatzer-Levy, Lude, & Elfström (2012) ont montré que les trajectoires de résilience étaient uniquement

associées à une plus grande acceptation et à un esprit combatif de la situation causant du stress et à une diminution des liens sociaux ou des comportements de désengagement. Récemment, les chercheurs ont intégré le concept de flexibilité à ces processus d'adaptation compte tenu des variations importantes observées empiriquement dans les événements potentiellement traumatisants, autant dans leurs caractéristiques que dans leurs comportements. La flexibilité psychologique rend la personne capable d'utiliser le nombre de stratégies ou de comportements nécessaires pour s'adapter à un stresseur et en plus, de choisir les stratégies optimales pour survivre le mieux possible (Bonanno, 2005; Cheng, 2001; Kashdan & Rottenberg, 2010).

Dans son évolution, la recherche sur la résilience a mis en lumière qu'aucune discipline ne peut arriver à elle seule à recueillir des résultats exhaustifs qui permettent une compréhension du processus de résilience (Cyrulnik, 2014). Bonanno et ses collaborateurs (2010) rapportent dans un article relativement récent, que les études utilisant des analyses multivariées ont démontré qu'il n'y a aucune variable qui peut prédire à elle seule, les conséquences d'un événement stressant ou traumatisant. Les variables qui ont montré les effets plus marqués se situent sur un continuum allant du minimum à modéré seulement et c'est plutôt la combinaison et l'accumulation de facteurs de risque et de résilience qui prédisent l'impact d'un événement adverse sur l'adaptation de la personne.

On commence aussi à entrevoir que la résilience ne surgit plus uniquement dans des

contextes adverses chroniques, elle peut survenir après un événement traumatisant isolé. Même en présence de symptômes de stress post-traumatique ou d'autres perturbations associées à un événement potentiellement traumatisant (ÉSPT; Norris, 1992; Bonanno, 2004), « la personne va de l'avant de manière perspicace et intégrée » [traduction libre](Southwick et al., 2014; p.3). Bonanno & Diminich (2013) utilisent les termes de *résilience émergente* et de *résilience impact minime* pour décrire les trajectoires d'adaptation positive dans un contexte d'adversité chronique et, réciproquement, dans un contexte de traumatisme unique.

Ainsi, le champ de la résilience semble se diriger vers un changement de paradigme et continue à marquer sa différence par rapport aux autres approches du trauma en ne se laissant pas distraire par les symptômes pathologiques et les effets du trauma. Les chercheurs experts envisagent de plus en plus la complexité de la résilience et la voient sous des angles différents comme l'ont rapporté Steven Southwick et ses collaborateurs (2014) : « une trajectoire de bon fonctionnement après un événement adverse extrême » (p. 2) selon Dr George Bonanno; « un effort conscient pour aller de l'avant de manière positive judicieuse et intégrée en tirant profit des leçons apprises de l'expérience adverse » (p. 3) selon Dr Rachel Yehuda; « la capacité des systèmes dynamiques de s'adapter avec succès aux perturbations qui menacent la vitalité, la fonction et le développement d'un système » (p. 3) selon Dr Ann Masten; ou « un processus d'exploitation des ressources qui favorise le bien-être » (p. 4) selon Dr Catherine Panter-Brick & Leckman. Pour ces chercheurs, il apparaît important de reconnaître :

« la complexité du construit qui peut avoir des significations particulières pour un individu, une famille, une organisation, une société et une culture; que ces individus peuvent être plus résilients dans certains domaines de leur vie, mais pas dans d'autres, et durant certaines périodes de leur vie comparées à d'autres périodes; et qu'il y a probablement plusieurs types de résilience (par exemple, résilience aiguë; résilience émergente) en fonction du contexte (par exemple, la résilience pour les Cambodgiens traumatisés peut être différente de la résilience pour les Américains qui ont été confrontés à un ouragan ou pour un individu souffrant d'une schizophrénie chronique) » (Southwick et al., 2014; p.11).

Définition

Dans son article, *Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience*, Jourdan-Ionescu (2001) rapporte que « le mot résilience est associé... au *ressort moral* ou élasticité comme trait de personnalité et à l'importance de donner ou regagner un sens à sa vie ainsi qu'à son identité propre selon Detraux, Di Duca & Van Cutsem (2001) » (p. 164). Manciaux et Tomkiewicz (2000) mettent plutôt l'accent sur ses aspects dynamiques fondamentaux : résilier, se reprendre en main, avancer après un traumatisme, un stress. Pour Lecomte (2002), la résilience doit tenir compte des conditions essentielles suivantes : une résistance active de l'individu face aux influences pathogènes, la présence de mécanismes de défense adaptés et le fait de donner un sens à la souffrance.

Selon Serban Ionescu (2016), il n'existe actuellement pas de consensus entre les chercheurs concernant la définition de la résilience : « Une analyse de quinze définitions (Ionescu, 2015) montre que le mot "résilience" peut signifier des choses différentes pour

différents chercheurs et praticiens » (Ionescu, 2016, p. 51). Dans le compte rendu d'une table ronde réunissant des chercheurs connus dans le champ de la résilience et du stress traumatique, nous pouvons voir que les chercheurs semblent plutôt privilégier des définitions opérationnelles précisant soigneusement les types de résilience en fonction du contexte et en collaboration avec les experts qui étudient la résilience en ingénierie, écologie, biologie, psychologie familiale, organisationnelle et culturelle (Southwick et al., 2014).

La formulation d'une définition opérationnelle de la résilience demande toutefois que des critères soient davantage précisés à partir de faits cliniques. Deux critères sont requis, l'intensité des troubles post-traumatiques et le temps alloué pour le retour au même niveau de fonctionnement que celui avant le traumatisme (Ionescu, 2016). Prenons l'exemple de l'approche des trajectoires d'évolution (Bonanno et al., 2010; Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2006) utilisée après les attentats du 11 septembre 2001 à New York. Les chercheurs ont mis en évidence quatre trajectoires d'évolution à partir de mesures répétées prises auprès des victimes depuis l'événement traumatique. Les trajectoires de résilience et de rétablissement étaient représentées.

Ces mesures ont été effectuées avec des échelles d'évaluation des manifestations du trouble de l'état de stress post-traumatique qui permettent de voir avec plus de précision les différences individuelles dans l'adaptation après un traumatisme. Les observations cliniques associées à la trajectoire de résilience ont montré que le niveau des symptômes

était bas lors de l'évaluation initiale, indiquant que les victimes ne remplissaient pas tous les critères du TÉSPT et il s'est maintenu stable dans le temps. Dans la trajectoire rétablissement, les symptômes ont été plus élevés au moment de la première évaluation et ils ont diminué graduellement, mais nécessitant plus de temps que la trajectoire de résilience pour le retour à la condition psychologique d'avant les attaques.

Dans la prochaine partie, nous décrirons les résultats des recherches sur la résilience menées sur les victimes d'abus sexuel. Les types de maltraitance (abus physique, abus sexuel et négligence) seraient de natures différentes et influencerait les résultats de façon importante (English, Upadhyaya, Litrownik, Marshall, Runyan, Graham, & Dubowitz, 2005). Fergusson, Boden et Horwood (2008) ont démontré l'effet unique de l'abus sexuel comparé à l'abus physique dans le développement des symptômes.

Résilience et abus sexuel

On a constamment rapporté qu'une proportion aussi importante que la moitié des enfants victimes d'un trauma sexuel ne démontrait aucun symptôme pathologique associé à l'abus sexuel (Dumont, Widom, & Czaja, 2007; Finkelhor & Berliner, 1995; Hecht & Hansen, 2001; McClure, Chavez, Agars, Peacock, & Matosian, 2008). Bien que nous ayons connu une augmentation des publications sur la résilience et l'abus sexuel au cours des dernières années, relativement peu de recherches se sont attardées à comprendre les mécanismes de résilience des victimes abusées sexuellement et à documenter les facteurs de protection de façon exhaustive (Daigneault, Tourigny, &

Cyr, 2004; Eisold, 2005; Spaccarelli & Kim, 1995). Ces facteurs de protection sont associés aux facteurs de risque qui ont été décrits dans la partie précédente et l'évaluation de la résilience est déduite à partir de ces deux ensembles de facteurs. Les premiers favoriseraient la résilience alors que les seconds la diminueraient. Les facteurs de protection peuvent être autant des caractéristiques personnelles qu'environnementales (Daigneault, Hébert, & McDuff, 2009). Après avoir présenté des données épidémiologiques récentes sur la résilience en abus sexuel, nous abordons les facteurs de protection qui ont été le plus souvent documentés dans les recherches.

Dans une revue des écrits scientifiques sur l'abus sexuel et la résilience, publiés avant 2013, Domhardt et ses collaborateurs (2015) ont répertorié 37 articles à partir des bases de données les plus utilisées (PsycINFO, MEDLINE/PubMed, Web of Science, et PSYNDEX). Ces auteurs ont identifié une variété de facteurs individuels et environnementaux qui modéraient ou servaient de médiateurs pour l'adaptation positive des victimes abusées sexuellement à différentes périodes de leur développement. Dans l'ensemble des recherches consultées, on a trouvé chez les enfants et les adolescents, un taux de résilience qui allait de 10 à 53 % et ce taux était sensiblement le même chez les adultes (15 à 47 %).

On avait rapporté un taux relativement similaire (20 à 44 % de victimes résilientes) chez les enfants et les adolescents dans la dernière revue des écrits scientifiques sur la résilience incluant uniquement les facteurs de protection (Dufour, Nadeau, & Bertrand,

2001). Les auteures n'avaient cependant pas spécifié s'il s'agissait de résilience à court et à long terme. Par ailleurs, dans l'étude longitudinale de Linskey et Fergusson (1997) qui s'est poursuivie sur plus de 20 ans dans une population tout venant, on a démontré qu'à l'âge de 18 ans, 24,3 % des jeunes adultes abusés sexuellement durant l'enfance ou l'adolescence étaient résilients. Cette rare étude longitudinale a été conduite sur une cohorte néo-zélandaise de 1 025 enfants recrutés au hasard en 1977 sur une période de quatre mois et suivis depuis leur naissance jusqu'au début de l'âge adulte. Ces enfants ont été évalués à partir de plusieurs variables reliées à la santé mentale, à des facteurs sociaux et familiaux.

Les variations que l'on retrouve dans les taux de résilience des victimes d'abus sexuel sont attribuables, en grande partie, au nombre de variables utilisées dans les études, selon plusieurs chercheurs (Chandy et al., 1996; Daigneault et al., 2009; Spaccarelli & Kim, 1995; Wright, Fopma-Loy, & Fischer, 2005). Ainsi, plus les chercheurs incluent de variables liées à la résilience (absence de psychopathologie, fonctionnement adéquat aux niveaux comportemental, émotionnel et social), plus le pourcentage de victimes résilientes diminue (Domhardt et al., 2015). Le critère de sélection entre les résilients et les non résilients, le choix des domaines considérés (Chandy et al., 1996) et les instruments retenus par les chercheurs (Edmond, Auslander, Elze, & Bowland, 2006) peuvent aussi faire varier significativement le taux (Daigneault et al., 2004) (voir Tableau 2, p. 59).

Tableau 2

Études sur les adolescents abusés sexuellement et facteurs de protection

Étude	Devis	N Échantil- lon	Âge moyen (ET)	Facteurs de protection	% de résilients
Chandy, Blum, & Resnick (1996)	Transversal Étudiant	3051	15,37 (1,7)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Émotion élevée ▪ Attachement/famille ▪ Perception/santé ▪ Infirmière/école ▪ Religion/spiritualité ▪ Présence/ 2 parents ▪ Soutien/adultes ▪ Jeune âge 	9,6 %
Daigneault, Hébert, & McDuff (2009)	Longitudinal Clinique	86	14,6 (1,4) 11-17	Soutien paternel Empowerment Confiance interpersonnelle	34 % T1 - T2 23 % T2- 5 % T1
Daigneault, Tourigny, & Cyr (2004)	Transversal clinique	30	15,5 (1,4) 13-17	Révélation à un grand nombre de personnes	10-53 %
Edmond, Auslander, Elze, & Bowland (2006)	Longitudinal communauté	8,592	Adolescents	<ul style="list-style-type: none"> Liens familiaux Soutien/professeurs Soutien/adultes Sécurité/école Attribution de blâme externe 	50 %
Linskey & Fergusson (1977)	Prospective Longitudinal étudiant	1,025 (107 AS)	18 ans	Soutien parental dans l'enfance	24,3 %
Spaccarelli & Kim (1995)	Transversal clinique	43	10-17	Soutien parental	12 % sur 2 domaines: 25 % (sur 1 domaine)

Note. AS = abus sexuel.

T1, T2 = Temps 1, temps 2

L'étude des facteurs de protection a commencé depuis de nombreuses années, mais elle s'effectuait principalement dans le champ de la maltraitance (Luthar & Zigler, 1991; Masten & Garmezy, 1985; Werner & Smith, 1989, 1992). Les recherches ont souvent été associées aux catégories du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) comprenant: les facteurs internes reliés à la victime, les facteurs externes correspondant à la famille de la victime, les facteurs externes associés à l'environnement élargi de la victime et les changements dans le temps. Les résultats obtenus ont été divisés en trois groupes d'âge liés aux phases de développement (Steinberg, 1993).

Selon Domhardt et al. (2015), le facteur de protection qui ressort comme étant le plus important dans les recherches est l'éducation. Chez les adolescents et les adultes – pas chez les enfants – être plus convaincus de ses objectifs de scolarité (Edmond et al., 2006), atteindre un niveau élevé de performance académique, avoir des sentiments positifs à l'égard de l'institution scolaire (Pharris, Resnick, & Blum, 1997) et un plus grand engagement (Williams & Nelson-Gardell, 2012), contribue à la résilience.

La compétence émotionnelle et relationnelle ainsi que la confiance interpersonnelle chez les adolescents abusés sexuellement se révèlent aussi particulièrement importantes dans les recherches. En effet, les victimes résilientes doivent développer des compétences pour s'adapter émotionnellement et socialement dans des contextes où il y a des facteurs de risque spécifiques à l'abus sexuel comme la stigmatisation, la honte, le manque de confiance à autrui ou la culpabilité (Finkelhor & Browne, 1985). Par

exemple, Cha et Nock (2009) ont trouvé que la capacité à comprendre et à réguler les émotions était un facteur de protection contre les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Et la confiance interpersonnelle, qui n'a pas encore été mesurée dans plusieurs recherches, s'est montrée comme une fonction de protection puissante contre la psychopathologie (Daigneault, Hébert, & Tourigny, 2007).

Les recherches dans le domaine de l'abus sexuel ont en plus confirmé que l'optimisme, l'espoir (Williams & Nelson-Gardell, 2012) et le locus de contrôle (Daigneault et al., 2007) agissent comme des facteurs de protection chez les adolescents résilients. Ils apportent, en effet, une forte croyance en leur futur et les capacités nécessaires pour aborder en thérapie les thèmes reliés à l'abus sexuel. Un autre facteur de protection spécifique à l'abus sexuel, comparé aux autres types de maltraitance, est l'attribution externe de blâme qui atténuerait les sentiments de culpabilité qui est un facteur de risque important pour la psychopathologie. Breno et Galupo (2007) ont montré que les sentiments de pouvoir étaient associés à la résilience. Les victimes résilientes particulièrement, ne s'attribuaient pas le blâme, ils laisseraient plutôt à l'abuseur la responsabilité des actes d'abus sexuel (Dufour & Nadeau, 2001). Dans leur recherche, Chanowitz et Langer (1981) ont démontré, dans une population générale, que les personnes qui ont tendance à se blâmer constamment au lieu de s'accepter sont souvent dans le besoin, en quête d'affection et elles consacrent beaucoup d'attention et de ressources personnelles à nourrir ce besoin d'être valorisée pour compenser la perception négative d'elles-mêmes (déficits personnels).

Un des facteurs qui a reçu une attention particulière est le coping actif. Par exemple, dans une recherche sur les mères adolescentes – non abusées sexuellement – Arenson (1994) et Smith Battle et Wynn Leonard (1998) ont démontré que celles qui étaient résilientes étaient capables d'identifier leurs forces personnelles et d'utiliser des stratégies actives (comme la distraction, la recherche de soutien instrumental, émotionnel) quand elles sont confrontées à un stress quotidien ou à une situation adverse. Plus précisément, selon les résultats de cette recherche les adolescentes ont développé une habileté à maintenir un regard positif sur la vie qui les aidait à garder un espoir en un futur meilleur. Cette nouvelle habileté leur donnait l'énergie nécessaire pour acquérir des comportements sains par exemple, être plus active à prendre soin d'elle-même et de leurs enfants. De plus, selon Littrel (1998), les stratégies actives peuvent servir à gérer les émotions douloureuses générées par un traumatisme et augmenter l'adaptation positive de la victime.

Par contre, les stratégies actives n'agiraient pas comme agent protecteur pour la majorité des victimes, quel que soit leur âge (Domhardt et al., 2015). Parfois, la victime éprouve des difficultés à se mettre en action pour résoudre les problèmes quotidiens, les situations stressantes ou adverses. Ces comportements d'évitement peuvent aussi être associés aux symptômes de stress post-traumatique et être un frein à toute action au cours du processus de rétablissement. Une dernière explication pourrait être que les victimes soient aux prises avec un sentiment d'impuissance qui les empêche de se mettre en action par la suite (Finkhelor & Brown, 1985).

Enfin, dans la catégorie des facteurs familiaux, les résultats de cette revue des écrits scientifiques (Domhardt et al., 2015) montrent clairement que le soutien familial provenant de différentes sources – soutien parental ou de la personne protectrice, qualité des liens – protège les victimes qui ont vécu des abus sexuels (Chandy et al., 1996; Eisenberg, Ackard, & Resnick, 2007). Mais, pendant l'adolescence c'est le soutien des pairs qui apparaît être le facteur de protection le plus approprié pour les victimes qui doivent surmonter les effets négatifs de l'abus sexuel en plus de s'adapter aux changements majeurs liés à cette période développementale.

Les auteurs de cette revue des écrits scientifiques sur l'abus sexuel et la résilience (Domhardt et al., 2015), concluent en mentionnant que les futures recherches devraient porter davantage attention aux mécanismes sous-jacents à l'adaptation positive après la survenue d'un abus sexuel. De plus, ces auteurs suggèrent de concevoir la résilience comme un processus dynamique combinant de multiples dimensions du contexte social et développemental. Nous sommes d'avis qu'il y aurait beaucoup à retirer de ce nouveau courant pour améliorer notre compréhension du phénomène du phénomène de l'abus sexuel.

Dans la prochaine partie, nous abordons les instruments de mesure sur la résilience utilisés dans les recherches en abus sexuel. Ces instruments permettent d'évaluer la résilience des personnes confrontées à un événement traumatisant ou à de l'adversité.

Instruments de mesure de la résilience

Les études sur la résilience ont comme objectif principal l'identification des différences dans les caractéristiques individuelles ou environnementales chez les personnes ayant vécu un événement traumatisant pour repérer les déterminants ou les facteurs de protection qui favorisent l'adaptation positive de ces personnes. On compte plusieurs instruments de mesure qui se sont raffinés au cours des trois dernières décennies. Ayant acquis une plus grande flexibilité et efficacité à analyser une quantité d'information plus large, ces instruments nous permettent maintenant d'avoir une meilleure compréhension du processus de résilience.

Dans un premier temps, nous présentons les instruments de mesure sur la résilience qui ont été spécifiquement élaborés pour les populations d'adolescents et qui ont été suggérés par les chercheurs des deux plus récentes revues scientifiques (Ahern et al., 2006; Békaert, Masclet, & Caron, 2011).

Dans un second temps, les caractéristiques de trois instruments de mesure qui ont fait l'objet d'une traduction française sont décrites ainsi que leurs limites. Je termine cette section en mentionnant l'instrument de mesure qui a été sélectionné pour la présente étude.

La première recension est celle effectuée par Ahern et ses collaborateurs (2006) qui avait comme but d'analyser les propriétés psychométriques des instruments de mesure

sur la résilience et leur adéquation pour une population d'adolescents. Dans une première phase, les auteurs ont lancé une recherche à partir des termes *résilience* et *instruments* ou *échelles* dans plusieurs bases de données (*EBSCO*, *MEDLINE*, *PsycINFO* et *PsycARTICLES* et *Internet*). Cette étape leur a permis d'identifier six instruments de mesure spécifiques aux adolescents. Dans un deuxième temps, une autre recherche a ciblé uniquement les études qui ont été effectuées sur le développement psychométrique de ces six instruments. Les données recueillies ont été compilées dans un tableau permettant de comparer les instruments entre eux.

L'analyse des propriétés psychométriques a mis en évidence que deux de ces instruments (*Baruth Protective Factors Inventory Scale*, BPFI; *Brief-Resilient Coping Scale*) n'avaient pas été suffisamment testés dans des populations d'adolescents. Par contre, trois instruments de mesure (*Adolescent Resilience Scale*, ARS; *Connor-Davidson Resilience Scale*, CD-RISC; *Resilience Scale for Adults*, RS) ont fait l'objet de plusieurs recherches et montré de bonnes qualités psychométriques; toutefois, des études supplémentaires sur les adolescents sont nécessaires pour confirmer leur validité et de leur fiabilité. Ahern et ses collaborateurs (2006) ont rapporté que la *Resilience Scale* (Wagnild & Young, 1993) a été classée comme étant l'instrument de mesure le plus adéquat pour l'étude de la résilience dans une population d'adolescents en raison de ses propriétés psychométriques et de son utilisation dans tous les groupes d'âge (voir le tableau 3).

Plus récemment, une autre revue internationale des écrits scientifiques portant sur les instruments de mesure de la résilience des adolescents ayant été confrontés à un traumatisme a été publiée (Békaert, et al., 2011). Les auteurs de cette revue ont sélectionné 250 articles à l'aide de plusieurs bases de données numériques (*PsycINFO*, *PsycARTICLES*, *Pubmed* et *MEDLINE*) et de certains mots clés dont *resilience*, *scale*, *measure*, *assessment*, *protective factors*, *teenager* et *adolescent*. Les études consultées avaient été menées entre 1980 et 2010. Cinq instruments de mesure ont alors été sélectionnés et par la suite les caractéristiques de chacun ont été mises en évidence (ancrage, théorique, type de facteurs de protection, nombre d'items, etc.) ainsi que la validité, la fiabilité et les limites. Voici les cinq instruments de mesure retenus par les auteurs :

- *Resilience Scale for Adolescent* (READ) de Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge et Martinussen (2006);
- *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) de Connor et Davidson (2003);
- *Resilience Scale* (RS) de Wagnild et Young (1993);
- *Adolescent Resilient Scale* (ARS) de Oshio, Nakaya, Kaneko et Nagamine (2003);
- *Resiliency Scale* de Jew (1991).

Parmi ces instruments cités, trois ont été construits pour évaluer la résilience dans une population spécifique aux adolescents. Il s'agit de la READ, la CD-RISC et de la *Resiliency Scale*). Les deux autres instruments (ARS et RS) ont été construits pour

évaluer la résilience autant des adultes que des adolescents. Toutefois, même si la READ a été décrite comme un instrument spécifique aux adolescents.

Les auteurs ont aussi mentionné que ces instruments de mesure s'appuyaient sur des études antérieures ou sur des concepts théoriques de la résilience. Ainsi, la READ, la RS et l'ARS ont été construites à partir de plusieurs études portant sur la résilience et les facteurs de protection. Quant à la *Resiliency Scale* (RS), elle a été développée à partir du modèle théorique de Mrazek & Mrazek (1987) et la CD-RISC a été conçue à partir des travaux théoriques sur le stress, le coping et l'adaptation. Parmi ces cinq échelles, seules la READ, la CD-RISC et la RS ont été traduites en français.

Le tableau 3 montre les différentes caractéristiques des trois instruments de mesure qui ont été traduits en langue française. En outre, ces instruments ont été retenus par les auteurs des trois plus récentes recensions des écrits scientifiques (Ahern, et al., 2006; Békaert, et al., 2011; Windle, Bennett, & Noyes, 2011) sauf la *Resilience Scale for adolescents* (READ) qui a été publiée en 2006 la même année de publication que la revue de Ahern et ses collaborateurs (2006). Dans les trois recensions, ces instruments de mesure ont été classés parmi ceux ayant les meilleures qualités psychométriques ou étant adéquats pour évaluer la résilience des adolescents. En regard des dimensions et des items propres à chaque échelle, les instruments possèdent entre deux et cinq dimensions alors que les items varient entre 25 et 28.

Tableau 3

Caractéristiques des trois instruments de mesure de la résilience traduits

	Resilience scale for adolescents (READ)	Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	Resilience Scale (RS)
Auteur (s) et date de création	Hjemdal et al. (2007)	Connor & Davidson (2003)	Wagnild & Young (1993)
Dimensions	5 -Compétence personnelle -Compétence sociale -Style structuré -Cohésion familiale -Ressources sociales	5 -Compétence personnelle -Tolérance des affects -Acceptation du changement -Sens du contrôle interne -Spiritualité	2 -Compétence personnelle -Acceptation de soi et de la vie
Nombre d'items	28	25	25
Type d'échelle	Likert en 5 points	Likert en 5 points	Likert en 7 points
Fidélité test-retest	Pas indiquée	0,87	0,67 à 0,84
Consistance interne	Ensemble des échelles : 0,89	Ensemble des échelles : 0,89	Ensemble des échelles : 0,91
Validité	Validité convergente (symptomatologie dépressive)	Validité convergente (échelle de Kobasa)	Validité concurrente (dépression et échelle de satisfaction de la vie)
Objectif	Évaluation de la cohésion familiale et des aptitudes sociales	Évaluation des facteurs de protection personnels face au stress	Évaluation des facteurs de protection personnels/degree de résilience individuelle après un événement majeur
Limites	-Testé seulement sur des adolescents norvégiens (13-15 ans) -Moins de 6 observations pour l'analyse confirmatoire -Pas d'analyse factorielle exploratoire -Études supplémentaires nécessaires pour la validité et fiabilité -possibilité d'ajouter des items sur l'échelle <u>style structuré</u> pour améliorer la consistance interne	-Applications limitées -Évaluation des caractéristiques de résilience et non du processus -Procédure d'administration pas disponible -Intervalle de temps entre le test-retest pas mentionné -Possibilité d'intercorrélation entre les facteurs -Interprétation difficile des facteurs disparates -Application initiale dans une population africaine/structure pas mise à jour	-Création initiale sur des femmes âgées -Fidélité test-retest à réévaluer -Structure initiale pas confirmée sur une population russe.
Traduction	Française, portugaise, espagnole, lituanienne, anglaise	Chinoise, française	Allemande, suédoise, russe, espagnole, néerlandaise, italienne, française

De plus, tous les instruments utilisent une échelle de type Likert en cinq ou sept points. La consistance interne est élevée pour l'ensemble des échelles et sensiblement la même pour les quatre instruments (entre 0,91 et 0,94). La fidélité test-retest – accessible seulement pour deux d'autres études sont nécessaires entre autres pour la nouvelle version modifiée à 23 items dont la fidélité test-retest n'a pas été évaluée. Deux de ces instruments sont particulièrement pertinents pour la présente étude soit le CD-RISC et la RS. Le premier évalue la résilience en tant que capacité à faire face au stress. Son construit repose sur des notions utilisées dans notre étude soit le stress, le coping et l'adaptation. Le deuxième a pris sa source dans une étude qualitative mettant en évidence l'adaptation de 24 femmes ayant vécu un événement de vie majeur. Et l'abus sexuel peut être considéré comme un événement de vie majeur.

Toutefois, même si la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) est un instrument de mesure possédant les meilleures qualités psychométriques, certaines limites sont à signaler. Premièrement, dans l'ensemble des écrits scientifiques on remarque qu'il est peu représenté et que les procédures d'administration et de comptabilisation des scores n'ont pas été divulguées. Il n'y a pas d'items avec des scores inversés ce qui augmente les risques d'obtenir une évaluation de la résilience biaisée.

L'*Échelle de résilience* (RS) a été classée parmi les meilleurs instruments de mesure quant à ses qualités psychométriques. Selon les auteurs des deux revues, le fait qu'il ait été conçu à partir d'un échantillon de femmes âgées et qu'il ait été testé initialement sur

des femmes uniquement peut représenter une limite. La fidélité test-retest doit aussi être revue ainsi que la reformulation des items. Enfin, la description des procédures pour administrer l'instrument et comptabiliser les scores n'est pas mentionnée.

Malgré ses limites, la RS est la plus appropriée pour l'étude de la résilience dans une population d'adolescents selon Ahern et ses collaborateurs (2006). C'est une échelle qui a été utilisée fréquemment dans divers pays et sur différentes populations, dont des populations d'adolescents. Des notions de philosophie et de psychologie ont aussi été utilisées dans la conception de l'instrument, un aspect important en regard de notre étude qui vise à évaluer la résilience psychologique des adolescentes abusées sexuellement.

Dans cette partie, la résilience peut être appréhendée comme un processus où trois composantes sont présentes : les facteurs de risque, les ressources personnelles ou environnementales (facteurs de protection) et la combinaison ou le résultat de ces deux composantes (Ionescu, 2016). Le processus de résilience peut être possible dans un contexte, mais pas dans un autre ou à des étapes du développement, mais pas à d'autres. Cette manière de concevoir la résilience est actuellement prédominante. Certaines stratégies d'adaptation ont été considérées scientifiquement comme pouvant jouer un rôle important dans le processus de la résilience; il s'agit des stratégies de coping et des mécanismes de défense. Les deux prochaines parties de ce chapitre font l'objet de ces deux facteurs de protection.

Les stratégies de coping

Après plus de trente ans de recherche dans le domaine de l'abus sexuel, les stratégies de coping ont été identifiées comme un facteur déterminant dans l'adaptation des enfants, des adolescents et des adultes. Les recherches sur le coping ont progressé rapidement après qu'un groupe de chercheurs ait découvert chez les enfants abusés sexuellement, des symptômes similaires à ceux de victimes ayant vécu un autre type d'évènement traumatisique (par exemple un tremblement de terre, un accident, la guerre, etc.; Wolfe, Gentil, & Wolfe, 1989). Les chercheurs ont suggéré quelques années plus tard que l'abus sexuel pouvait être un des évènements stressants les plus sérieux et les plus sévères (Kleber, Draijer, & van der Hart, 1995) et environ 50 % des adolescentes abusées sexuellement présentaient des symptômes liés au trouble état de stress post-traumatique (TÉSPT; Bal et al., 2004). Les plus récentes recommandations de traitement pour les victimes d'abus sexuel mettent l'accent sur le développement de stratégies de coping permettant de contrer les séquelles émotionnelles et comportementales provoquées par l'abus sexuel (Kruczek & Aegisdottir, 2005). Les personnes qui ont recours à des stratégies de coping efficaces (par exemple la distraction chez les adolescentes) peuvent ressentir moins de détresse que celles qui emploient des stratégies moins adaptées (par exemple avoir recours à la drogue et à l'alcool). Par ailleurs, les stratégies de coping ont été reconnues comme des facteurs de protection dans les recherches sur la résilience. Elles ont été associées à une adaptation positive et au concept de flexibilité dans le cas d'un événement potentiellement stressant (Bonanno & Diminich, 2013).

Walsh et ses collaborateurs (2010) ont fait une recension des écrits scientifiques sur les stratégies de coping utilisées par les adultes ayant été agressés sexuellement dans l'enfance. Selon les résultats des recherches consultées, les stratégies de coping auraient une influence plus importante que les facteurs de risque reliés directement aux abus sexuels (âge de survenue, lien avec l'abuseur, type d'abus sexuel, etc.; Walsh et al., 2010).

Dans la présente section, une définition et une description, des stratégies de coping sont d'abord proposées. Nous décrivons par la suite les instruments de mesure du coping qui ont été les plus utilisés en recherche au cours des dernières décennies. Nous terminons cette partie par les recherches empiriques qui ont été menées sur des populations d'adolescents et d'adolescentes victimes d'abus sexuel dans leur enfance ou à l'âge de l'adolescence.

Définition

Les définitions du concept de coping se sont multipliées depuis son apparition dans l'ouvrage classique de Lazarus et Folkman (1984). Pour la présente étude, la définition de Lazarus telle que décrite par Ionescu (2010) a été retenue: « efforts cognitifs et comportementaux, en constant changement, déployés par une personne pour gérer les exigences spécifiques externes ou internes qu'elle évalue comme mettant à l'épreuve ou dépassant les ressources dont elle dispose » (p. 141). Nous avons choisi de reprendre la notion de Lazarus parce que premièrement, il en est le pionnier et comme l'explique

Ionescu, cette définition est le reflet d'un processus, ce qui est cohérent avec notre choix d'évaluer la résilience en tant que processus. La notion de coping implique que la personne *évalue* la situation et elle se distingue de la notion de *maîtrise* en mettant l'accent sur les efforts qu'elle fait.

Description des stratégies de coping

Dans l'ensemble des travaux, deux grandes catégories de coping sont évoquées par la majorité des auteurs : le *coping centré sur le problème* et le *coping centré sur l'émotion*. Le premier a pour objectif de résoudre le problème ou d'altérer la source de stress et le deuxième, de diminuer ou gérer la détresse émotionnelle associée au problème. Ces deux catégories sont utilisées selon les préférences de l'individu, sa personnalité, la situation de stress, etc. (Paulhan & Bourgeois, 1995).

Le coping centré sur le problème est celui où la personne se met en action dans le but de changer la situation. Elle peut ainsi augmenter ses ressources ou minimiser les exigences de l'évènement. Certaines stratégies sont utilisées spécifiquement pour enrayer le problème par l'action directe et la planification, d'autres sont mises en place pour favoriser la résolution du problème par la recherche d'information ou d'assistance. Ces différentes stratégies sont : l'analyse de la situation, la recherche d'informations ou de conseils, la consultation d'un spécialiste, l'élaboration d'un plan d'action, la priorisation, la planification du temps, l'attitude combattive, le désengagement comportemental, la distraction (investissement massif dans une activité, relaxation),

l'évitement, etc. Toutes ces stratégies de coping sont considérées comme étant efficaces sauf le désengagement comportemental et l'évitement. Le désengagement comportemental correspond à la réduction des efforts ou à l'abandon des tentatives pour résoudre le problème; le désengagement d'un but inaccessible peut parfois s'avérer une stratégie très adaptative, mais il peut plus souvent empêcher l'utilisation du coping efficace. L'évitement – qui renvoie à la fuite du problème – est une stratégie dommageable pour le bien-être et augmente la détresse (Paulhan & Bourgeois, 1995). Même si à court terme, cette stratégie peut s'avérer efficace (Bal et al., 2003). En général, le coping centré sur le problème est efficace dans des situations contrôlables où il agit pour réduire l'anxiété. Par contre, cette stratégie de coping peut être génératrice d'anxiété quand la personne fait face à des événements incontrôlables (Marx & Schulze, 1991).

Le coping centré sur l'émotion est celui où l'individu tente de réduire sa détresse émotionnelle en modifiant son attitude face à la situation perçue comme stressante par certaines stratégies : par exemple, les réactions agressives brusques et impulsives de l'adolescente, l'expression des émotions à quelqu'un. Le coping centré sur l'émotion est vu a priori comme un processus unique, il implique en fait plusieurs processus différenciables tels que la réinterprétation positive, le déni, la recherche de soutien émotionnel, le blâme de soi, l'expression des émotions et le recours à la pensée magique. Certaines stratégies aideront l'individu aux prises avec une situation de stress comme la réinterprétation positive qui a pour but de gérer la détresse émotionnelle au lieu de

combattre le stresseur, et où la personne exprime une plus grande force intérieure au sortir de l'épreuve.

D'autres stratégies de coping peuvent avoir des effets contrastés. Par exemple, la recherche de soutien émotionnel (le soutien moral, la recherche de sympathie ou de compréhension) peut s'avérer efficace si elle favorise le retour au coping centré sur le problème, mais elle n'est pas bénéfique quand elle est utilisée comme un déversoir d'affects sans rejaillissement dans l'action (Carver & Scheir, 1981). Le déni fait référence à la perception de la disparition de la menace ou à sa diminution ou à des pensées comme « ce n'est pas vrai », « il n'est rien arrivé », « ce n'est pas grave ». Carver (1997) a suggéré que le déni pouvait être utilisé pour diminuer la détresse émotionnelle dans les premiers moments de la situation de stress, mais à long terme, il empêcherait le recours à des stratégies plus fonctionnelles.

Enfin, il existe des catégories de coping qui ont été évaluées comme étant très peu fonctionnelles. Le blâme de soi où la personne se rend responsable en se faisant des reproches est souvent associé à un sentiment de culpabilité et de honte; de nombreuses recherches ayant évalué cette stratégie ont démontré qu'elle était « prédictrice » d'un ajustement au stress moindre (Bolger, 1990; McCrae & Costa, 1986). L'expression des émotions lorsque la personne s'exprime par des pleurs ou crises de colère n'est souvent pas adéquate comme stratégie de coping car la personne aura tendance à se centrer sur sa détresse émotionnelle (Carver & Scheir, 1981).

Au cours des années de recherches, d'autres regroupements des stratégies de coping ont été évoqués (Ionescu, 2010). Il y a, par exemple, le coping centré sur la recherche de soutien social où la personne ira chercher activement conseil ou assistance par l'obtention d'une écoute, d'informations ou d'aide instrumentale. Le coping d'anticipation, quant à lui, fait référence à l'utilisation de stratégies pour diminuer l'impact d'un évènement dont les probabilités qu'il se produise sont grandes. Et enfin, le coping proactif correspond aux efforts faits par l'individu afin de prévenir l'apparition probable d'un évènement ou de le transformer dans le cas où il arriverait. Il peut s'agir aussi, selon d'autres auteurs, d'efforts intentionnels faits par la personne, pour acquérir des ressources en vue d'une meilleure gestion d'objectifs et de croissance personnelle, au lieu de concentrer ses énergies pour gérer le risque.

En résumé, deux grandes catégories de stratégies de coping sont utilisées dans la majorité des recherches. Certaines stratégies sont considérées comme efficaces et d'autres présentent des effets contrastés. Enfin, il existe des catégories de coping qui sont très peu fonctionnelles. Dans la prochaine partie, nous présentons quelques instruments de mesure d'évaluation des stratégies de coping, utilisés dans des populations d'enfants et d'adolescents.

Instruments de mesure des stratégies de coping

Pour évaluer les manières dont les enfants et les adolescents font face au stress, les chercheurs ont utilisé quatre types de mesure, soit les autoquestionnaires, les entretiens

semi-structurés, l'observation des comportements et les comptes rendus faits par des personnes significatives. Certains instruments de mesure se concentrent sur un stresseur en particulier (accident de voiture, abus sexuel, etc.), alors que d'autres évaluent le coping en général (Ayers, Sandler, West, & Roosa, 1996). Le Tableau 4 (p. 78-80) présente sept instruments utilisés avec des populations d'enfants et d'adolescents. Les instruments ont été retenus soit parce qu'ils étaient traduits en français ou parce qu'ils représentaient le prototype de plusieurs autres mesures.

Le Children's Coping Strategies Checklist (CCSC; Sandler, Tein, & West, 1994) a comme intérêt, la qualité des items qui ont été construits initialement à partir d'entrevues avec des enfants. Ce questionnaire évalue le *coping* dispositionnel chez les enfants. Le choix des items, le développement et la révision ont été faits par l'analyse des items et l'analyse confirmatoire de facteur sur des échantillons antérieurs (Ayers et al., 1996). Sauf pour la sous-échelle « expression des émotions », les alphas sont comparables à ceux des autres instruments pour les enfants contenant des sous-échelles de longueur similaire. Toutefois, il s'adresse au coping en général et non aux situations de stress spécifiques comme l'abus sexuel.

Le How I Coped Under Pressure Scale (HICUPS; Ayers et al., 1996) est un questionnaire qui comprend 54 items regroupés en quatre sous-échelles (coping actif, distraction, évitement et recherche de soutien). Il évalue les stratégies de coping utilisées par les enfants et les adolescents quand ils sont confrontés à un problème spécifique.

Tableau 4

Liste des échelles de coping pour enfants et adolescents

Auteur(s) & mesure	Type / population	Stresseur	Format	Dérivation des échelles	Échelles de coping / consistance interne	Test/re-test de fidélité	Validité
Sandler, Tein, & West (1994): <i>Children's Coping Strategies Checklist (CCSC)</i> Ayers, Sandler, West, & Roosa (1996); <i>How I Coped Under Pressure Scale (HICUPS)</i>	Auto-questionnaire <u>Étude 1 :</u> N=217 Âge=9-13 ans 60% filles <u>Étude 2 :</u> N= 303 Âge: 8-12 ans 50% filles N=258 Âge=7-13 ans 44% filles	Coping général Stresseur choisi par l'enfant	45 items Fréquence : 4 points 54 items Fréquence : 4 points	Items sélectionnés par: entretiens, recherche de littérature ou de la théorie	Alphas : CCSC/HICUPS Coping actif/.89 Coping évitant/.73 Distraction/.80 Recherche de soutien/.78 Consistance interne (.34 à .72) Coping actif Coping évitant Distraction Recherche de soutien	Pas rapporté	CCSC / HICUPS validité de construit : satisfaction supérieure Structure de facteur stable (genre, âge, échantillon et stresseur) Structure de facteur stable (genre et âge)
Spirito, Stark, & Williams (1988); Spirito, Stark, Gil, & Tyc (1995): <i>Kidcope</i>	Auto-questionnaire N=437 Âge=12-18 ans 49% filles	Sphères spécifiques sélectionnées par le participant ou l'évaluateur Maladie relative à la pédiatrie/diabète	10 items version adolescent Fréquence : 4 points Version enfant : 15 items oui/non Associés au 10 catégories	Stratégies les plus populaires sélectionnées dans la littérature	Pas d'échelle spécifique dérivée; Solution problème Distraction Soutien social Retraitsocial Restructuration Autocritique Blâme d'autrui Régulation Pensée magique Résignation	Fidélité des items: moins d'une semaine (-.41 -.83) Stabilité au-delà de 10 semaines (.15-.43)	Corrélations des items avec d'autres échelles de <i>coping</i> sont plus élevées entre items conceptuellement similaires et les échelles du <i>Coping Strategies Inventory</i> (entre .33 et .77) et A-COPE (-.08 et .62)
Hakstead, Johnson, & Cunningham (1993): <i>Ways of Coping Checklist (WCCL)</i> modifié	Auto-questionnaire N=306 M'âge= 14.8 ans 50% filles	Événement le plus stressant dans le mois passé sélectionné par le sujet	68 items Fréquence 45 items Fréquence : 4 points Changements dans les mots (version adulte) pour 13 items	Analyse confirmatoire de facteur sur la structure de facteur adulte de Folkman & Lazarus (1985)	Centré sur le problème/.83 Recherche de support/.79 Évitement/.55 <i>Wishful Thinking</i> /.82	Pas rapporté	Pas rapporté

Tableau 4

Liste des échelles de coping pour enfants et adolescents (suite)

Auteur(s) & mesure	Type / population	Stresseur	Format	Dérivation des échelles	Échelles de coping / consistance interne	Test/re-test de fidélité	Validité
Phelps & Jarvis (1994): <i>COPE</i>	Auto-questionnaire N=484 Âge= 14-18 ans 45% filles	Événement le plus stressant dans les 2 derniers mois choisi par le sujet	60 items du test d'adulte Fréquence : 4 points	Consistance interne calculée sur les sous-échelles des adultes Normes séparées pour les garçons et les filles Analyse des principales composantes : 4 facteurs et deux échelles indépendantes	<u>Stratégies actives</u> : Coping actif (.66) Planification (.78) Suppression d'activités concurrentes (.69) Recherche de soutien instrumental (.72) <u>Stratégies d'évitement</u> : Dénì (.76) Désengagement comportemental (.66) Alcool/drogue (.75) <u>Stratégies centrées sur l'émotion</u> : Recherche de soutien émotionnel (.72) Expression des émotions (.80) <u>Stratégies d'acceptation</u> : Répression (.69) Réinterprétation positive (.68) Acceptation (.74) Désengagement mental (.51) Humour (.82) Religion (.87)	Pas rapporté	Pas rapporté
Carver, 1997 <i>Brief COPE</i> Version française : (Muller, Spitz, 2003)	Auto-questionnaire N=168 Âge= adultes de tout âge (pas étudiant) 66% filles Étude 1 dispositionnel N=934 étudiants universitaires (1 ^{er} cycle) Étude 2 (situationnel) N=250	Rappel événement + stressant dans derniers 2 mois Domaine de la santé (addictions aux drogues, sida, cancer du sein, dépression, vieillissement)	28 items : 14 échelles de 2 items Fréquence sur 4 points : important / très important	Construction empirique et théorique	<u>14 échelles</u> : Dispositionnel / situationnel : Coping actif (.68) Planification (.73) instrumental (.64) positive (.64) Acceptation (.57) Émotion (.71) Dénì (.54) Sentiments (.50) Blâme (.69) Humour (.73) Religion (.82) Distraction (.71) Toxicomanie (.90) Désengagement comportemental (.65) Alpha=.81; M=16.35, SD= 5.78	Pas rapporté	Version française : <u>Validité de structure théorique</u> conforme aux résultats obtenus Dispositionnel : GFI=.95 AGFI=.92 RMR=.03 Situationnel : GFI=.87 AGFI=.80 RMR=.06 <u>Validité externe</u> : <i>Estime de soi</i> (Rosengerg, 1979) <i>Échelle de stress perçu</i> (Cohen, 1983) <i>Questionnaire de Santé mentale</i> (Goldberg, 1972)

En ce qui concerne le *Kidcope* (Spirito, Stark, & Williams, 1988), il a de bonnes propriétés psychométriques, mais Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth (2001) y voient une faiblesse dans la clarté des items qui est souvent compromise par les échelles qui évaluent plus d'une stratégie. Par exemple, un des items représente quatre catégories de coping (coping évitant et isolement, régulation émotionnelle et solution de problème). De plus, certains items sont difficiles à interpréter étant donné qu'ils évaluent soit le but de la réponse au stresseur ou la stratégie pour atteindre ce but ou les deux en même temps. Par exemple, dans le questionnaire d'Ayers et al. (1996), l'item « faire quelque chose pour que les choses soient meilleures » peut inclure le but qui est la relaxation, la solution ou le soutien émotionnel.

Halstead, Johnson et Cunningham (1993) ont adapté le *Ways of Coping Checklist*, élaboré dans les années 70 à partir de la théorie de Lazarus et Folkman. Il évalue deux types de stratégies de coping : celles centrées sur l'émotion et celles centrées sur le problème. Plusieurs études ont essayé de reformuler les stratégies puisque la richesse des réponses n'était pas correctement représentée par ces deux facteurs. Ce test est encore largement utilisé pour des recherches spécifiques dans des domaines différents. Mais, Compas et ses collaborateurs (2001) ont fait une mise en garde concernant les questionnaires dérivés d'une population adulte comme c'est le cas pour cette version. Le fait d'ignorer les changements dans les stratégies de coping en fonction des stades développementaux devient problématique. Les auteurs ont mentionné qu'une étude a

utilisé le WCCL (Folkman & Lazarus, 1985) pour évaluer le coping chez les adolescents (Irion, Coon, & Blanchard-Fields, 1988) et que les coefficients alpha (0,40 à 0,73) étaient plus bas que ceux rapportés par l'étude de Halstead et ses collaborateurs (1993) qui allaient de 0,55 à 0,83.

Le *COPE* (Phelps & Jarvis, 1994) a été élaboré par Carver et Scheir (1981) pour se démarquer des outils précédents, notamment, selon la diversité des réponses possibles pour faire face au stress. Cet outil permet d'évaluer distinctement les réponses au stress. Des analyses factorielles ont permis de regrouper ensemble les sous-échelles qui convergent vers des thèmes concernant l'adaptation ou la non-adaptation. Des quatorze dimensions retenues, les sept premières échelles ont été élaborées à partir de modèles théoriques reconnus : le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) et le modèle d'autorégulation du comportement de Carver et Scheir (1981, 1998). Ces échelles comprennent le coping actif, la planification, la recherche de soutien social instrumental, la recherche de soutien émotionnel, l'expression des sentiments, le désengagement comportemental, la distraction pour les échelles théoriques. Les sept autres échelles qui ont été construites empiriquement sont le blâme, la réinterprétation positive, l'humour, le déni, l'acceptation, la religion et l'utilisation de substances. De plus, l'évaluation du coping peut se faire de deux façons différentes, soit par des questions concernant les manières habituelles de réagir au stress engendré par la vie quotidienne ou par des questions relatives à un stress spécifique. Les chercheurs ont aussi comparé le *COPE* à plusieurs échelles de personnalité examinant les traits

utilisé le WCCL (Folkman & Lazarus, 1985) pour évaluer le coping chez les adolescents (Irion, Coon, & Blanchard-Fields, 1988) et que les coefficients alpha (0,40 à 0,73) étaient plus bas que ceux rapportés par l'étude de Halstead et ses collaborateurs (1993) qui allaient de 0,55 à 0,83.

Le *COPE* (Phelps & Jarvis, 1994) a été élaboré par Carver et Scheir (1981) pour se démarquer des outils précédents, notamment, selon la diversité des réponses possibles pour faire face au stress. Cet outil permet d'évaluer distinctement les réponses au stress. Des analyses factorielles ont permis de regrouper ensemble les sous-échelles qui convergent vers des thèmes concernant l'adaptation ou la non-adaptation. Des quatorze dimensions retenues, les sept premières échelles ont été élaborées à partir de modèles théoriques reconnus : le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984) et le modèle d'autorégulation du comportement de Carver et Scheir (1981, 1998). Ces échelles comprennent le coping actif, la planification, la recherche de soutien social instrumental, la recherche de soutien émotionnel, l'expression des sentiments, le désengagement comportemental, la distraction pour les échelles théoriques. Les sept autres échelles qui ont été construites empiriquement sont le blâme, la réinterprétation positive, l'humour, le déni, l'acceptation, la religion et l'utilisation de substances. De plus, l'évaluation du coping peut se faire de deux façons différentes, soit par des questions concernant les manières habituelles de réagir au stress engendré par la vie quotidienne ou par des questions relatives à un stress spécifique. Les chercheurs ont aussi comparé le *COPE* à plusieurs échelles de personnalité examinant les traits

questionnaires élaborés au cours des années, rend difficile l'unification des données. Parmi les sept questionnaires que nous avons décrits, le *Brief Cope* apparaît le plus adéquat pour notre étude parce qu'il permet d'évaluer les réponses de coping de l'enfant et de mieux comprendre les choix individuels. Il a été en plus validé sur une population française et possède de bonnes propriétés psychométriques et sa forme abrégée est plus accessible aux adolescentes.

La prochaine section présente les recherches sur le coping qui ont été menées sur des populations d'adolescents.

Coping chez les adolescents abusés sexuellement

Nous avons constaté que très peu de recherches sur le processus de coping ont été menées sur des populations d'adolescents abusés sexuellement, comparé au nombre de recherches sur les adultes qui a, par ailleurs, connu un réel essor dans les vingt dernières années. Le coping s'est révélé être un indicateur important de l'adaptation face à une variété de problèmes de santé mentale autant chez les enfants abusés sexuellement (Chaffin, Wherry, & Dykman, 1997; Spaccarelli & Kim, 1995) que chez ceux qui ne l'ont pas été (Gomez & McLaren, 2006). En effet, la plupart des études empiriques suggèrent que l'utilisation de certaines stratégies de coping rend l'enfant à risque de développer des problèmes psychopathologiques (Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, & Saxe, 2005; Simon, Feiring, & Kobielski McElroy, 2010). De plus, Cole et Putnam (1992) ont suggéré que les stratégies de coping sont différentes à l'âge préscolaire,

scolaire et à l'adolescence tandis que Peterson (1989) décrit le coping comme un processus qui est très influencé par les vicissitudes du développement. Dans la prochaine section, nous présentons les stratégies de coping utilisées par les adolescents qui ont été les plus documentées dans les recherches sur l'abus sexuel et nous terminons en énumérant d'autres stratégies qui ont fait l'objet de quelques études seulement.

Coping évitant. Une des stratégies qui a retenu l'attention est le coping évitant, qui consiste en la répression et l'évitement des pensées et des émotions concernant l'abus sexuel. La majorité des recherches en abus sexuel indique que cette stratégie peut avoir une influence importante sur la sévérité et l'évolution des symptômes psychiatriques (Seiffge-Krenke, 2000; Spaccarelli & Kim, 1995) ainsi que sur le dysfonctionnement psychologique (Simon et al., 2010). Des recherches sur les enfants non abusés confirment que l'évitement et la répression des émotions peuvent être nocifs pour la santé mentale (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Il a été aussi démontré que la pérennisation de ces stratégies était associée à des symptômes post-traumatiques et à un risque élevé de revictimisation à l'âge adulte (Finkhelor et al., 2007). Shapiro et Levendosky (1999) ont découvert que le coping évitant (et les stratégies cognitives) était associé à la détresse psychologique chez les adolescentes âgées de 14 à 16 ans, immédiatement après l'abus sexuel.

Examinant après six ans avec des entrevues semi-dirigées 108 jeunes âgés de 8 à 15 ans qui avaient dévoilé un abus sexuel au cours des huit dernières semaines de la

première évaluation, Simon et ses collaborateurs (2010) ont montré que les jeunes qui avaient utilisé des stratégies d'évitement ont établi avec rigidité des schèmes automatiques de distanciation de l'abus sexuel, ce qui le banalisait. Cette distanciation permettait de fournir moins d'effort pour éviter de penser à l'abus sexuel, mais augmentait les difficultés d'adaptation sociale et risquait d'engendrer des problèmes de comportement externalisés comme la consommation d'alcool ou de drogue. Dans une autre recherche menée sur les adolescentes ayant vécu différents traumatismes, Bal et ses collaborateurs (2003) ont montré que les adolescentes abusées sexuellement utilisaient plus de stratégies de coping évitantes que les autres adolescentes. Les auteurs ont observé que les victimes d'abus sexuel qui utilisaient le coping évitant avaient rapporté moins de soutien de la famille, comparées aux adolescentes qui n'avaient pas rapporté d'abus sexuel et d'évènements stressants. Dans une autre recherche, Bal et ses collaborateurs (2003) ont trouvé que le coping évitant était utilisé par celles qui ressentaient une plus grande menace vis-à-vis de l'abus sexuel.

Plus récemment, Shapiro, Kaplow, Amaya-Jackson et Dodge (2012) ont exploré les liens entre le coping et les symptômes psychiatriques dans une étude longitudinale menée sur une population d'enfants abusés sexuellement. Les résultats ont montré que le coping évitant (agitation et distractibilité) prédisait 8 à 36 mois après l'entrevue de dévoilement, une variété de symptômes psychiatriques incluant des symptômes dépressifs, de stress post-traumatique, d'anxiété et de dissociation ainsi que des problèmes d'agression et d'attention. Enfin, dans une revue des écrits scientifiques,

Aldwin (1992) a démontré que les stratégies de coping utilisées immédiatement après l'exposition au traumatisme étaient différentes de celles qui sont utilisées plus tard. Par exemple, les stratégies d'évitement ont été considérées adaptatives pendant et immédiatement après le trauma, mais elles avaient tendance à être associées à la détresse quand elles se pérennisaient. Malgré les résultats de ces recherches, l'association entre le fonctionnement psychologique et le coping évitant n'est pas encore confirmée par la majorité des recherches (Bonanno, Keltner, Holen, & Horowitz, 1995; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; Shapiro et al., 2012; Simon et al., 2010).

Certaines stratégies d'évitement ont été peu documentées, mais elles ont fait l'objet de quelques recherches sur les adolescents. Il s'agit, pour la plupart, de stratégies inefficaces – comme la pensée magique, la consommation d'alcool et de drogues, le désengagement (bloquer les pensées ou le retrait social) – qui sont utilisées par des adolescentes ayant été victimes d'abus sexuel intrafamilial et ces stratégies de coping sont associées à la détresse (Johnson & Kenkel, 1991). Dans une étude longitudinale, menée sur sept années sur une cohorte d'adolescentes et de jeunes adultes, Bonanno, Noll, Putnam, O'Neil et Trickett (2003) ont trouvé que les stratégies de coping répressives et dissociatives étaient en relation avec la symptomatologie traumatisante et le dévoilement de l'abus sexuel. Leurs données ont révélé que parmi 48 victimes abusées sexuellement, référencées à la protection de la jeunesse, le refus de déclarer l'abus sexuel avait tendance à être codé comme « répressif » alors que la divulgation était liée à une plus grande dissociation. Il a été aussi démontré que la dissociation était corrélée

négativement avec l'expression émotionnelle et positivement avec le TÉSPT et les symptômes internalisés et externalisés.

Expression des émotions. En contraste avec les stratégies d'évitement, l'expression des émotions reliées à des évènements négatifs, n'a pas été associée avec le fonctionnement psychologique dans la majorité des recherches. En effet, l'expression des sentiments et le soutien émotionnel agissaient en tant que facteur de protection (Chaffin et al., 1997) selon le contexte et la manière dont ces stratégies sont utilisées. Par exemple, certaines formes d'expression émotionnelle comme la réinterprétation positive réduisent efficacement les symptômes psychologiques et psychiatriques alors que d'autres comme les ruminations, augmentent la sévérité des symptômes (Ayduk & Kross, 2008, 2010). En ce qui concerne les résultats sur la dysrégulation émotionnelle, certaines études ont montré que la révélation et la discussion concernant l'abus sexuel étaient bénéfiques pour certains enfants (Spaccarelli & Kim, 1995), mais récemment, Cantón-Cortés et Cantón (2010) ont démontré le contraire. Le fait de décrire avec trop de détails les circonstances entourant l'abus sexuel peut créer une plus grande détresse chez l'enfant (Elliot & Briere, 1994). En effet, l'enfant se met à revivre l'événement comme s'il se produisait à nouveau.

Blâme de soi. Selon plusieurs sources scientifiques, l'impact émotionnel peut représenter le défi majeur pour la guérison (Finkelhor & Browne, 1985; Spaccarelli & Kim, 1995), en particulier la honte et l'humiliation (Feiring et al., 2002; Gibson &

Leitenberg, 2001; Negrao II, Bonanno, Noll, Putnam, & Trickett, 2005). Spaccarelli et Kim (1995) sont parmi les premiers chercheurs qui ont étudié l'impact des stratégies de coping sur l'adaptation des enfants et adolescents abusés sexuellement. Ils ont démontré que les enfants et les adolescents abusés sexuellement qui utilisaient plus souvent les attributions cognitives négatives, comme le blâme de soi, manifestaient davantage de symptômes internalisés (dépression, anxiété, dysrégulation émotionnelle, etc.), comparés aux victimes qui démontraient plus de problèmes externalisés (problèmes de comportement), et ce, quelle que soit la sévérité des abus sexuels (Bal et al., 2009; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001).

Le blâme de soi a aussi été associé aux symptômes de stress post-traumatique selon Feiring et ses collaborateurs (2002). Dans une recension des écrits, Valle et Silovsky (2002) ont rapporté que les attributions internes de blâme relatives à l'abus sexuel étaient associées à une moins bonne adaptation, à une estime de soi plus faible, à un plus grand nombre de symptômes post-traumatiques et à la dépression. Dans une étude québécoise, menée auprès d'adolescentes âgées entre 13 et 17 ans, Daigneault et ses collaborateurs (2006) ont évalué le rôle médiateur des attributions de blâme entre l'abus sexuel et les symptômes post-traumatiques. Les résultats ont démontré que les attributions de blâme médiatisaient les attributions spécifiques à l'abus sexuel et six symptômes : anxiété, dépression, préoccupations sexuelles, stress post-traumatique, dissociation et colère.

D'autres chercheurs ont découvert que le blâme de soi diminuait progressivement avec le temps. Feiring et Cleland (2007), dans leur étude longitudinale effectuée auprès d'enfants âgés de 8 à 15 ans, ont examiné les attributions de blâme faites par les victimes au cours des six années après le dévoilement et ils ont démontré que les enfants avaient une tendance décroissante à se blâmer et ils attribuaient davantage le blâme à l'abuseur au fil du temps. Les enfants semblent s'attribuer plus de blâme quand ils répondent aux questionnaires que lors des entrevues semi-dirigées; toutefois, les attributions de blâme à l'abuseur n'ont pas été significativement associées aux symptômes. Dans la prochaine partie, nous abordons les stratégies de coping utilisées par les adolescentes abusées sexuellement qui jouent un rôle positif dans l'adaptation au traumatisme.

Résilience et efficacité des stratégies de coping

Les stratégies de coping efficace sont intimement liées au processus de résilience, étant donné qu'elles favorisent une bonne adaptation et un bon fonctionnement à court et à long terme. Elles diffèrent selon les stades et les vicissitudes du développement (Cole & Putnam, 1992), selon les types de stresseurs et le moment où elles sont utilisées (Coyne & Racioppo, 2000). En général, il est reconnu que le coping actif (ou stratégie d'approche) est associé à une meilleure adaptation alors que le coping évitant augmentait la détresse (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988; Johnson & Kenkel, 1991). Cette section traite principalement des stratégies de coping efficaces utilisées par les adolescents.

Une première stratégie de coping qui s'est montrée efficace chez les adolescents est la recherche de soutien. Dans son étude sur les adolescents âgés de 12 à 18 ans, Bal et ses collaborateurs (2003) ont trouvé que les adolescents qui rapportaient un bon niveau de soutien de la part de leur famille manifestaient moins de symptômes post-traumatiques. Le soutien de la famille permet aux adolescents de parler de leurs souvenirs liés à l'évènement stressant ou traumatisant et d'exprimer leurs émotions. Ainsi, le bien-être des adolescents est associé à des affects positifs, à une stabilité dans une situation quotidienne et à la reconnaissance de soi. Le soutien familial est perçu, à certains moments, plus importants que le soutien des pairs.

Des études ont confirmé qu'un soutien familial satisfaisant à l'adolescence a souvent été associé à la diminution de la détresse et des problèmes de comportement et à une plus grande satisfaction de la vie (Dumont et al., 2007). Par contre, Daigneault et ses collaborateurs (2006) ont montré que la recherche de soutien était corrélée avec une augmentation des préoccupations sexuelles au lieu d'être associée avec un fonctionnement positif. Il est donc fort probable que le soutien soit efficace s'il est satisfaisant. Enfin, dans une étude qualitative portant sur 26 adolescents abusés sexuellement, Schönbucher, Maier, Mohler-Kuo, Schnyder et Landolt (2014) ont montré que les adolescents percevaient le soutien parental comme étant nécessaire, mais qu'ils étaient plus satisfaits du soutien reçu par leurs pairs. Par ailleurs, les adolescents ont exprimé qu'ils désiraient recevoir plus de soutien émotionnel de leurs parents pour les aider à s'adapter après un abus sexuel.

Une autre stratégie qui est souvent utilisée par les adolescents pour maintenir une bonne adaptation est le coping actif (prise de décision cognitive, résolution directe de problème, recherche de compréhension, réinterprétation positive). Les études sur le divorce ont montré que les stratégies de coping actives, comme la pensée positive ou le fait de solutionner activement les problèmes, étaient associées à une bonne adaptation au stress des enfants et des adolescents (Sandler, et al. 1994). Par contre, Bal et ses collaborateurs (2009) n'ont pas trouvé de relation significative entre le coping actif et les symptômes, probablement à cause de la complexité du processus de coping actif immédiatement après le dévoilement de l'abus sexuel. L'utilisation du coping actif face à un évènement non traumatique est associée à un nouveau défi contrairement à un évènement traumatisant sérieux qui implique de faire face à l'émergence des souvenirs reliés aux affects douloureux. Les auteurs ajoutent qu'au moment de la crise du dévoilement, il est préférable d'utiliser le coping actif en alternance avec le coping évitant afin de permettre une meilleure adaptation après l'abus sexuel. Roth et Newman (1993) ont expliqué qu'une bonne adaptation est caractérisée par une flexibilité et un changement dans le choix des stratégies pour faire face à un stress.

Les recherches suggèrent aussi d'accorder une plus grande l'importance au fait que les victimes résilientes ont besoin de trouver un sens à l'abus sexuel dont elles ont été victimes (Walsh et al., 2010). On a trouvé, par exemple, dans une recherche constituée d'une cohorte de 60 mères rapportant un abus sexuel dans l'enfance (Wright, Crawford, et Sebastian, 2007), que la stratégie cognitive de « faire du sens » avec l'expérience de

l'abus sexuel était associée à une diminution de l'isolement social et à une meilleure adaptation générale.

Le soutien social est aussi apparu comme ayant un rôle médiateur, et ce, dans plusieurs études; en effet, les chercheurs ont démontré que le soutien social et les autres stratégies de coping médiatisaient la relation entre l'abus sexuel et l'adaptation à l'âge adulte (Frazier, Tashiro, Berman, Steger, & Long, 2004; Guelzow, Cornett, & O'Dougherty, 2002; Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold, & Milner, 2001; Runtz & Schallow, 1997; Wyatt & Newcomb, 1990).

Les stratégies de coping et le soutien social ont aussi été examinés en fonction des changements positifs qui se sont produits après avoir été victime d'abus sexuel. Ces changements positifs font référence aux progrès dans le moi (plus grande habileté de prendre soin de soi), aux relations améliorées (relations familiales), au vécu philosophique et spirituel positif (plus grand sens de finitude dans la vie), et à une plus forte empathie (Frazier et al., 2004). Enfin, Frazier et ses collaborateurs (2004) ont évalué les trajectoires individuelles de femmes ayant vécu un viol ($N = 171$) sur une période de quatre ans. Parmi les femmes adultes se présentant à l'urgence après avoir vécu un viol, 36 % ont rapporté un abus sexuel dans l'enfance. Les chercheurs ont suggéré qu'une augmentation des changements positifs dans les deux semaines après le viol était associée à l'étendue du réseau social, et cette relation était médiatisée par les stratégies de coping positives, en l'occurrence les stratégies centrées sur le problème et

la religion (Frazier et al., 2004). De plus, la capacité de se percevoir en contrôle dans le processus de guérison médiatisait presque entièrement la relation entre le soutien social et les changements positifs de la vie.

En résumé, des recherches récentes sur la résilience des victimes d'abus sexuel mettent en évidence que plusieurs stratégies de coping sont associées avec une adaptation positive des victimes après un abus sexuel. Parmi celles-ci, il y a le coping actif, la recherche de soutien en particulier chez les enfants et les adolescents alors que la recherche de sens et de plusieurs stratégies d'approche sont utilisées pour s'adapter à long terme.

À côté des stratégies de coping, une autre variable s'est imposée dans le champ de la résilience au cours des dernières décennies: il s'agit des mécanismes de défense. Ce concept psychanalytique, élaboré dans un premier temps par S. Freud, fait l'objet de la prochaine partie.

Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense constituent un des concepts clés de la psychanalyse, mais aussi de la psychopathologie et de la psychothérapie. Après avoir été délaissés « en raison de la purification notionnelle opérée dans le contexte de la psychopathologie athéorique et des excès de la révolution cognitive » (Ionescu, Jacquet, & Lhote, 2012, p. 4), ils sont revenus en force dans des domaines aussi variés que la prévention et la

psychoéducation pour la santé, la médecine des problèmes de somatisation ou la sélection du personnel, pour ne nommer que ceux-là.

Ce concept s'est imposé en plus dans de nouvelles directions de recherche comme l'approche développementale (ontogenèse et cycle de vie), l'approche quantitative comportementaliste (évaluation) ou cognitiviste (relations avec les stratégies de coping).

Dans un premier temps, nous proposons une définition des mécanismes de défense. Puis, nous décrivons les fonctions pathologiques et adaptatives des mécanismes de défense, les différentes approches qui se sont succédé, les instruments de mesure développés depuis l'essor important qu'ils ont connu, et les recherches empiriques menées sur une population d'adolescents. Nous terminons le chapitre en abordant les liens possibles entre les mécanismes de défense, la résilience et les stratégies de coping.

Définition et regroupements des mécanismes de défense

Dans cette sous-section, nous présentons d'abord la définition des mécanismes de défense que nous avons retenue parmi les nombreuses qui ont été élaborées par les chercheurs depuis sa conception. Nous décrivons par la suite les fonctions adaptatives et pathologiques des défenses.

Définition. Sigmund Freud a été le premier à décrire en 1894 (1894/1974) les mécanismes de défense. Il les avait alors défini comme des méthodes inconscientes qui

étaient déployées par l'individu en vue de lui permettre de contenir ou de masquer l'anxiété et la détresse.

En 1936/1993, Anna Freud qui désirait poursuivre l'œuvre de son père, devient la première à publier un ouvrage sur les mécanismes de défense, *Le Moi et les mécanismes de défense*. Par la suite, et depuis maintenant plusieurs dizaines d'années, d'autres domaines que la psychanalyse se sont intéressés à l'étude des mécanismes de défense. Par exemple, ce concept a été introduit dans le DSM-III et une échelle d'évaluation a été élaborée dans le DSM-IV-TR. Même si elle a été disparue du DSM-V, il a été néanmoins admis qu'il est impossible de bien saisir les aspects pathologiques et adaptatifs de la personnalité sans le recours à des mécanismes de défense. Les définitions des mécanismes de défense sont nombreuses, car chaque auteur ou presque élabore sa propre définition. C'est pourquoi, dans leur ouvrage sur les mécanismes de défense, Ionescu et ses collaboratrices (2012) présentent une analyse détaillée des définitions les plus populaires et suggèrent une définition après avoir dégagé les points communs et de désaccords de neuf d'entre elles :

les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations – comportements, idées, ou affects – peuvent être inconscients ou conscients (p. 27).

Fonction pathologique ou adaptative. Anna Freud voyait les défenses comme étant uniquement pathologiques, les recherches plus contemporaines en ont suggéré une double fonction, soit celle qu'elles peuvent être adaptatives ou pathologiques (Vaillant,

1992). Les liens qui ont été établis entre les mécanismes de défense et la pathologie sont restés, pour Anna Freud, présents jusqu'à la fin de sa vie, même si certains auteurs lui ont fortement suggéré de différencier les défenses qui amènent la pathologie et celles qui l'éloignent.

Pour Fenichel (1945), il y a des défenses qui réussissent et d'autres qui échouent. Il regroupe sous le terme de sublimation celles qui réussissent en n'empêchant pas la décharge de la pulsion : le passage de la passivité à l'activité ou le renversement dans l'opposé. Les défenses qui échouent sont pathogènes, car elles sont utilisées de manière trop fréquente et continue. Elles demandent une grande charge d'énergie, beaucoup d'efforts et elles deviennent appauvrisantes, car l'individu ne peut se mouvoir que dans un champ limité par son organisation défensive.

Shentoub et Debray ont montré dans une recherche menée en 1969, dans un groupe d'enfants âgés de 8 à 11 ans, que les enfants appartenant à la catégorie clinique « variations de la normale » présentaient au TAT, des mécanismes de défense souples et variés. Il existait ainsi un rapport harmonieux entre les différents mécanismes mis en œuvre, aucun n'étant prédominant au détriment de l'autre.

Mais, le rôle joué par les mécanismes de défense comme fonction adaptative dans des situations adverses a été reconnu sans ambiguïté par de nombreux spécialistes dont Cramer (1979), Haan (1969), Vaillant (1971) et plusieurs autres. Selon Vaillant (1992),

les défenses peuvent être adaptatives même quand elles sont réfutables, perturbées, incohérentes.

Il a été reconnu que certains mécanismes de défense peuvent favoriser l'homéostasie psychique et avoir une influence très positive sur l'adaptation de la personne à son environnement. Vaillant (1993) a proposé cinq caractéristiques d'une défense adaptive :

- les défenses adaptatives réduisent la douleur plutôt que de la faire disparaître. Par exemple, les enfants utilisaient l'anticipation pour déjouer les sensations désagréables vécues chez le dentiste, en reproduisant la scène avec d'autres enfants (Freud, 1936/1993). L'anticipation serait supérieure à la répression (tentative de rejet volontaire, hors du champ de conscience) et à la formation réactionnelle (transformation permanente des tendances inacceptables en tendances opposées);
- les défenses adaptatives sont envisagées dans une perspective temporelle où les effets positifs se répercutent à plus long terme. L'anticipation, par exemple, est plus adaptée que le passage à l'acte. La première permet à la personne de ressentir des émotions face à un problème et de s'y préparer en échafaudant des solutions alternatives pour le prévenir ou le contrôler. Le passage à l'acte, par contre, a une visée à très court terme caractérisée par l'impulsivité et l'imprévisibilité, sans tenir compte des conséquences ultérieures pour soi ou pour les autres;

- les défenses sont adaptatives si elles sont utilisées en fonction de la situation. Par exemple, même si la défense de mise à l'écart et d'anticipation sont toutes les deux hautement adaptatives, une seule peut s'avérer être plus efficace dans des conditions spécifiques. Vaillant (2000) donne comme exemple, un homme qui s'est retrouvé 40 pieds sous l'eau pendant la Deuxième Guerre mondiale, son appareil de respiration ne fonctionnant plus. Après avoir évalué la situation, cet homme a décidé de rejeter volontairement et involontairement, hors de son champ de conscience, ses émotions et ses pensées. Il n'a ni prié, ni élaboré de plan (anticipation), il n'a fait qu'attendre d'être secouru;
- pour être adaptative, la défense doit travailler à la canalisation des sentiments au lieu de les bloquer. La mise à l'écart, par exemple, implique une décision semi-consciente permettant de garder une légère attention sur la pulsion ou le conflit. Ce qui n'est pas le cas pour l'isolation qui élimine l'affect ou pour le refoulement qui ne permet pas la prise de conscience;
- les mécanismes de défense qui rendent la personne agréable et attrayante favorisent son adaptation dans l'environnement (par exemple, quelqu'un qui favorise la conciliation au lieu d'exprimer ses sentiments agressifs).

En conclusion, les mécanismes de défense peuvent être pathogènes – terme utilisé par S. Freud – sans conduire à la pathologie (Ionescu et al., 2012). Ainsi, la présence des défenses n'indique jamais que l'individu est malade, mais qu'il peut les utiliser de manière trop rigide, inappropriée aux réalités internes et externes ou qu'il emploie

toujours le même type (Bergeret, 1972). Par exemple, la défense de l'isolement pathologique ou de la dissociation du stress et de la douleur, une perturbation qui était défensive à l'origine, voire adaptative, peut devenir une façon de réagir dans toutes les relations intimes subséquentes et rendre la personne vulnérable au stress interpersonnel plus tard dans sa vie, car ces mécanismes bloquent toutes informations liées aux situations de stress.

Maintenant que nous avons défini les mécanismes de défense et décrit leurs fonctions, nous abordons les différents courants qui se sont développés au cours de l'évolution de ce concept.

Approche chronologique. Freud a été le premier à voir une chronologie dans le développement des mécanismes, soit dans les années 1915 où il a suggéré que les défenses allaient d'un stade moins organisé à un autre stade plus organisé. Anna Freud (1936/1993) a repris plus tard les suggestions de son père et tenté de répondre aux préoccupations qu'elle avait concernant le développement du moi: quelles défenses viennent en premier, comment définir une défense primitive ou sophistiquée. Même si elle n'a pas terminé ce travail comme elle l'aurait souhaité, quelques conclusions peuvent être tirées de ses écrits, entre autres qu'il est difficile d'établir une chronologie dans les défenses, mais elle a clarifié que l'apparition des défenses nécessite certaines conditions préalables (Sandler, 1989). Par exemple, le refoulement exige une structuration de la personnalité, c'est-à-dire que le moi et le ça soient différenciés;

l'identification est possible seulement si la période de fusion est terminée; la sublimation ne peut se développer sans les valeurs du surmoi.

A. Freud affirme aussi que l'utilisation des mécanismes de défense serait normale à certains âges et dangereuse avant ou après, et qu'une défense peut changer dans le temps et démontrer une séquence développementale (Sandler, 1989).

Au fil des années et des recherches, il a été établi que le déni était une défense précoce. Selon Cramer (1991), la plus grande utilisation du déni se ferait entre les âges de 2 et 3 ans, mais on observerait une diminution de son utilisation de l'âge de 5 ans à l'adolescence. L'utilisation de la projection, par contre, serait plus fréquente vers la fin de l'enfance et à la préadolescence. C'est ce qui a été confirmé par une étude longitudinale effectuée auprès de 150 enfants évalués à 11, 12 et 18 ans (Cramer, 2007). Les adolescents auraient, quant à eux, plus fréquemment recours à l'identification (Cramer & Gaul, 1988) et à l'intellectualisation, cette dernière défense étant utilisée aussi par les adultes. Dans une autre étude, on a constaté que certaines défenses (hypocondrie, activisme, formation réactionnelle, déni en fantaisie et retournement contre soi) diminuaient de la fin de l'adolescence à l'âge adulte alors que d'autres défenses (altruisme, sublimation, répression et anticipation) seraient utilisées de façon de plus en plus fréquente au fur et à mesure que la personne avançait en âge (Bond, Gardner, Christian, & Sigal, 1983).

Classification. Quand Anna Freud (1936/1993) a tenté de faire une classification des défenses, elle a évoqué le fait que les défenses pouvaient avoir lien avec l'angoisse. Une de ses contributions a été de suggérer que le déni est utilisé pour faire face aux peurs de castration et à la perte des personnes importantes. Malgré son désir de compléter une classification des défenses, elle n'a jamais publié le travail qu'elle a fait.

Deux classifications entre autres ont porté sur les modes d'action et sur les styles défensifs. Il y a celle de Verwoerdt (1972) qui a classé les mécanismes de défense selon la manière de réagir quand la personne est confrontée à la menace : (1) la défense du retrait face à la menace, par exemple l'hypocondrie; (2) celle de l'exclusion de la menace de la conscience comme le déni, la répression, la rationalisation, la projection et l'introjection; et finalement, il y a (3) celle de la maîtrise des menaces comme l'intellectualisation, l'isolation, le recours aux conduites contre-phobiques ou à la sublimation. Quand à l'autre classification, celle d'Ihilevich et Gleser (1991). Les auteurs suggèrent de classer les défenses en cinq styles défensifs généraux qui ont été extraits des réponses données par 352 étudiants et étudiantes universitaires à trois histoires conflictuelles. Les cinq styles ont une portée assez large puisqu'ils permettent d'inclure les mécanismes de défense déjà connus. Le premier, « se tourner contre l'objet » est caractérisé par une contre-attaque excessive et inadéquate visant la source de menace. Le deuxième style fait référence à la « projection » qui pousse la personne qui se sent hostile ou rejetée à reprocher à l'autre des intentions malveillantes inventées à partir de faits déformés. La personne qui « joue sur les principes » fait des tentatives

pour taire un conflit interne ou une menace externe. En apparence, elle accepte les principes généraux et crée l'illusion de bien comprendre ce qui se passe. Elle maintient ainsi une bonne estime d'elle-même et un sentiment d'être en contrôle. « Tourner contre soi » la colère, les injures excessives ou l'hostilité non fondée dans des situations de conflits ou de danger en imaginant le pire, en étant pessimiste ou masochiste, donne à la personne ayant une estime de soi vulnérable, l'illusion de contrôler ce qu'elle perçoit indésirable ou menaçant. Enfin, le « renversement » est utilisé dans le but de diminuer la menace interne ou externe en modérant leur importance ou en le rejetant complètement hors de la conscience. Ainsi, la personne prend une attitude positive ou neutre face à frustration.

L'étude sur les classifications des mécanismes de défense a peu à peu fait place à une autre approche, soit celle de la hiérarchisation de ces mécanismes. Même si en 1962 Engel a publié une hiérarchie développementale des défenses et un an plus tard, Menninger (1954) les a associées à la psychopathologie, selon Vaillant (1971), la première hiérarchie a été validée en 1971.

Hiérarchisation. La hiérarchisation s'est imposée suite à de nombreuses recherches effectuées sur l'évolution des troubles mentaux ou la réussite de la vie et les mécanismes de défense. Cette nouvelle approche dite « verticale » s'est intéressée à hiérarchiser les mécanismes de défense en fonction de leur degré de complexité ou de la distorsion de la réalité, sans tenir compte de l'ontogenèse des défenses ou à tout le moins, très peu.

C'est avec Vaillant (1971) que les premières données empiriques sont venues confirmer qu'il existait bel et bien une hiérarchisation des mécanismes de défense. Dans son étude sur les « hommes de Boston », où il évalue de façon répétée, des sujets de milieux sociaux défavorisés et âgés entre 14 et 47 ans, Vaillant, Bond et Vaillant (1986) ont découvert que le niveau de maturité des mécanismes de défense était corrélé aux mesures de la santé mentale, à la maturité émotionnelle et au degré de compétence sociale, prises à l'adolescence. Une corrélation a aussi été établie entre la maturité des défenses et une meilleure santé mentale quand les conditions sociales et familiales de l'enfance étaient défavorables, montrant ainsi que des défenses adaptées peuvent permettre de surmonter les difficultés initiales d'un milieu négatif.

Dans une étude prospective, « Grant Study », Vaillant (1971) a examiné 30 histoires de vie, du groupe des hommes de Harvard (268 étudiants entre 1941 et 1944) qui ont été suivis depuis leurs années collégiales (18 ans) jusqu'à l'âge de 48 ans. À partir de vignettes qu'il écrivait à chaque entretien réalisé sur une base périodique, Vaillant a recueilli 18 mécanismes de défense associés à des moments stressants de leur vie qu'il a hiérarchisé en quatre niveaux : (1) les défenses « narcissiques » ou psychotiques (la projection délirante, le déni psychotique et la distorsion); (2) les défenses « immatures » (la projection, la fantaisie schizoïde, l'hypocondrie, l'agression passive et l'activisme); (3) les défenses « névrotiques » (l'intellectualisation, le refoulement, la formation réactionnelle et la dissociation); et (4) les défenses « matures » (l'altruisme, l'humour, la mise à l'écart, l'anticipation et la sublimation). De plus, un évaluateur étranger à l'étude

a été mandaté pour calculer les scores d'adaptation pour chaque participant. Ces scores, allant de 0 à 8, étaient établis selon la réussite universitaire, la réussite professionnelle et conjugale et la santé physique. Les 30 hommes ont été classés comme ayant une très bonne adaptation (scores 7-8), une bonne adaptation (scores 5-6) ou une adaptation passable (score 4 ou moins). L'adaptation plus réussie a été associée avec des mécanismes de défense matures. Vaillant (1976, 1977) a confirmé par la suite que les défenses matures devenaient plus nombreuses avec le temps et que cela avait une influence sur les capacités au travail ainsi que d'aimer.

L'Association psychiatrique américaine a proposé dans le cadre du DSM-IV-TR, une hiérarchisation qui est apparue pour la première fois en 1994 et qui comptait plusieurs points de ressemblances avec celle de Vaillant. D'ailleurs, Vaillant avait été invité au départ pour concevoir cette échelle, mais des différends ont fait qu'il s'est éloigné avant qu'elle n'apparaisse officiellement. Elle regroupe les mécanismes de défense en sept catégories :

- le niveau adaptatif élevé, par exemple les huit défenses suivantes : l'anticipation, la capacité de recours à autrui (l'affiliation), l'altruisme, l'humour, l'auto-affirmation, l'auto-observation, la sublimation et la répression;
- les inhibitions mentales comprenant sept défenses : le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle, le refoulement et l'annulation rétroactive;

- la distorsion mineure de l'image de soi : la dépréciation, l'idéalisation et l'omnipotence;
- le niveau du désaveu, par exemple le déni, la projection et la rationalisation;
- le niveau de distorsion majeure : la rêverie autistique, l'identification *projective et le clivage de l'image de soi ou des autres*;
- le niveau de l'agir : l'activisme, le retrait apathique, la plainte associant la demande d'aide et le rejet de cette aide et l'agression passive;
- l'action et la dérégulation défensive : la projection délirante, le déni psychotique et la distorsion psychotique.

Une autre contribution importante à l'origine d'une nouvelle tendance est la hiérarchisation de Bond et ses collaborateurs (1983), dérivée d'une recherche empirique sur la relation entre les mécanismes de défense et le diagnostic clinique ou le niveau de maturité du moi. Cette étude empirique qui a permis d'élaborer le *Questionnaire de style défensif* a utilisé les défenses retenues et décrites par Vaillant (1971) et de celles caractérisant les patients ayant une personnalité limite de Kernberg (1975). Les chercheurs ont utilisé un questionnaire comprenant 88 énoncés reflétant les comportements correspondant aux dérivés conscients de 24 mécanismes de défense.

Des recherches sur une population d'adolescents ont pu démontrer que les mécanismes de défense sont influencés par la culture (Watson & Sinha, 1998), par

l'environnement familial et les évènements de vie. Les chercheurs ont découvert que les caractéristiques familiales positives comme la cohésion étaient corrélées avec des défenses matures chez l'adolescente et que certaines caractéristiques négatives comme les conflits étaient associées à des défenses immatures (Thienemann & Steiner, 1998). Enfin, les évènements de vie négatifs familiaux sont corrélés positivement aux défenses immatures chez l'adolescente (Araujo, Ryst, & Steiner, 1999).

La confirmation scientifique d'une hiérarchisation a contribué à l'intérêt grandissant pour les mécanismes de défense. Mais, selon Ionescu (2012), ce serait le développement de l'approche évaluative qui a permis de recueillir des données les plus pertinentes. Au cours des vingt dernières années, un nombre croissant d'instruments a été élaboré. Déjà, en 1991, Cramer avait repéré cinquante-huit instruments d'évaluation dans une revue systématique des écrits scientifiques. Nous décrivons donc les mesures les plus récentes et les plus utilisées dans la prochaine section.

Approche évaluative des mécanismes de défense

Malgré le fait que l'approche évaluative se soit développée plus spécifiquement au cours des deux dernières décennies, Anna Freud (1965) a été la première à avoir eu cette idée. Vaillant et Drake (1985) et Davidson et MacGregor (1998) ont démontré, par la suite, l'importance d'un certain degré d'inférence et de confrontation dans les moyens à utiliser pour une évaluation juste et précise des mécanismes de défense. Dans cette section, nous abordons les différents moyens utilisés pour évaluer les mécanismes de

défense. L'approche évaluative a d'abord été d'une aide précieuse pour la clinique et par la suite, elle a été intégrée aux protocoles de recherches empiriques. En conclusion, nous abordons quelques critiques sur les méthodes efficaces dans l'évaluation des mécanismes de défense qui ont été suggérées par différents chercheurs ou par nous en regard des visées de notre étude.

L'évaluation a été utilisée en clinique (Raines & Rohrer, 1955) avant que des formes plus concrètes apparaissent par des questionnaires et des tests projectifs associés à la méthode psychanalytique. Parmi les plus populaires, il y a eu le Rorschach (Rorschach, 1921), le TAT (Murray, 1938), la *Lerner Defense Scale* (Lerner, 2005). Le TAT est d'un grand intérêt pour notre étude, car il capture avec une plus grande précision, les enjeux développementaux propres à l'adolescence, soit l'identité, le corps et la sexualité. En France, Shentoub (1990) a élaboré un système détaillé pour catégoriser les types de mécanismes de défense à l'aide du TAT. Plus tard, Michèle Emmanuelli (1991) a effectué une recherche auprès d'adolescents dans le but de proposer une échelle de cotation sur l'élaboration de la position dépressive au TAT – le travail normal de l'adolescence relève de l'élaboration de cette position –, mais certaines corrélations n'étaient pas significatives. Ce n'est que dans un ouvrage paru en 2000, qu'Azoulay et Emmanuelli ont mis en évidence la grande efficacité des épreuves projectives, Rorschach et TAT, dans la compréhension des modalités psychiques propres aux adolescents et de leur évolution dans le temps.

La deuxième ligne de recherche de ces dernières années est initiée par Catherine Chabert avec la collaboration d'une équipe de l'université de Paris-V, en vue d'améliorer et surtout de simplifier la feuille de dépouillement du TAT (Brelet-Foulard & Chabert, 2003).

Les études comme celles de Shentoub (1990), Emmanuelli et Azoulay (2001) ont été plutôt rares, pourtant elles ont une portée clinique très utile parce qu'elles permettent de saisir avec une plus grande finesse et subtilité les variations psychiques propres à chaque personne.

Par ailleurs, les tests projectifs ont longtemps soulevé des problèmes importants de faisabilité en clinique comme dans la recherche (Ionescu et al., 2012). Peu à peu des instruments d'évaluation ont été élaborés, validés scientifiquement et utilisés fréquemment dans les protocoles de recherche. Soultanian, Dardennes, Mouchabac et Guelfi (2005) ont effectué une revue critique de la documentation sur les différents outils d'évaluation des mécanismes de défense. Ces auteurs ont mis en lumière les avantages et les limites des six instruments afin de permettre aux chercheurs de faire avec une plus grande facilité un choix raisonné d'une mesure adaptée à leur étude.

Deux instruments qui ont été traduits en français ont retenus notre attention compte tenu de leur plus grande pertinence pour notre étude. Il s'agit de l'*Inventaire des mécanismes de défense* (*Defense Mechanism Inventory*, DMI, Gleser & Ihlevich, 1991)

et le Questionnaire de style défensif développé par Bond et ses collaborateurs (*Defensive Style Questionnaire*, DSQ, Bond et al., 1983).

L'*Inventaire des mécanismes de défense* (IMD) a été élaboré en 1969 par Gleser et Ihlevich. Il a été l'instrument le plus utilisé dans l'évaluation des mécanismes de défense. Les définitions à la base de leur classification sont d'origine psychodynamique, mais l'instrument a plutôt été élaboré pour explorer la relation entre les défenses et les styles cognitifs. Il comprend 240 items et évalue 15 défenses. Cinq facteurs ont été identifiés par l'analyse factorielle. Plusieurs études ont montré la validité de cette échelle. La première version a été testée sur 42 sujets et un fort pourcentage d'accords a été trouvé.

La version révisée a permis une nouvelle validation de contenu. Les quatre questions posées pour chaque histoire impliquent un choix parmi cinq énoncés différents. Selon les auteurs, ce choix limite la variance due aux biais de réponse. La validité de construction est assurée par l'étude de la convergence des défenses avec d'autres variables cliniques (dépendance, indépendance, estime de soi, anxiété, etc.) ou avec les comportements, la cognition et l'affect. La cohésion interne évaluée chez des femmes et des hommes ($\alpha = 0,61$ à $0,81$) et la stabilité temporelle montrent que cet instrument possèdent des propriétés psychométriques qui sont considérées acceptables. Ce questionnaire a été employé dans le domaine de la psychothérapie, de l'évaluation de l'évolution des défenses en psychanalyse, des liens avec des maladies psychosomatiques

ou avec les troubles de la personnalité (Margo, Greenberg, Fisher, & Dewan, 1993; Noam & Recklitis, 1990). Même s'il est plus souvent employé avec des adultes, il a aussi été utilisé auprès d'écoliers.

Le *Questionnaire de Style Défensif (DSQ)* a été élaboré par Bond et ses collaborateurs en 1983, dans le but d'évaluer un plus grand nombre de mécanismes de défense. Sa conception repose sur des bases théoriques psychanalytiques, mais les auteurs ont aussi tenu compte des mécanismes de défense décrits dans le DSM III-TR – ce qui n'est pas le cas pour le IMD. Trois versions ont été développées, la première comptant 88 énoncés (DSQ-88), une deuxième comprenant 72 énoncés (DSQ-72, Andrews et al. 1989) et une dernière à 40 items (DSQ-40, Andrews, Singh, & Bond, 1993). Les énoncés sont le reflet de manifestations comportementales correspondant à l'échec des mécanismes de défense dans des situations hypothétiques, par exemple pour le déni : « je n'ai peur de rien ». La forme à 40 items, étudiée par Andrews et ses collaborateurs (1993), propose trois facteurs associés aux styles matures, névrotiques et immatures. Vingt mécanismes de défense sont identifiés. Le style mature comprend quatre mécanismes de défense : sublimation, humour, anticipation et répression. Le style névrotique regroupe quatre autres mécanismes : l'annulation, le pseudoaltruisme, l'idéalisation et la formation réactionnelle. Enfin, le style immature est composé de douze autres mécanismes : la projection, l'agression passive, le passage à l'acte, l'isolation, la dévalorisation/omnipotence, la rêverie autistique, le déni, le déplacement, la dissociation, le clivage, la rationalisation et la somatisation. La cotation se fait selon

un choix dichotomique: « pas du tout d'accord » ou « tout à fait en accord ». Nous avons décidé d'utiliser cette version courte dans notre étude, car le temps de passation est beaucoup plus approprié pour les adolescentes.

Plusieurs études montrent la validité de contenu et de construction du DSQ-88. Des experts ont associé les énoncés du DSQ aux mécanismes de défense en fonction de leur définition, par exemple celle qui apparaît dans le DSM-IV-TR. Les résultats ont démontré seulement cinq items qui n'étaient pas consensuels et qui ont été retirés (3) ou reformulés (2). Les corrélations pour les mécanismes matures et immatures confirment la réalité clinique (Vaillant et al., 1986). Une corrélation positive a été obtenue entre les résultats du DSQ et du *Defense Mechanism Rating Scale* (DMRS; Perry, 1990) et un test-retest effectué après six mois, a démontré une bonne stabilité temporelle.

En ce qui concerne la validité du DSQ-40, une étude comparative des résultats obtenus avec le DSQ-40 et le DSQ-72 montre des résultats similaires à ceux du DSQ-88. Par ailleurs, dans leur étude normative avec le DSQ-40, Watson et Sinha (1998) ont mis en évidence une bonne cohésion interne (0,8). De plus, un test-retest à 18 mois a montré une corrélation des résultats de 71 % pour les mécanismes matures et de 60 % pour les mécanismes immatures.

Au-delà de ses bonnes qualités métrologiques et de son mode de passation assez rapide, le DSQ s'avère une mesure intéressante pour plusieurs autres raisons : il est

disponible en français (Bond & Vaillant, 1986; Bonsack, Despland, & Spagnoli, 1998; Vaillant et al., 1986; Watson & Sinha, 1998) et il a été utilisé dans divers contextes : population état limite (Bond & Vaillant, 1986), évaluation des psychothérapies (Piper, Carufel, & Szkrumelak, 1985), contexte familial (Thienemann, 1998), adolescents (Araujo et al., 1999; Clark, 2003; Erickson, Feldman, & Steiner, 1997), troubles de personnalité (Blaya, Teruchkin, & Isolan, 2002; Mulder, 1999) et dépression (Akkerman, Carr, & Lewin, 1992).

En conclusion, l'approche évaluative a connu une évolution plus tardive que les autres approches, toutefois elle s'est imposée avec succès, redonnant une place « noble » aux mécanismes de défense. Dans l'ouvrage phare de Ionescu et de ses collaboratrices (2012) on affirme qu'« il est toujours difficile d'indiquer quelle est la meilleure méthode pour évaluer les mécanismes de défense et l'intensité du fonctionnement défensif » (p. 82). Ces auteurs mentionnent qu'actuellement, le choix des chercheurs s'est arrêté sur l'approche *clinique* – surtout les anglo-saxons – comme l'avait utilisée Vaillant (1976), en impliquant des évaluateurs qui utilisent leur jugement clinique à partir des définitions des mécanismes de défense. En ce qui concerne le choix pertinent d'un instrument de mesure, le DSQ est celui qui possède les meilleures qualités métriques, mais il s'avère très important que les chercheurs fassent leur choix d'instrument en fonction des caractéristiques particulières de leur recherche. Dans la prochaine partie, nous abordons les recherches qui ont été effectuées à partir des différents instruments de mesure, principalement les recherches sur une population d'adolescents.

Recherches sur les défenses chez les adolescents

Bien qu'à notre connaissance, aucune étude sur une population d'adolescentes abusées sexuellement n'ait traité des mécanismes de défense, quelques-unes ont été publiées dans une population d'adolescents tout-venant. Les résultats de trois de ces études en lien avec les stresseurs sont présentés compte tenu de leur pertinence pour la présente étude.

Une recherche importante sur une population d'adolescents tout-venant est celle d'Araujo et ses collaborateurs (1999) qui a été effectuée dans le but de vérifier la relation pouvant exister entre les événements de vie et les mécanismes de défense. Les chercheurs ont fait compléter le questionnaire *Adolescent Family Inventory of Life Events and Changes* (A-FILE) dans le but d'évaluer les stresseurs dans six domaines de la vie familiale, à 87 patientes adolescentes. Ces dernières ont aussi répondu au questionnaire DSQ qui permet d'évaluer 19 mécanismes de défense hiérarchisés en quatre niveaux (matures, prosociaux et immatures). Les résultats ont démontré qu'un nombre élevé de stresseurs vécus par les adolescentes était associé avec l'utilisation de défenses immatures. Onze défenses immatures (déni, inhibition, agression passive, projection, régression, somatisation, clivage, passage à l'acte, fantasme autistique, dévalorisation, retrait et annulation) ont été significativement corrélées avec une augmentation de stresseurs et la dernière défense immature (clivage) a montré une tendance. Par contre, les défenses névrotiques et matures n'ont pas été significativement associées au niveau de stress même si elles étaient prises individuellement. Les auteurs

ont conclu que dans des situations de stress élevé, les défenses immatures ne remplacent pas les défenses matures et névrotiques, elles vont plutôt se combiner à celles-ci. On a démontré plus spécifiquement que les défenses associées à la passivité, au retrait et à la sensation d'être pris en otage (déni, régression et agression passive), sont particulièrement liées à une augmentation du niveau de stress. Ces réactions défensives face aux stresseurs sont le reflet d'une impuissance ou d'une incapacité à faire face à la source de stress en l'affrontant directement. Au lieu d'aider l'adolescente, ces défenses causent de la confusion en elle.

Une autre recherche menée auprès de 148 étudiants de niveau primaire et secondaire a mis en relation les stresseurs et les mécanismes de défense (Porcerelli, Thomas, Hibbard, & Cogan 1998). Les résultats ont confirmé ceux de la précédente étude: les défenses immatures ont été corrélées significativement avec le nombre accru de stresseurs ($r = 0,35$; $p = 0,001$). Porcerelli et al. (1998) ont constaté en plus une diminution significative de l'utilisation du déni ($F(4, 143) = 24,39$; $p < 0,0001$) et de la projection ($F(4, 143) = 7,41$; $p < 0,01$) selon l'âge et le niveau scolaire, ainsi qu'une augmentation significative de l'identification ($F(4, 143) = 38,61$; $p < 0,0001$). Le déni diminuait graduellement jusqu'à la fin de la latence pour laisser la place à l'identification qui commençait à s'installer pendant la première période de l'adolescence et diminuait progressivement par la suite jusqu'au début de l'âge adulte. Dans une autre recherche effectuée sur une population normale d'adolescents (Erickson et al., 1997), les mécanismes de défense ont été évalués à l'aide du DSQ et comparés à

l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF). L'adaptation générale des adolescents a été corrélée significativement et négativement avec les défenses immatures ($r = -0,30; p < 0,01$) et positivement avec les défenses matures ($r = 0,25; p < 0,05$). Ces auteurs ont trouvé que les réactions défensives et le coping étaient modérément associés et qu'ils avaient des contributions indépendantes pour prédire le fonctionnement global : les défenses matures et immatures et le coping évitant offrent la combinaison la plus optimale dans la prédiction du fonctionnement global.

Les mécanismes de défense ont été associés à l'environnement familial dans quelques recherches. Weinstock (1967) a démontré que les relations problématiques entre la mère et l'enfant étaient associées à des styles défensifs immatures. Spécifiquement chez les enfants et les adolescents qui utilisaient le déni, la répression et la régression, les styles défensifs étaient similaires. Une autre étude menée par Thienemann et Steiner (1998) a montré que les défenses immatures étaient corrélées positivement avec les caractéristiques environnementales et familiales très conflictuelles et contrôlantes. Par ailleurs, dans les recherches effectuées sur l'association entre les mécanismes de défense et les autres caractéristiques de personnalité, Shaw, Ryst et Steiner (1996) ont trouvé que les défenses matures étaient reliées à des traits reflétant des qualités d'engagement, de flexibilité et d'affect positif alors qu'un plus grand usage des défenses immatures était corrélé avec des caractéristiques du tempérament reflétant l'inverse comme un manque de flexibilité et d'affects positifs ainsi que des conduites d'évitement face aux situations de stress.

Dans une recherche effectuée en 1950, Block et Block (1980) ont découvert que les personnes avec peu de flexibilité comme étant « hypercontrôlées », inhibées et conformistes et ne pouvant développer de stratégies efficaces pour s'adapter aux exigences d'un environnement aversif.

Des recherches ont aussi été menées dans le but de mieux comprendre les relations entre les styles défensifs et les troubles psychiatriques. La plupart des études menées sur différentes populations ont trouvé que les niveaux défensifs étaient différents chez les personnes présentant un trouble psychiatrique et chez celles du groupe contrôle. Chez les adolescents particulièrement, la dépression, évaluée par l'*Inventaire de Beck* (Smith, Thienemann, & Steiner, 1992) était corrélé à un style défensif immature évalué au DSQ. Par contre, la majorité des études qui ont comparé les défenses à divers troubles psychiatriques n'a pas été concluante. Dans une recherche sur les adolescentes et les jeunes adultes anorexiques et boulimiques par exemple, Tordjman, Zittoun, Ferrari, Flament et Jeammet (1997) n'ont trouvé que très peu de différences entre les résultats au DSQ entre ces deux populations. Par ailleurs, plusieurs études ont confirmé les effets prédisant la maturité des défenses. Celle de Tuulio-Henriksson et ses collaborateurs (1997), entre autres, a montré que les troubles psychiatriques au début de l'âge adulte étaient corrélés avec un style de défense immature.

En conclusion, les résultats des recherches traitant des mécanismes de défense dans une population d'adolescents ont mis en lumière que le niveau de maturité des défenses

était corrélé aux mesures de stress, aux traits de personnalité, à l'environnement familial, aux problèmes psychiatriques. Principalement, l'engagement, la flexibilité et les affects positifs étaient corrélés avec les défenses matures alors que le manque de flexibilité, d'affects positifs et les conduites d'évitement étaient associés avec des mécanismes de défense immatures.

La prochaine section aborde les relations qui ont été démontrées dans les recherches, entre la résilience et les deux stratégies d'adaptation auxquelles la présente étude fait référence, soit le coping et les mécanismes de défense.

Résilience, coping et efficacité des mécanismes de défense

Il est apparu clairement que certaines stratégies de coping et leur flexibilité favorisaient le processus de la résilience (Bonanno & Diminich, 2012). Quant aux mécanismes de défense, la majorité des publications consultées les décrivent comme ayant un rôle prédominant dans le processus de résilience, voire même, que la résilience pourrait être définie *comme un mécanisme de défense* (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010). Dans cette partie, nous présentons d'abord une des rares recherches qui a établi une relation entre les stratégies de coping, les mécanismes de défense et l'adaptation (résilience) dans une population d'adolescents tout-venant. Pour terminer cette partie, nous aborderons la résilience et l'efficacité de certains mécanismes de défense.

Dans leur recherche sur les adolescents tout venant, Erickson et ses collaborateurs (1997) ont démontré que les réactions défensives et le coping étaient modérément associés et qu'ils avaient des contributions indépendantes pour prédire le fonctionnement global. Selon les auteurs, les mécanismes de défense et les stratégies de coping sont dynamiques et potentiellement réversibles dans leur nature et elles ont comme buts communs de réduire la détresse et de gérer l'affect. Leur étude menée sur une population normale d'adolescents ($N = 81$) avait comme objectif d'évaluer ces deux mécanismes d'adaptation et de comparer les résultats avec ceux de l'EGF. Les résultats ont montré que l'adaptation générale des adolescents a été corrélée significativement et négativement avec les défenses immatures ($r = -0,30; p < 0,01$) et positivement avec les défenses matures ($r = 0,25; p < 0,05$). Les adolescents qui utilisaient l'évitement avaient tendance à utiliser les défenses immatures et ceux qui utilisaient le coping actif utilisaient plutôt les défenses matures.

Leurs données soutiennent le modèle développemental des défenses et confirment que les adolescents qui utilisent les défenses immatures ont un registre de stratégies de coping limité : leur niveau de maturité défensive entrave leur habileté à s'adapter de manière à résoudre les problèmes et les conflits. Erikson et al. (1997) ont rapporté dans leur conclusion que les résultats de leur recherche suggèrent, dorénavant, la pertinence et surtout l'importance d'explorer autant les processus conscients qu'inconscients pour mieux comprendre les processus d'adaptation.

Par ailleurs, Callahan & Chabrol (2004) ont examiné les relations entre les défenses et le coping à partir du *DSQ* et du *Brief Cope* dans un échantillon non clinique de jeunes adultes. Cette étude a montré une liaison entre coping et défense comme l'avaient suggéré les études précédentes. Le coping adaptatif a tendance à être corrélé positivement aux défenses matures et le coping inadapté est corrélé aux défenses immatures.

Il a aussi été démontré dans l'ensemble des études que les mécanismes de défense sont très impliqués dans la construction de la résilience. Cette mise en relation des mécanismes de défense et des capacités d'adaptation positive a été initiée par Vaillant (1971), à partir des histoires de vie des 30 hommes faisant partie d'une étude longitudinale ayant débuté 30 ans auparavant. Vaillant a alors démontré que l'utilisation des défenses matures (altruisme, humour, mise à l'écart, anticipation et sublimation) était associée à une adaptation plus réussie au cours de la vie. Ces résultats ont été confirmés et complétés par la suite et ont fait l'objet de plusieurs publications (Vaillant, 1976, 1977) où il a suggéré une augmentation des défenses matures au cours de la vie qui permettait d'acquérir une plus grande habileté au travail et une meilleure capacité d'aimer. Plus tard, soit en 1983, Bond et ses collaborateurs ont regroupé trois défenses formant un style défensif adaptatif : l'humour, la mise à l'écart et la sublimation. Les analyses de Bond et de ses collaborateurs ont permis de mettre en relation le style adaptatif, le niveau général d'adaptation (force du moi; $p < 0,001$) et les résultats à l'épreuve de développement du moi ($p < 0,01$). Ces recherches et d'autres qui ont été

publiées par la suite montrent que les mécanismes de défense sont impliqués dans l'adaptation d'un individu qui traverse des situations adverses ou des évènements stressants. Il est donc reconnu, maintenant, au sein de la communauté scientifique que les mécanismes de défense de haut niveau jouent un rôle important dans le processus de résilience. Cinq de ces mécanismes de niveau adaptatif élevé sont souvent cités dans les écrits scientifiques (Ionescu et al., 2012): l'altruisme, l'anticipation, l'humour, la répression (ou la mise à l'écart) et la sublimation :

- 1) *L'altruisme : dévouement à autrui qui permet à la personne d'échapper à un conflit* (Ionescu et al., 2012, p.128). Cette défense n'a rien à voir avec de l'amitié ou de l'amour envers une personne. Elle s'appuie sur quatre fondements. Premièrement, elle prend la forme de la formation réactionnelle en éliminant la culpabilité qui survient lorsque l'on refoule des émotions agressives ou hostiles. Deuxièmement, elle est un dérivatif à l'agressivité en la dirigeant vers d'autres buts socialement plus acceptables au lieu de la refouler. Troisièmement, elle est une satisfaction vicariante dans le cas où la personne se refuse quelque chose, mais ressent une satisfaction à aider autrui pour que celui-ci l'obtienne. Et quatrièmement, elle est liée à une forme de masochisme quand la personne recherche les sacrifices liés à l'altruisme;
- 2) *L'anticipation : imaginer l'avenir lors d'une situation conflictuelle, en expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles, en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ou en envisageant différentes réponses ou solutions possibles* (Ionescu et al., 2012, p.139). Ces auteurs rapportent que

l'anticipation est en opposition avec l'attente et la précipitation. Face à une situation conflictuelle, l'individu imaginera l'avenir, en expérimentant préalablement ses propres réactions émotionnelles, en identifiant les conséquences de ce qui serait susceptible d'arriver, telles les réponses ou solutions possibles;

3) *L'humour : présenter une situation vécue comme traumatisante de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites* (Ionescu et al., 2012, p. 183).

Cette défense est efficace quand elle vise la personne elle-même. Selon Freud, elle est supérieure à toutes les défenses (Freud, 1905). Dans le numéro spécial sur l'humour de la *Revue Québécoise de psychologie*, Jourdan-Ionescu (2004) affirme que « le processus de l'humour appliqué à un sujet pénible aboutit à un renversement de l'affect tout en maintenant une représentation pénible » (p. 8).

En s'amusant au lieu de se plaindre d'une situation traumatisante, on empêche le développement de la souffrance. Pour Freud (1936/1993), cette défense est « un don précieux et rare »;

4) *La mise à l'écart⁴ : tentative de rejet volontaire, hors du champ de la conscience, de problèmes, désirs, sentiments, ou expériences qui tourmentent ou inquiètent un sujet* (Ionescu et al., 2012, p. 223). Il peut s'agir de penser à d'autres sujets comme le décrivait Freud (1894/1974). Cette défense aide à réguler les situations conflictuelles ou stressantes. Vaillant (1977), cité dans

⁴ Dans le DSM-IV, cette défense est traduite de l'anglais par le terme *suppression*. Mais, dans le DSM-III-R, apparaît le terme « répression », traduction du terme anglais « suppression ». Ionescu et al. (2012) ont privilégié le terme « mise à l'écart » car ce qui est mis de côté, peut ressurgir à la conscience.

Ionescu et al. (2012), la définit comme « la décision consciente ou semi-consciente de retarder l'attention qu'on porte à une pulsion consciente ou à un conflit » (p. 224). Ionescu et al. (2012) ajoutent aussi que cette défense n'intervient pas directement, elle est associée avec des défenses de haut niveau (sublimation, altruisme, affiliation, humour);

- 5) La *sublimation* se définit de deux manières dans l'œuvre de Freud (Ionescu et al., 2012, p. 279): 1) désexualisation d'une pulsion s'adressant à une personne qui pourrait ou qui a pu être désirée sexuellement. La pulsion, transformée en tendresse ou en amitié, change de but, mais son objet reste le même; 2) dérivation de l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive vers des activités valorisées socialement (artistiques, intellectuelles, morales). La pulsion se détourne alors de son objet et de son but (érotique ou agressif) primitifs, mais sans être refoulée. C'est le sens le plus habituel (Ionescu et al., 2012). La sublimation permet de ne plus être pris dans le conflit ou la frustration sans qu'il y ait de conséquences fâcheuses, ce qui la différencie des autres défenses. Elle peut être incluse dans les joies de la sexualité et de l'amour partagé, ou dans une situation de protection contre les événements malheureux qui surviennent quotidiennement.

Pour d'autres chercheurs, certains mécanismes classés immatures ou dans les catégories intermédiaires entre immature et mature, peuvent favoriser le processus de résilience. *Le refuge dans le rêve* est placé en premier lieu. Le DSM-IV (1994, 2000)

donne la définition suivante à ce mécanisme qui a été traduit par *rêverie autistique*⁵ : mécanismes qui consiste en un recours – dans une situation de conflit psychologique ou lorsque le sujet est confronté à des facteurs stressants – à une rêverie diurne excessive se substituant à la poursuite de relations interpersonnelles, à une action en principe plus efficace ou à la résolution des problèmes. Plusieurs conditions matérielles amènent à la rêverie : la couture, le tricot, les travaux répétitifs comme ranger (Ionescu et al., 2012). Le refuge dans la rêverie fait référence à une certaine manière de parvenir à s'évader d'une situation qui suscite un niveau de stress qui est perçue très élevée qui est universelle et fréquente.

Cela a été confirmé par les résultats d'une recherche effectuée par Vaillant (1977) sur la fréquence des mécanismes de défense, montrant que ce mécanisme arrive en deuxième position, juste après l'activisme, tant pour les enfants que pour les adultes. Rêver est donc une activité normale sauf si l'enfant se met à vivre que dans l'imaginaire (Fraiberg, 1982). Quand les conditions stressantes échappent complètement à notre contrôle, le refuge dans la rêverie devient une défense précieuse si elle ne se pérennise pas et si elle ne coupe pas la personne de ses proches. Lighezzolo et De Tychey (2004) rapportent que dans certaines situations traumatiques extrêmes (les camps de concentration), ce mécanisme de défense doit être utilisé en alternance avec un

⁵ Dans le DSM-IV (1994/1996), on la retrouve sous le nom de *autistic fantaisie*. *Autistic* a une connotation très pathologique qui ne permet pas de saisir la nature adaptative de ce mécanisme. Le mot *fantaisie* a toujours été difficile à traduire en français. Lagache (1982) a choisi de le traduire par fantaisie avec certaines précisions ainsi que Laplanche et Pontalis (1967). Pour éviter toutes ces ambiguïtés, Ionescu et ses collaboratrices (2012) ont choisi l'expression *refuge dans la rêverie*. Nous renvoyons donc le lecteur à cet ouvrage, pour des informations supplémentaires.

surinvestissement de la réalité (Bourguignon, 2000); le fait de trop rêver au passé peut nuire à l'adaptation de l'individu en situation de survie.

Lighezzolo et De Tyche (2004) mentionnent aussi quatre autres mécanismes de niveau inférieur aux défenses matures qui sont sous-jacents au processus de résilience: le *clivage*, le *déni*, l'*intellectualisation* et la *formation réactionnelle*. Les deux premiers sont impliqués dans la résilience à court terme. Le *clivage* permet de mettre à l'écart les représentations ou les affects les plus insupportables. Le *déni* a un caractère adaptatif quand certains aspects de la réalité suscitent trop de tensions. Chez la personne résiliente, il est davantage centré sur la signification affective de la réalité insupportable que sur la situation elle-même. Quant à l'*intellectualisation*, ce mécanisme permet d'évacuer les affects de déplaisir trop intenses, par l'utilisation de la rationalisation logique. Et enfin, la *formation réactionnelle*, décrite précédemment, permet la sublimation des pulsions agressives, par une voie d'expression socialement acceptable, par exemple, la création artistique ou littéraire. L'élaboration des tensions est donc possible, en donnant un sens à travers les productions artistiques. Ce mécanisme renvoie aussi aux situations de carences d'objet d'attachement quand celles-ci ont été trop insatisfaisantes ou toxiques; il constituerait « une voie royale d'écoulement des motions libidinales » (Lighezzolo & De Tyche, 2004, p. 62). La formation réactionnelle fait ainsi référence aux qualités d'altruisme des personnes résilientes et il est particulièrement important sur le plan de l'adaptation sociale. Au lieu du ressentiment, le résilient privilégiera la tendresse et il remplacera la vengeance par l'oblativité, etc.

En conclusion, il convient donc de reconnaître que l'ensemble des mécanismes de défense constitue des dispositifs intrapsychiques favorisant le processus de la résilience lorsque l'individu est confronté à une source interne ou externe d'excitation trop intense. Les mécanismes de défense se présentent comme des facteurs de protection importants pour le moi, à condition qu'ils soient utilisés dans des contextes appropriés, qu'ils soient utilisés de manière souple, non rigide et qu'ils ne soient pas utilisés à l'excès et tout le temps.

Pertinence de l'étude, objectifs, hypothèses et question de recherche

S'appuyant sur une des données empiriques qui est très stable soit l'absence de symptômes chez certaines victimes, notre étude s'inscrit dans un nouveau courant où on évalue les aspects positifs de l'adaptation après l'abus sexuel. Des composantes dynamiques et intersubjectives de la personnalité sont impliquées dans la résilience psychologique (Santiago-Delefosse, 2000) impliquant une intégration des modalités intrapsychiques (mécanismes de défense) et de la réalité externe (stratégies de coping) de chaque personne. Les recherches montrent que la personne va s'adapter en adoptant des stratégies spécifiques (Lazarus & Folkman, 1984) qui ont été reconnues comme de bons prédicteurs à long terme (Nezu & Carnevale, 1987). La notion de flexibilité psychologique a été récemment associée aux stratégies de coping, faisant référence à l'utilisation d'un plus grand nombre de stratégies ou comportements qui permettent de s'adapter positivement après un évènement traumatisque.

Il est important de souligner que ces stratégies qualifiées d'optimales se modifieront au fur et à mesure que la situation évoluera (Bonanno & Diminich, 2013). Quant aux mécanismes de défense ils ont été associés à des facteurs intrapsychiques importants dans le développement de la personnalité et leur rôle de protection dans le processus de résilience a été reconnu par de nombreux chercheurs (Vaillant & Drake, 1985). Il existe des défenses de niveau adaptatif élevé qui jouent un rôle supérieur dans l'adaptation positive (résilience) après un évènement traumatisque (Ionescu, 2012). Les mécanismes de défense doivent toutefois être variés et utilisés de manière plus souple pour contribuer à atténuer le choc et favoriser le traitement mental efficace des tensions reliées à la situation traumatisante initiale (Ajuaro et al., 1999; Lighezzolo & De Tychey, 2004).

Afin d'explorer l'évolution de la résilience, nous avons choisi d'étudier les éléments catamnestiques (reconstruction de l'évolution après l'abus sexuel en fonction des données anamnestiques de l'entrevue). Nous avons voulu, de plus, tenir compte des différentes formes de variations individuelles dans l'adaptation après un traumatisme, le nombre de symptômes post-traumatiques et le temps de rétablissement pour retrouver le fonctionnement psychique normal ont donc été considérés, à l'instar de l'approche évaluative de Bonanno (2004).

Les principaux objectifs de l'étude sont donc de décrire le fonctionnement psychologique d'un groupe d'adolescentes abusées sexuellement et d'étudier empiriquement et qualitativement les différences entre les participantes qui ont reçu un

diagnostic d'un trouble état de stress post-traumatique (TÉSPT) et celles qui n'ont pas été diagnostiquées TÉSPT.

Deux hypothèses ont été vérifiées. La première statue que les adolescentes qui n'ont pas été diagnostiquées TÉSPT ont :

- a) des scores plus élevés à *l'Échelle de résilience* de Wagnild et Young que les adolescentes avec diagnostic de TÉSPT;
- b) des stratégies de coping plus efficaces et plus variées au *Brief Cope* que les adolescentes qui ont été diagnostiquées TÉSPT;
- c) des mécanismes de défense plus souples et plus matures au *DSQ-40* que les adolescentes diagnostiquées TÉSPT

La deuxième hypothèse propose que, pour l'ensemble des participantes, il existe des corrélations entre l'échelle de résilience (score global ou scores des deux dimensions), les stratégies de coping et les mécanismes de défense. En particulier, les scores de résilience seront positivement corrélés avec les stratégies de coping efficaces et les mécanismes de défense matures. D'un point de vue qualitatif, à partir d'une étude de cas de l'adolescente sélectionnée d'après son score de résilience le plus élevé, la question de recherche est la suivante: quelles modalités psychiques peuvent favoriser la résilience et aider l'adolescente à résister à cet agent perturbateur qu'est l'abus sexuel?

Méthode

Dans ce chapitre de la thèse, nous décrivons la méthode employée pour réaliser notre étude. Les considérations éthiques, les caractéristiques des participantes, le recrutement, le déroulement de l'expérimentation sont décrites dans un premier temps et par la suite nous détaillons les instruments de mesure utilisés pour la présente étude. La dernière partie de ce chapitre est consacrée à la procédure utilisée pour la constitution de deux sous-groupes.

Considérations éthiques

Toutes les conditions éthiques ont été prises en compte lors du déroulement de cette étude clinique (certificat d'éthique, consentement éclairé des participants, confidentialité des données, etc.). Ce projet de recherche a été préalablement approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-10-159-06.06 a été émis le 19 octobre 2010 ainsi qu'une prolongation jusqu'en aout 2013 (voir Appendice A).

Dans le but d'obtenir le consentement libre et éclairé des participantes, l'évaluatrice a lu avec chacune – et le parent si l'adolescente était âgée de moins de 14 ans – la lettre d'information décrivant les différents aspects de la recherche (voir Appendice B) et répondre à leurs questions. Voici les points abordés au début du premier entretien :

- l'objectif du projet de mieux comprendre les capacités d'adaptation de l'adolescente qui a été victime d'un abus sexuel;
- le déroulement des rencontres avec les participants (adolescente ou parent et adolescente de moins de 14 ans);
- l'utilisation des données amassées et l'engagement de confidentialité;
- les bénéfices retirés (au plan personnel pour la participante et au niveau de l'avancement des connaissances reliées à ce domaine);
- la participation volontaire;
- la possibilité de refuser de répondre à certaines questions ou d'interrompre l'évaluation en tout temps, sans avoir à motiver la décision;
- les recours possibles en cas de plainte éthique;
- l'aide proposée en cas de difficultés psychologiques provoquées ou remarquées lors de l'évaluation. Ensuite, le formulaire de consentement (voir Appendice C) est signé.

Participantes

La recherche a été réalisée avec 19 adolescentes âgées de 12 à 18 ans ayant déclaré avoir vécu un abus sexuel. Il n'était pas nécessaire que l'adolescente ait porté plainte ou que la plainte n'ait été retenue. Lors de l'entretien préalable, nous devions vérifier si aucun doute ne subsistait quant à l'existence de l'abus sexuel. Ces adolescentes provenaient de milieux socioéconomiques et familiaux variés. Elles résidaient toutes dans la province de Québec.

Les âges des participantes étaient répartis entre 152 mois (12 ans et 8 mois) et 214 mois (17 ans et 10 mois). Dix-neuf adolescentes ont participé à notre recherche. L'âge moyen était de 189 mois, soit 15 ans et 9 mois ($\bar{E}T = 20,58$). Le Tableau 5 présente le détail des caractéristiques sociodémographiques des 19 participantes. On peut voir que la majorité des adolescentes vivait avec leurs deux parents ou un des deux parents alors qu'un peu plus d'un quart d'entre elles, étaient en famille d'accueil au moment de la passation. Parmi les participantes placées en famille d'accueil, deux participantes l'étaient depuis plus d'un an et leur placement avait été provoqué par la révélation de l'abus sexuel. Une de ces adolescentes nous a révélé que sa mère refusait de la prendre chez elle parce qu'elle avait dénoncé son père. Pour l'autre participante, la mère n'a pas voulu se séparer de son conjoint. En ce qui concerne le niveau socioéconomique de la famille, plus de la moitié des participantes vivait dans un milieu de niveau moyen. Un peu moins de la moitié d'entre elles étaient enfants uniques. Il faut souligner que plus de la moitié des adolescentes rapportent la présence d'abus sexuel dans l'enfance d'un ou des parents et de maladie mentale du côté familial maternel et paternel (pédophilie, dépression, etc.,) et que presque la moitié des participantes évoque des pratiques parentales dysfonctionnelles (parent trop sévère, culpabilisant, etc.).

Recrutement

Le recrutement des participantes s'est effectué sur une période allant de mars 2011 juin 2013. Durant ces mois de cueillette de données, plusieurs démarches ont été entreprises pour solliciter différents milieux susceptibles de nous référer des

Tableau 5
Données sociodémographiques des 19 participantes

Information sociodémographique	Catégorie	Nombre
Situation familiale	Vit avec les deux parents	4
	Vit avec la mère (monoparental)	4
	Vit avec la mère et son conjoint	4
	Vit avec le père et la conjointe	1
	Vit en garde partagée	0
	Vit en famille élargie	1
	Vit en famille d'accueil	5
Niveau socioéconomique	Niveau élevé	1
	Niveau moyen	12
	Niveau faible	6
Rang dans la famille	Enfant unique	3
	Aînée	9
	2 ^e	6
	Benjamine	1
Antécédents familiaux	Abus sexuel dans l'enfance (maternel ou paternel ou les deux)	12
	Négligence	4
	Maladie mentale (maternel et paternel)	12
	Dépression du parent protecteur	4
	Détresse du parent après révélation	1
	Manque de soutien	5
	Pratiques parentales déficientes	9

adolescentes. Nous avons d'abord identifié les organismes communautaires qui ont une expertise en matière d'abus sexuel. Nous avons pris un premier contact avec chacun de ces organismes par téléphone afin de leur exposer notre demande de recrutement d'adolescentes abusées sexuellement et de fixer une première rencontre d'information.

Les organismes qui ont démontré un intérêt pour notre étude ont été visités. Parfois, la première rencontre s'est déroulée avec le coordonnateur ou la coordonnatrice pour lui expliquer notre projet et remettre des documents écrits; en d'autres occasions, toute l'équipe d'intervenants était mobilisée pendant une période d'une heure et demie à deux heures. Les documents écrits qui ont été remis aux intervenants explicitaient les objectifs de la recherche, les instruments utilisés, les conditions de l'évaluation et la transmission des résultats obtenus. Des affiches publicitaires ont été conçues et remises aussi aux intervenants afin qu'ils puissent les accrocher dans leurs bureaux et dans les salles d'attente. Malgré le fait que plusieurs organismes – Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), Centre d'aide local aux agressions criminelles et sexuelles (CALACS), Parents Unis, Trêve pour elles - ont bien voulu collaborer avec nous, les références ont tardé à nous parvenir compte tenu du type de clientèle (adolescentes abusées sexuellement). Il y avait aussi une difficulté relative aux conditions mêmes de ces organismes qui ne voulaient qu'aucune pression ne soit mise sur les adolescentes pour participer à quelque recherche que ce soit. Selon leur fonctionnement, les intervenants informaient les adolescentes qu'ils jugeaient aptes à participer à notre recherche et une affiche contenant les informations sur notre étude était accrochée dans la salle d'attente ou parfois dans le bureau de l'intervenant. Notons, de plus, que certains centres spécialisés en matière d'abus sexuel n'ont pas voulu collaborer avec nous.

À la fin du mois de mai 2012, n'ayant encore reçu aucune référence, nous avons décidé de prendre contact avec d'autres ressources. À l'aide du site de référence de

l'Ordre des psychologues du Québec, nous avons fait une recherche à partir des indicateurs suivants : expertise au tribunal en abus sexuel, psychothérapie/évaluation psychologique, adolescents. Nous avons obtenu une liste de plus de cinquante psychologues à qui nous avons envoyé par la poste une courte lettre d'invitation à collaborer à notre étude. Nous avons contacté le regroupement qui vient en aide aux itinérants juvéniles (RAPSIM) qui a fait rapidement circuler notre affiche dans tous leurs points de service de la région métropolitaine de Montréal. Nous nous sommes déplacée, par la suite, dans quelques-uns de leurs points de service afin d'y déposer des affiches en couleur et de prendre contact avec un intervenant. L'Institut universitaire des Centres jeunesse de Montréal (CJMIU) a été contacté et à leur demande, nous avons complété leur formulaire d'éthique que nous leur avons fait parvenir ainsi que notre protocole de recherche et une lettre certifiant l'évaluation scientifique de notre projet de recherche. Nous avons contacté les parents de nos anciennes clientes ayant vécu de l'abus sexuel afin de les inviter à parler à leur fille de notre demande de collaboration. Nous avons fait une annonce publicitaire dans le bulletin de l'Association des psychologues du Québec (APQ) et de l'Association québécoise de Gestalt (AQG). Enfin, nous avons sollicité les centres d'hébergement pour adolescentes. Des contacts plus personnalisés ont aussi été faits avec nos collègues, nos proches, etc. La plupart des ressources contactées ont été relancées à plusieurs reprises.

Les principales difficultés rencontrées étaient en grande partie dues à la nature de la clientèle. Ce n'est pas facile pour une adolescente d'accepter de parler d'elle à un adulte

alors qu'elle met à distance ses propres parents pour conquérir son identité, et de surcroit pour une adolescente victime d'abus sexuel qui a perdu confiance en elle et dans les adultes.

Instruments de mesure

Dans notre étude, la collecte de données a été réalisée à l'aide de divers instruments que nous décrirons dans la présente section. Lors du choix des instruments, nous avons considéré les aspects quantitatif et qualitatif.

Une entrevue semi-structurée a été menée dans un premier temps afin de recueillir les informations sociodémographiques/anamnestiques. Par la suite, la passation de trois questionnaires a permis de recueillir les données quantitatives : une échelle de résilience (*Resilience Scale*; Wagnild & Young, 1993) a été utilisée pour identifier les caractéristiques de résilience; les stratégies de coping ont été répertoriées à partir du *Brief Cope* (Muller & Spitz, 2003); les mécanismes de défense ont été dépistés à l'aide du DSQ (Andrews et al., 1993). L'expérimentation s'est terminée par la passation du dessin de la « *main qui gêne* » (Davido, 1994). Le TAT (Murray, 1938) a été passée à l'adolescente ayant le score global – l'addition des scores des deux dimensions – le plus élevé à l'*Échelle de résilience*. Ce n'est qu'après l'expérimentation, que la chercheure a établi le niveau de fonctionnement global de chacune des participantes à partir de l'*Échelle d'évaluation du fonctionnement global* du DSM IV-TR afin de pouvoir le comparer aux autres résultats.

Entrevue semi-structurée

L'entrevue semi-structurée est inspirée des données des recherches empiriques conduites dans le domaine de l'abus sexuel. Elle consiste à recueillir des informations sociodémographiques/anamnestiques sur les participantes comme l'âge, les conditions socioéconomiques de la famille, le type de structure familiale au moment de l'abus sexuel, les antécédents familiaux, les symptômes observés à la suite des abus sexuels, etc. La durée de passation de cette entrevue (grille présentée à l'Appendice D) varie entre 20 minutes et 30 minutes selon l'histoire de la jeune adolescente.

Échelle Wagnild et Young (1993)

Le questionnaire comprend 25 items faisant référence à cinq thèmes de résilience : la persévérance, l'humeur égale, le sens de la vie, l'autonomie et la solitude existentielle. La version originale a de bonnes qualités psychométriques. La cohérence interne de la variante américaine est bonne : les *alphas* de Cronbach se situant entre 0,84 et 0,94 (Wagnild, 2009). L'analyse factorielle a indiqué deux facteurs principaux (44 % de la variance), qui ont été nommés « compétence personnelle » (17 items) et « l'acceptation de soi et de la vie » (8 items). Les réponses aux items se situent entre *Accord* (1) et *Désaccord* (7). On demande au participant de lire l'énoncé et de choisir le chiffre qui correspond le mieux à ce qu'il pense de lui. Un score global est obtenu en additionnant les chiffres correspondant à chacune des réponses. La traduction française a été publiée en 2009 par Ionescu, Masse, Jourdan-Ionescu et Favro pour la France et le Québec. La consistance interne de cette version est très bonne : le coefficient *alpha* de Cronbach est

de 0,91 pour le score global et pour la dimension « compétences personnelles » (0,90), et moins élevé pour la dimension « acceptation de soi et de la vie » (0,76) (Ionescu et al., 2009).

Brief Cope (Carver, 1997)

Le questionnaire utilisé dans cette recherche est la traduction française du *Brief Cope*, effectuée sous la direction de Muller et Spitz (2003). Cet instrument est une version abrégée de l’Inventaire COPE (Carver et al., 1989). Il comprend 14 échelles évaluant toutes des dimensions distinctes du coping : le coping actif, la planification, la recherche de soutien social instrumental, la recherche de soutien émotionnel, l’expression des sentiments, le désengagement comportemental, la distraction, le blâme, la réinterprétation positive, l’humour, le déni, l’acceptation, la religion et l’utilisation de substances. Le *Brief Cope* a connu une popularité importante dans le champ du coping si on se fie aux nombreuses publications.

Chacune de ces échelles comprend 2 items (28 items au total). Le choix des réponses proposées est : « pas du tout », « de temps en temps », « souvent » et « toujours » et leur score respectif s’établit de 1 à 4 (*Brief Cope*). Cet inventaire est construit à partir de modèles théoriques reconnus (modèle transactionnel du stress de Lazarus & Folkman, 1984; modèle d’autorégulation du comportement de Carver & Scheir, 1981) et il permet d’évaluer la façon habituelle des personnes à faire face aux stresseurs de la vie quotidienne ou à un stresseur précis. Pour la présente étude, nous

utilisons le format situationnel où nous demandons aux participantes de se référer à un évènement stressant qu'elles ont vécu, notamment l'expérience de l'abus sexuel.

La traduction a été faite en France et validée sur cette population (Muller & Spitz, 2003). Deux études ont été effectuées pour la validation. Dans la première étude, 934 étudiants de premier cycle universitaire ont répondu au *Brief Cope* dans son format dispositionnel ainsi qu'au *Goldberg's General Health Questionnaire* (GHQ12; Goldberg, 1972), à l'*Échelle d'estime de soi* de Rosenberg (1979). En ce qui concerne la validité de structure, une analyse LISREL a révélé des coefficients de régression élevés (20 items supérieurs à 0.50; 7 items entre 0.40 et 0.50; 1 item à 0.28; $\chi^2=606$, $p < 0.05$).

Plus précisément, l'étude 1 montre que la structure théorique prédictive est conforme aux résultats obtenus avec la version originale ($\chi^2 = 606$; $p < 0,05$; RMSEA = 0,04; GFI > 0,95; AGFI > 0,92; RMR < 0,03), corroborant ainsi la structure factorielle en 14 échelles du *Brief Cope*. Les résultats confirment, de plus, les qualités de validité externe qui ont été obtenues en corrélant les scores obtenus aux 14 échelles du *Brief Cope* avec les scores obtenus à l'échelle d'estime de soi (SEI; Rosenberg, 1979), à l'échelle de stress perçu (PSS; Cohen, Kamark, Mermelstein, 1983) et au questionnaire de santé générale (GHQ-12; Goldberg, 1972). Les résultats de l'étude 2, révèlent que le format situationnel possède une structure factorielle congruente avec celle souhaitée ($\chi^2 = 391$; $p < 0,05$; RMSEA = 0,05; GFI > 0,87; AGFI > 0,80; RMR < 0,06). La validité externe est obtenue par les résultats aux mesures du contrôle perçu et de

l'évolution perçue de la situation, indicateurs pertinents pour l'évaluation cognitive de la situation. Les résultats prédisent des relations significatives aux 14 échelles de l'inventaire, entre les perceptions du contrôle de la situation et de l'évolution de celle-ci. Dans la seconde étude, la version situationnelle du *Brief Cope* a été complétée par 250 autres étudiants. Pour vérifier la validité du *Brief Cope* dans le format situationnel, les chercheurs ont suivi la procédure utilisée lors de la validation du *Ways Coping Checklist* (WCC). Cette version obtient une bonne validité de structure (majorité des items/ supérieurs à 0.60 et aucun/ inférieur à 0.40; $\chi^2=391, p < 0.05$).

Cet outil présente de bonnes qualités psychométriques dans sa version situationnelle. Sa structure factorielle est congruente avec celle qui est attendue. Quant à la validité externe, l'étude des relations entre perceptions du contrôle de la situation et de l'évolution de celle-ci, et stratégies mises en place montre que la perception d'un faible contrôle ou d'une évolution peu favorable de la situation est associée à des stratégies décrites comme dysfonctionnelles, alors que la perception d'un contrôle important ou d'une évolution favorable est associée à des stratégies décrites comme fonctionnelles. Il s'agit d'un instrument valide capable d'évaluer les réponses adaptatives des personnes qui sont confrontées à des situations de stress spécifiques.

Questionnaire de Style Défensif (DSQ-40; Andrews et al., 1993)

Les mécanismes de défense ont été évalués à l'aide du DSQ (forme à 40 items). Cet instrument explore 20 mécanismes de défense regroupés en trois facteurs : les défenses

matures (sublimation, humour, anticipation et répression), les défenses névrotiques (annulation, pseudoaltruisme, idéalisation et formation réactionnelle) et les défenses immatures (projection, agression passive, passage à l'acte, isolation, dévalorisation/omnipotence, rêverie autistique, déni, déplacement, dissociation, clivage, rationalisation et somatisation).

La plupart des items sont issus de la première version comprenant 88 items qui a été mis en relation avec 24 mécanismes de défense. Chacun des énoncés correspond à des comportements, des dérivés conscients de ces mécanismes de défense. Les chercheurs ont fait passer le questionnaire à 209 participants dont 98 patients étaient âgés entre 25 et 64 ans et avaient reçu un diagnostic psychotique, névrotique ou personnalité limite et 111 patients âgés entre 16 et 69 ans, sans diagnostic psychiatrique. Ils ont aussi utilisé deux autres instruments pour établir des relations avec le développement du moi et avec sa maturité : le *Questionnaire d'évaluation de la force du moi* de Brown et Gardner et le *Test des phrases à compléter* de Loevinger. L'analyse factorielle utilisée, a révélé que les mêmes facteurs étaient présents dans les deux populations prises séparément, c'est-à-dire qu'à chaque style correspond un ensemble de défenses.

Le premier facteur compte pour 50 % de la variance totale et comprend six mécanismes de défense : le retrait, l'activisme, la régression, l'inhibition, l'agression passive et la projection. Bond soutient que ces défenses sont aussi présentes chez les personnes qui ont un bon fonctionnement psychique et que leur attribuer le terme

immaturité est plus ou moins juste. Étant donné que ces défenses ont en commun l'incapacité des personnes à négocier avec leurs pulsions par une action constructive, l'auteur suggère donc de nommer ce style défensif *modèle d'action inadaptée*. Le deuxième facteur correspond à 10 % de la variance totale et regroupe trois défenses : le clivage, l'idéalisation primitive et l'omnipotence avec dépréciation. Ce style est appelé *distorsion de l'image* et est orienté vers l'image plutôt que l'action. Le recours à ces défenses peut être efficace en situation de stress (par exemple, maladie physique grave) pour les individus qui ne les utilisent pas habituellement. Dans le registre pathologique, les personnes utilisant prioritairement ce mode défensif présentent des troubles de personnalité narcissique ou limite (Kernberg, 1975) et elles ont des difficultés importantes à établir des relations matures. Le troisième facteur rend compte de 9 % de la variance totale et comprend la formation réactionnelle et le pseudoaltruisme, deux mécanismes associés au besoin de se percevoir comme gentil, serviable et jamais en colère. Les personnes qui ont recours à ce style, fonctionnent bien en général sauf en situation de deuil et d'anxiété où elles ont tendance à devenir dépressives. Bond a appelé ce style défensif *sacrifice de soi*. Le dernier facteur comptant pour 8 % de la variance totale, regroupe trois défenses, soit l'humour, la répression (mise à l'écart) et la sublimation. Ces défenses permettent à l'individu de maîtriser le conflit et elles sont corrélées à un bon coping. Pour cette raison, Bond leur a attribué le terme *adaptatif*. Le *DSQ-40* a été le plus utilisé dans les études empiriques. Il est le seul à avoir été traduit en français, sous la direction de Andrews et al. (1993). On retrouve seulement deux items par défense (20) et la majorité provient de la version à 88 items.

Parmi les trois items qui diffèrent, il y en a un qui appartient à la rêverie autistique et les deux autres à la rationalisation. La sélection des items a été faite par différentes procédures dont la corrélation de l'item à la défense, la corrélation de l'item au facteur, la validité de façade, la capacité de l'item à distinguer les personnes anxieuses de celles qui ne le sont pas et la corrélation test-retest montrant une stabilité dans le temps. Les auteurs ne donnent pas d'informations sur leur procédure.

L'Échelle d'évaluation du fonctionnement global (EGF; DSM-IV-TR)

L'Échelle d'évaluation du fonctionnement global (EGF) du DSM-IV-TR est une échelle numérique (allant de 0 à 100) qui permet d'évaluer le niveau de fonctionnement global actuel de la personne dans différentes sphères de sa vie (social, scolaire, professionnel, familial). Elle est construite sur un continuum hypothétique, de la santé mentale à la maladie. Elle est associée à l'axe V du DSM-IV-TR. Elle est utilisée en psychiatrie et dans de nombreuses recherches. Dans notre étude, elle est utilisée pour confirmer la relation entre le diagnostic TÉSPT et le fonctionnement global des adolescentes.

Il s'agit d'attribuer un score de 0 à 100 à l'individu concernant son fonctionnement psychologique, social et professionnel actuel. Par exemple, le niveau supérieur fait référence à un score entre 91 et 100 et signifie un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. La personne n'est jamais débordée par les problèmes qui surviennent. Elle est recherchée par autrui pour ses nombreuses qualités. Elle ne

manifeste aucun symptôme. Par contre, si la personne obtient un score du niveau inférieur, entre 1 et 10, elle manifestera par exemple des accès répétés de violence ou elle sera dans une incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou elle fera une tentative de suicide avec attente précise de la mort. Le niveau zéro est utilisé lorsque des informations importantes sont manquantes. Les limitations physiques ou environnementales ne doivent pas être incluses.

Dans des études scientifiques, la fiabilité inter-juges, mesurée par le coefficient de corrélation intra-classes pour l'EGF se situe entre 0,61 et 0,91 (American Psychiatric Association, 2000). L'erreur standard est de 5 à 8 points. Lorsque la fiabilité est calculée sur la base des jugements des cliniciens, elle s'étend de 0,54 à 0,65 (Jones & Thornicroft, 1995).

Après avoir terminé la passation des instruments de mesure correspondant aux variables mises à l'étude, la chercheure a établi un score de fonctionnement psychologique, social et scolaire actuel pour chaque participante à l'aide de l'EGF. Ce score permettra par la suite de vérifier s'il y a des différences entre les deux groupes, avec diagnostic ou sans diagnostic, concernant le niveau de fonctionnement.

Davido-CHaD

Roseline Davido (1994) a conçu son test par étape à partir de sa clinique psychiatrique. Elle a commencé par utiliser le dessin de l'enfance pendant plusieurs

années de pratique avec des cas pathologiques. Puis, la consigne des dessiner des mains s'est ajoutée et finalement, le dessin de la « main qui gêne » est venu complété le *DAVIDO-CHaD* qui comprte maintenant trois épreuves.

Ce test permet d'avoir rapidement une compréhension claire de la problématique de l'enfant comme de l'adulte. Il est donc d'un grand apport pour l'intervention. Particulièrement chez l'enfant, il peut permettre la levée de la barrière du mutisme concernant les différentes formes de maltraitance et particulièrement l'abus sexuel. L'auteure suggère fortement de faire passer le test au complet pour avoir un éclairage clinique juste et précis en peu de temps. Mais dans le cadre de notre étude, la passation de l'épreuve complète aurait trop alourdi notre expérimentation avec les adolescentes. Le niveau de concentration des adolescentes victimes d'abus sexuel est, de plus, souvent très bas. Il pouvait, toutefois, être très pertinent de recueillir des informations concernant le niveau d'adaptation au réel, la capacité de prendre de la distance par rapport à la souffrance psychologique et le degré de différenciation moi/autre et faire des liens avec les résultats quantitatifs. Ces informations pouvaient être obtenues par le dessin de *la main qui gêne*.

Ce test peut être administré individuellement ou collectivement. Le matériel comprend une feuille de papier blanc de 8 1/2 X 11, un crayon noir 2B bien taillé et un taille-crayon (pas de gomme à effacer, pas de règle). L'examineur doit être assis de préférence à côté de la participante. La consigne est de demander au sujet de dessiner

une main qui gêne, qui dérange. Si la personne ne comprend pas bien, on peut répéter la consigne : « dessine la main qui te gêne, la main qui te dérange ». On ne doit pas induire la réponse en exprimant une main qui menace. Si le sujet choisit de dessiner le contour de sa main, on n'intervient pas. Chaque fois que le sujet hésite, on doit lui rappeler que la qualité esthétique n'est pas importante.

L'examineur prend des notes qui constituent les signes cliniques du déroulement de la passation. Le temps de latence (le temps écoulé entre le début de la consigne et le début du dessin) et le temps de réalisation doivent être enregistrés. Les commentaires spontanés faits tout au long de l'épreuve, la difficulté d'élaboration du dessin (retouches, renforcements, essais et erreurs, etc.) et les hésitations pour continuer le dessin doivent être notés. Une fois le dessin terminé, l'administrateur passe à l'étape de l'enquête qui repose sur un certain nombre de questions et sur l'analyse des commentaires spontanés ou provoqués du sujet. Les questions posées sont : « À qui appartient cette main? », « Que fait-elle? » et « Pourquoi te gêne-t-elle? »

Pour faciliter la cotation des dessins, une grille a été conçue par l'auteure de la thèse (voir Appendice E) et validée par onze juges soit dix étudiants inscrits au doctorat en psychologie et un professeur du département de psychologie possédant une expertise dans l'analyse des dessins. Les dessins originaux leur ont été remis un à un. La grille comprend un espace réservé à l'inscription du nom du juge et de la date de la cotation. La première section de la grille est séparée en quatre parties qui correspondent aux

caractéristiques importantes pour l'analyse du dessin selon l'auteure de ce test : proportion, trait, écriture. La deuxième section correspond aux questions de l'enquête : À qui appartient la main? La souffrance est-elle exprimée? Les juges ont reçu préalablement une formation d'une trentaine de minutes pour se familiariser avec les différents caractères graphiques du dessin de la « main qui gêne » établis par Davido (1994). Puis, chaque dessin est présenté sur un écran, dans un premier temps, et les juges sont d'abord invités à donner leur première impression avant de passer à l'analyse proprement dite à partir des différents caractères graphiques proposés par Davido : la proportion, les traits et lignes et l'utilisation d'écriture. Ce n'est que dans un second temps que les juges doivent donner leur avis sur l'appropriation de la main et l'expression de la souffrance. Enfin, cette grille permet de faire une analyse globale du dessin à partir des indices graphiques, de l'interprétation des détails mis en relation les uns avec les autres, de l'appropriation de la main par la participante et de l'expression de sa souffrance, liée ou non à l'abus sexuel. Il faut rappeler cependant, que nous n'avons fait passer qu'une partie du test Davido-CHaD, soit « le dessin de la main qui gêne » qui permet de faire ressortir des indices liés à l'abus sexuel, compte tenu du temps disponible pour l'expérimentation.

Thematic Aperception Test (Murray, 1938)

Plus connu sous l'abréviation TAT, c'est un test projectif thématique qui occupe une place de choix parmi les épreuves projectives. Dans la présente thèse, ce test est utilisé pour réaliser une étude de cas avec une participante volontaire. Il permettra de

valider qualitativement les résultats quantitatifs et de les nuancer. C'est son aperception qui est étudiée à partir de la signification donnée à l'image, c'est-à-dire l'interprétation qu'elle donne de sa perception en fonction de son expérience de vie antérieure.

La première version du TAT a été publiée en 1938 en collaboration avec Morgan. La forme définitive est parue en 1943. Le test comporte 32 planches. Certaines s'adressent à tous les participants et elles portent un simple numéro (1, 2... 20). Les autres planches se répartissent d'après le sexe et l'âge des sujets; le numéro est alors jumelé avec la lettre B (*boys*) pour les garçons, G (*girls*) pour les filles, M (*males*) pour les hommes, et F (*female*) pour les femmes. Il y a également les combinaisons BG pour les enfants, MF pour les adultes, BM pour les participants, et GF pour les participantes. On peut ainsi administrer au total 20 planches à un sujet.

Les auteurs plus contemporains préfèrent administrer une série de 10 à 12 planches choisies parmi l'ensemble des planches en une seule séance (Azoulay & Emmanuelli, 2000; Brelet-Foulard & Chabert, 2003; Shentoub, 1990). Le problème que cela soulève est le choix des planches. Le premier facteur qui doit être envisagé est l'âge du participant. Les planches pour enfants (BG) peuvent être passées jusqu'au début de l'adolescence (12 ans). Et les planches pour adultes conviennent à partir de 12 ans. La planche 16 (planche blanche) est toujours administrée à la fin car elle révèle souvent l'idéal du participant, les conditions de vie qui le rendraient heureux.

Toutes les cartes n'ont pas la même valeur au plan du diagnostic. Des études ont été réalisées par des cliniciens expérimentés pour déterminer les plus révélatrices. Il n'y a pas de consensus à cet effet. Nous retiendrons celles proposées par Shentoub (1990) comprenant 13 planches : 1, 2, 3BM, 4, 5, 8BM, 6GF, 9GF, 10, 11, 12BG, 13B, 13MF, 19, 16. Nous avons retenu cette formule puisque l'auteure a produit un nombre important de recherches de 1954 à 1982 et élaboré une méthodologie sous forme d'une fiche de dépouillement. Elle est aussi très utilisée en recherche et en clinique.

La passation ne comporte qu'une seule séance. Nous avons utilisé la consigne proposée par Shentoub (1990) qui est donnée au départ, à la première planche : « imaginez une histoire à partir de la planche ». Contrairement à la consigne de Vica Shentoub (1990) qui formule une autre consigne à la planche 16 – « jusqu'à présent, je vous ai montré des images qui représentaient des personnages ou des paysages, maintenant je vous propose cette planche qui est la dernière : vous pourrez me raconter l'histoire que vous voudrez » (p. 62) – aucune consigne spécifique n'a été donnée à cette planche. Nous avons préféré voir comment la jeune réagissait face à un stimulus complètement différent des précédents.

Le temps de latence est mesuré, c'est-à-dire le temps écoulé entre la présentation de la planche et le moment où le sujet commence à parler; le temps global par planche, du moment de présentation de la planche jusqu'à la fin du récit à cette planche. Les récits seront notés intégralement en respectant les caractéristiques suivantes : les abréviations,

reconstructions, interprétations du clinicien sont à proscrire. La passation sera, de plus, enregistrée afin d'éviter tous signes de défaut de fiabilité dans l'écoute. Il y aura peu d'intervention pendant la passation, sauf si nous le jugeons cliniquement nécessaire. Une fois la passation terminée, nous ferons le travail de dépouillement à partir de la fiche de dépouillement d'Azoulay et Emmanuelli (2000). Le dépouillement comprendra deux phases : l'analyse planche par planche et la synthèse par convergence d'indices des thèmes, des procédés, des temps de latence, etc.

Accords inter-juges

Un professeur universitaire spécialisé dans les méthodes projectives et spécifiquement le TAT, ainsi qu'une doctorante finissante (stage clinique) ont d'abord analysé, à partir des verbatim de chaque planche, le protocole de la participante la plus résiliente ayant accepté de passer le TAT. La fiche de dépouillement d'Azoulay et Emmanuelli (2000) a permis cette analyse planche par planche. Dans un deuxième temps, les deux juges et la chercheure se sont rencontrés pour mettre en commun leurs résultats. Chaque procédé repéré dans les protocoles a été accepté par les trois juges avant d'être retenu par la chercheure.

Déroulement de l'expérimentation

Au terme des démarches de recrutement, nous avons retenu 19 adolescentes ayant déclaré avoir été victimes d'abus sexuel ou de viol, sur 20 adolescentes rencontrées. La vingtième n'a pas donné suite à la première rencontre. Parmi ces adolescentes, certaines

étaient des anciennes clientes et les autres avaient été référencées par les CAVAC et CALACS de Montréal, des Laurentides et de Hull. Une adolescente avait été recommandée par Parents Unis de Joliette.

Lors de la première rencontre, nous avons pris contact avec l'adolescente pour lui exposer les objectifs du projet de recherche et les règles de confidentialité, lui faire signer le consentement éclairé et compléter le questionnaire sociodémographique. Lors d'un deuxième entretien, nous avons fait remplir les quatre questionnaires dans l'ordre suivant : *Échelle de résilience* (Wagnild et Young, 1993), *Brief Cope* (Carver et al., 1989), *Questionnaire de Style Défensif* (DSA-40, Andrews et al., 1993), ainsi que *l'Échelle d'évaluation des manifestations* du Trouble de l'État de stress post-traumatique (Appendice F, DSM-IV-TR; APA, 1994), puis dessiner la *Main qui gêne* du *Davido-Chad*.

Pour terminer, nous avons posé une question ouverte concernant la relation avec leur mère. Au départ, un troisième entretien avait été prévu pour toutes les participantes, pour la passation du TAT. La plupart des adolescentes ont refusé de passer ce test projectif, mais trois d'entre elles ont acceptées. Toutefois, ces trois jeunes adolescentes n'étaient pas représentatives de l'ensemble de l'échantillon, et c'est pour cette raison que nous avons décidé de faire passer le TAT à une seule participante, soit l'adolescente qui avait obtenu le score global sur l'*Échelle de résilience Wagnild et Young*. Dans la prochaine partie, il sera question de la constitution de ces deux groupes.

Constitution de deux sous-groupes

Afin d'observer avec plus de précisions les variations individuelles et d'établir des profils pour les adolescentes abusées sexuellement résilientes et non résilientes, deux sous-groupes ont été constitués. Pour ce faire, l'*Échelle d'évaluation des manifestations du Trouble État de Stress Post-traumatique*, (DSM-IV-TR; APA, 1994) a été administrée aux dix neuf adolescentes. Une appréciation des symptômes a été faite par la suite à partir des six critères du TÉSPT. Les adolescentes ne répondant pas aux six critères TÉSPT ont été placées dans le groupe « sans diagnostic » et les autres dans le groupe « avec diagnostic ». Le trouble État de stress post-traumatique est diagnostiqué lorsque le nombre de symptômes requis est atteint (critère A = la menace, critère B = 3 symptômes, critères C = 5 symptômes et critères D = 3) et que ces symptômes durent plus de trois mois après l'évènement (critère E) ou entraînent une altération clinique dans des domaines importants de fonctionnement accompagnée d'une détresse psychique (critère F).

Résultats

Dans ce chapitre, nous présentons dans un premier temps les résultats à *l'Échelle de stress post-traumatique* qui ont permis de constituer les deux sous-groupes : « avec diagnostic TÉSPT » et « sans diagnostic TÉSPT ». Les résultats aux instruments et aux tests utilisés pour la recherche sont abordés dans la partie suivante. Nous terminons par une étude de cas d'une adolescente ayant le score le plus élevé à *l'Échelle de Résilience* qui a accepté de passer l'épreuve projective TAT.

Analyse descriptive

Comme nous l'avons décrit dans le chapitre sur la méthode, nous avons constitué deux sous-groupes à partir de l'évaluation des manifestations des symptômes post-traumatiques. Les participantes devaient identifier leurs symptômes à partir d'une liste des réactions post-traumatiques. Celles qui répondaient aux critères de l'État de stress post-traumatique (DSM-IV-TR) ont été placées dans le groupe « avec diagnostic » et les autres dans le groupe « sans diagnostic ».

Onze participantes ont été classées dans le groupe sans diagnostic, c'est-à-dire qu'elles manifestaient des symptômes des critères A (exposition à un événement traumatisant), B (reviviscence), C (évitement persistant), et D (activation neurovégétative) mais ne répondaient pas aux six critères du Trouble État de Stress post-traumatique (TÉSPT), alors que les huit autres participantes qui ont été classées dans le groupe avec diagnostic y répondaient. Le Tableau 6 présente les symptômes de chacune des participantes. Les adolescentes du groupe sans diagnostic ne présentent jamais les

critères E (souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines) et F (durée de plus de 3 mois). Par contre, toutes les filles du groupe avec TÉSPT ont ces deux critères. Dans le groupe sans diagnostic, une participante a déclaré aucun symptôme (n° 17) alors que dans le groupe avec diagnostic les participantes ont dix symptômes et plus.

Tableau 6
Symptômes post-traumatiques des 19 participantes

Critère	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
B	1	0	3	4	3	3	3	3	5	5	1	2	5	0	5	4	0	2	4
C	1	1	6	6	3	7	2	7	3	3	3	1	4	4	4	3	0	3	3
D	0	1	4	2	4	3	2	5	4	5	3	1	2	1	4	2	0	1	3
E	N	N	N	O	N	O	N	O	O	O	N	N	O	N	O	N	N	N	O
F	N	N	N	O	N	O	N	O	O	O	N	N	O	N	O	N	N	N	O

Note. Zone ombragée = participantes avec diagnostic.

A=exposition à un événement B=reviviscence C=évitement D=hyperéveil E= Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres domaines F=Durée de plus de 3 mois N=critère non présent. O=critère présent.

La présence ou l'absence des critères A, E et F ayant permis la constitution des deux groupes, nous ne présentons dans le tableau 7, que la moyenne, l'écart type et la dispersion des symptômes qui appartiennent aux critères B, C, et D, en fonction des deux groupes. Les participantes avec diagnostic manifestent plus de symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hyperéveil que les participantes sans diagnostic. Pour l'ensemble des adolescentes, l'évitement obtient la moyenne la plus élevée. Nous

pouvons observer aussi que la dispersion des symptômes est plus grande dans le groupe sans diagnostic.

Tableau 7

Moyenne, écart-type et dispersion des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'activation

Symptôme	Groupes						
	Sans diagnostic			Avec diagnostic			<i>t</i> de Student
	<i>M</i>	ÉT	Dispersion	<i>M</i>	ÉT	Dispersion	
B.Reviviscence	1,46	1,44	0-4	4,25	0,87	3-5	-2,55*
C. Évitement	2,18	1,83	0-6	4,63	1,79	3-7	-4,73*
D. Hyperéveil	1,36	1,29	0-5	3,50	1,20	2-5	-3,24*

* $p < 0,05$

La comparaison des moyennes pour les critères A (reviviscence), B (évitement) et C (hyperéveil) révèle que le groupe d'adolescentes avec diagnostic présente des moyennes significativement plus élevées, soit les symptômes de reviviscence [$t(17) = -2,55, p < 0,05$], d'évitement [$t(17) = -4,73, p < 0,05$] et d'hyperéveil [$t(17) = -3,24, p < 0,05$].

Tous les abuseurs étaient des hommes. Le plus jeune avait 13 ans et le plus âgé avait 60 ans ($M = 34,11$; $ÉT = 16,12$). Cependant, la plupart d'entre eux étaient des adultes. La majorité des adolescentes a été agressée par un abuseur ($n=14$). Un nombre plus élevé d'adolescentes sans diagnostic a été victime d'un seul abuseur ($n=9$) aucune de ce groupe n'a été victime de multiples abuseurs (voir Figure 1).

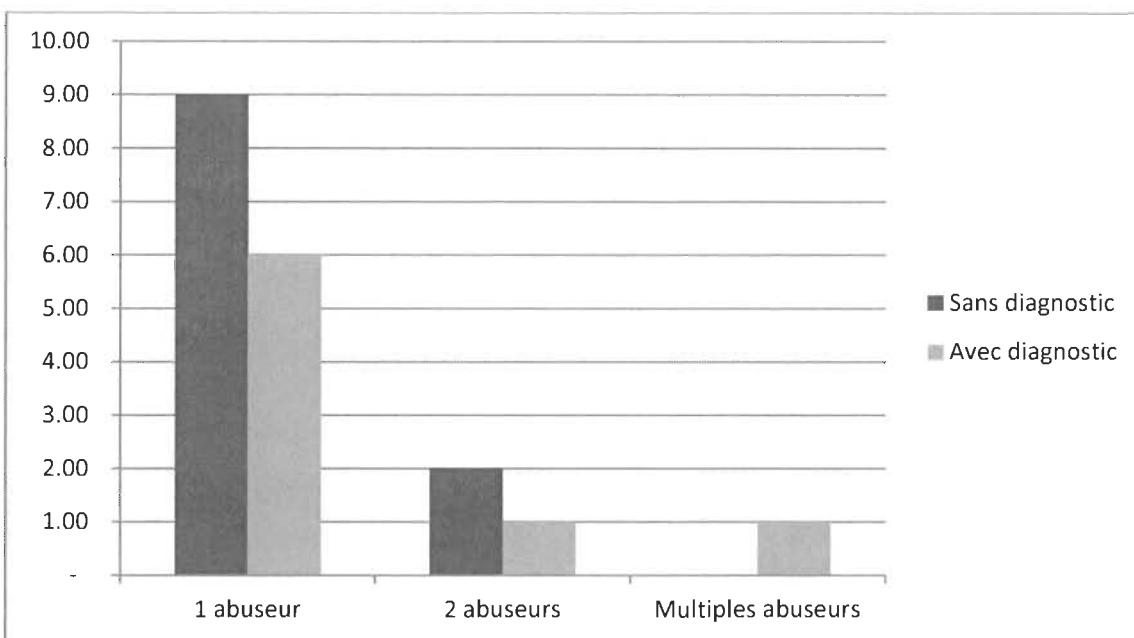


Figure 1. Nombre d'abuseurs par victime selon les deux groupes ($N=19$).

En ce qui concerne les caractéristiques d'abus sexuel (intrafamilial, extrafamilial et intra et extrafamilial), nous pouvons voir dans la Figure 2 que le nombre de participantes sans diagnostic ($n=6$) ayant déclaré un abus sexuel intrafamilial (père, beau-père, frère, cousin, conjoint) a été deux fois plus élevé que le nombre de participantes avec diagnostic ($n=3$). Par contre, nous pouvons observer que deux ($n=2$) adolescentes du groupe avec diagnostic ont été victimes des deux formes d'abus sexuel soit intrafamilial et extrafamilial alors qu'aucune adolescente du groupe sans diagnostic n'a été victime des deux formes d'abus sexuel.

Quant à la durée de l'abus sexuel, le nombre d'adolescentes avec diagnostic ($n=6/8$; 75%) ayant déclaré avoir été abusées sur une base continue est proche de celui des adolescentes sans diagnostic ($n=6/11$; 54%). Par contre, les adolescentes du groupe sans

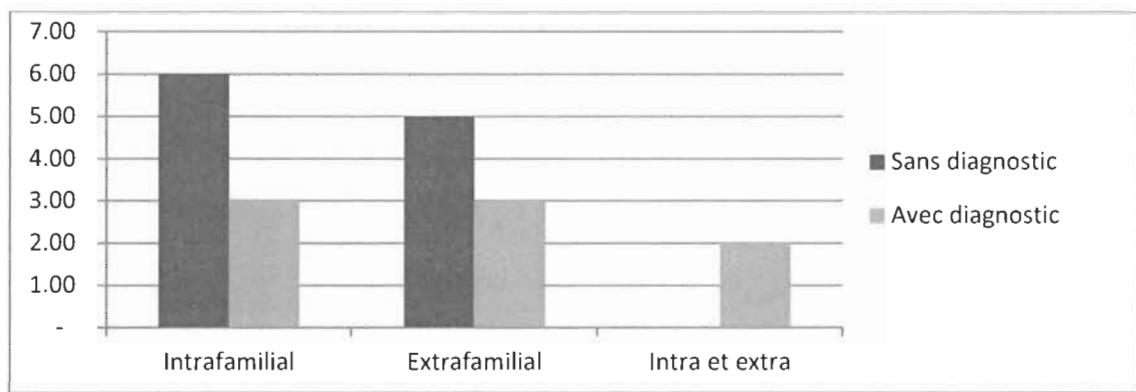


Figure 2. Caractéristiques d'abus sexuel selon les deux groupes ($N=19$).

diagnostic qui ont dévoilé que les abus sexuels se sont produits entre 1 et 3 épisodes ($n=5/11$; 45%), sont plus nombreuses que celles du groupe avec diagnostic ($n=2/8$; 25%) (Figure 3).

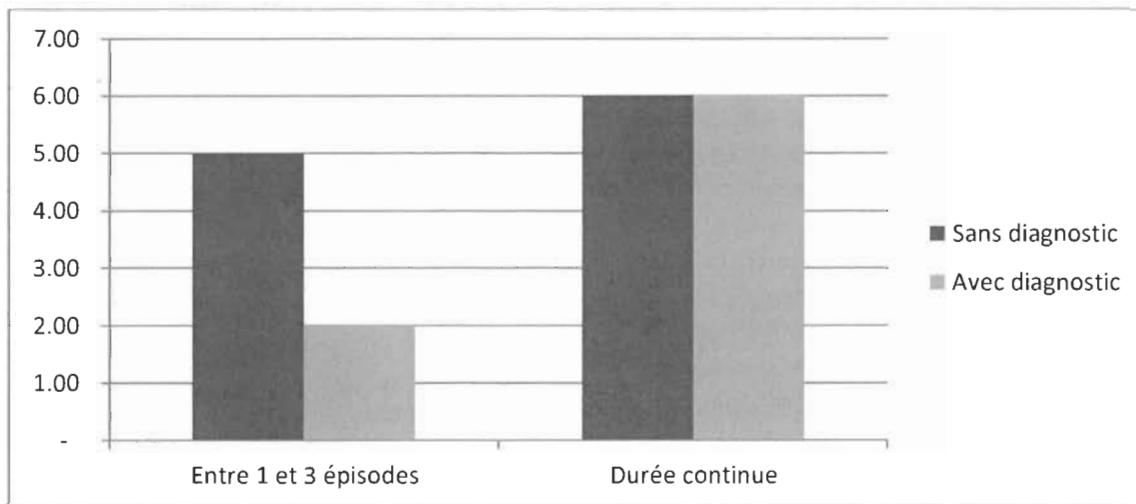


Figure 3. Durée de l'abus sexuel pour les deux groupes ($N=19$).

L'âge de survenue se situe entre 6 et 11 ans pour la plupart des victimes ($n=10$). Selon les deux groupes, 4 participantes sans diagnostic et 6 participantes avec diagnostic

ont été abusées sexuellement pendant la période de latence (voir Figure 4). Aucune adolescente avec diagnostic n'a été abusée à l'adolescence.

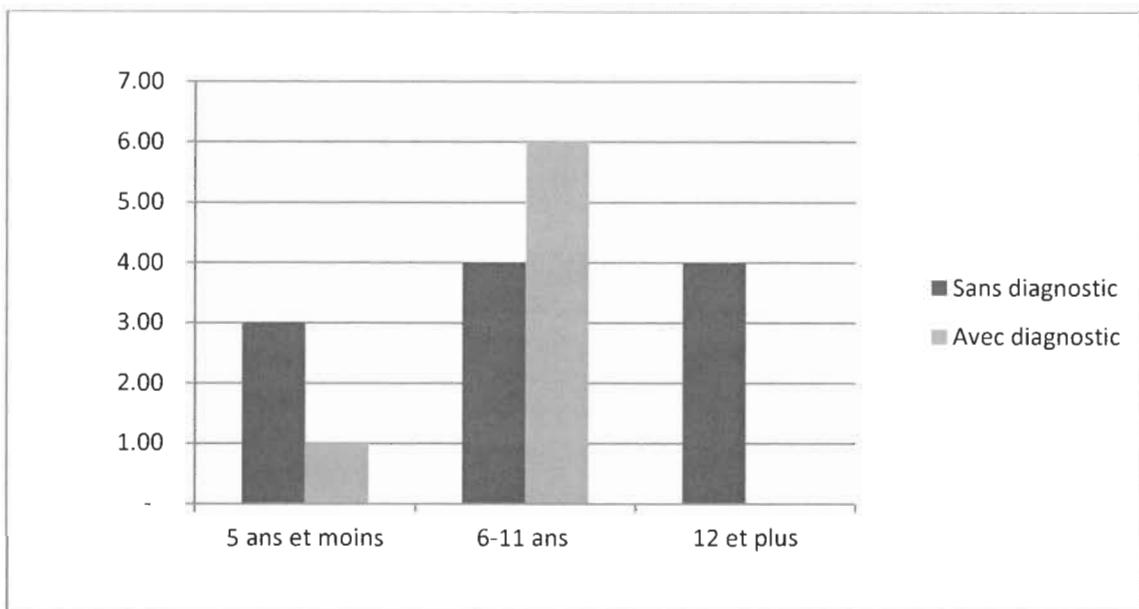


Figure 4. Âge de survenue de l'abus sexuel pour les deux groupes (N=19).

La Figure 5 illustre les formes d'abus sexuel (incluant pornographie, réseaux sociaux, exhibitionnisme). Dans l'ensemble de la cohorte, les attouchements ont été les actes les plus souvent rapportés par les victimes ($n=15$) alors que cinq adolescentes ont déclaré avoir été victimes de pénétration avec violence et deux abusées sexuellement dans leur relation amoureuse. Les attouchements sans violence ont été plus souvent commis sur les participantes sans diagnostic ($n=5/11$) comparativement aux adolescentes avec diagnostic ($n=1/8$). Par contre, les adolescentes sans diagnostic ($n=3/11$; 27%) et celles avec diagnostic ($n=3/8$; 37%) ont été également victimes de pénétration avec violence. Les résultats au test *khi-carré* effectué pour vérifier les différences entre les

deux groupes pour les formes d'abus sexuel ne se sont pas révélés significatifs (attouchement : $\chi^2 = 1,43; p=0,23$).

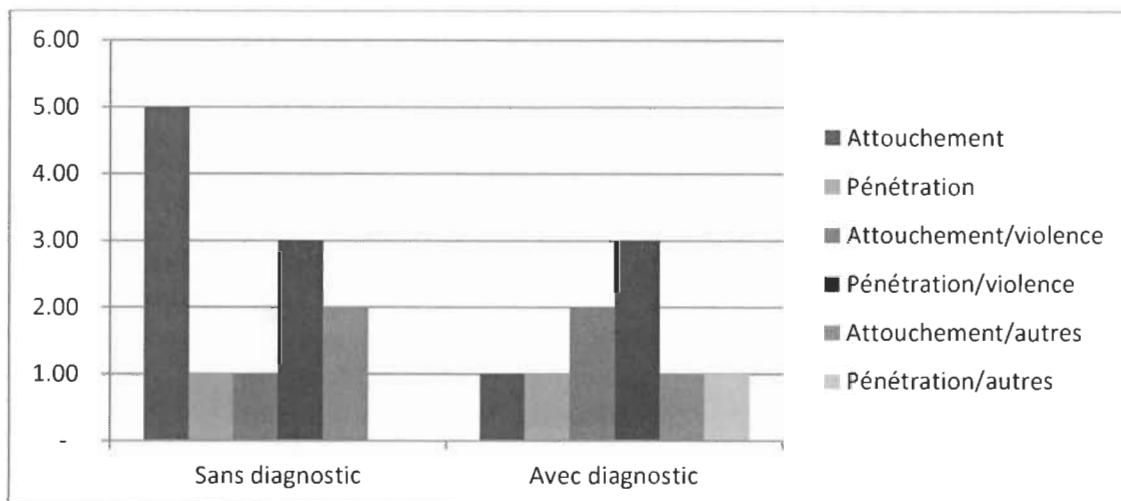


Figure 5. Formes d'abus sexuel selon les groupes ($N=19$)⁶.

Les troubles de comorbidité (voir Tableau 8) ont été rapportés par toutes les participantes sauf une, celle qui n'avait pas de symptômes de stress post-traumatique. Les troubles qui ont été fréquemment déclarés sont : l'anxiété (20 participantes), les pensées suicidaires (12 participantes) et les problèmes de comportements (10 participantes).

Selon les deux groupes, les résultats se répartissent différemment. Dans le groupe d'adolescentes sans diagnostic, les troubles de comorbidité qui sont le plus fréquemment rapportés sont l'anxiété ($n=10$), les problèmes de comportement ($n=6$) et la somatisation

⁶ Une adolescente sans diagnostic et une autre avec diagnostic ont été victimes de formes d'abus s'additionnant, soit attouchement et pénétration

(n=6). Par ailleurs, dans le groupe d'adolescentes avec diagnostic, parmi les troubles comorbides les plus nombreux, on retrouve l'anxiété (n=10) comme chez les adolescentes

Tableau 8

Troubles de comorbidité chez les participantes selon les groupes

Troubles	Participante	Participante
	Sans diagnostic (n = 11)	Avec diagnostic (n = 8)
Anxiété	10	10
Problème de comportement	6	4
Dépression	3	1
Somatisation	6	2
Comportement sexuel à risque	2	0
Pensées suicidaires	3	9
Automutilation	1	4

sans diagnostic, mais aussi deux autres troubles spécifiques, soit les pensées suicidaires (n=9) et l'automutilation (n=4). Aucune adolescente du groupe avec diagnostic n'a mentionné avoir manifesté des comportements sexuels à risque alors que deux participantes du groupe sans diagnostic rapportent qu'elles s'étaient placées dans des situations à risque sexuellement.

Échelle de résilience

L'ensemble des participantes a obtenu à l'*Échelle de résilience*, un score global moyen de 127 avec un écart type de 25,02. Dans le Tableau 9, nous pouvons voir que la

dispersion varie de 59 (score faible) à 156 (score élevé). Nous observons de plus, pour l'ensemble de la cohorte, un score moyen de compétences personnelles de 91,80 et un score d'acceptation de soi et de la vie de 35,20.

Tableau 9

Scores moyens, écart-types et dispersions des participantes à l'Échelle de Résilience

	<i>M</i>	<i>ET</i>	Dispersion observée	Dispersion théorique
Score global	127,00	25,02	59-156	25-175
Compétence	91,80	19,08	35-112	25-119
Acceptation	35,20	8,70	18-46	25-56

Nous avons procédé à la comparaison des deux groupes soit le groupe des adolescentes sans diagnostic et le groupe des adolescentes avec diagnostic. Dans le Tableau 10, nous pouvons observer que le groupe des adolescentes sans diagnostic obtient des scores moyens plus élevés (score global = 137,8; score à la dimension compétences personnelles = 99,5; score à la dimension acceptation de soi et de la vie = 38,4) que ceux des adolescentes du groupe avec diagnostic (score global = 109,9; score à la dimension compétences personnelles = 81,3; score à la dimension acceptation de soi et de la vie = 30,9). On peut constater de plus, dans le groupe des adolescentes sans diagnostic, que des différences concernant les dispersions. En effet, on remarque que les dispersions ne sont pas aussi étendues vers le bas que les adolescentes du groupe avec diagnostic.

Hypothèse 1 a). Notre première hypothèse statue que les adolescentes qui ne sont pas diagnostiquées TÉSPT ont des scores de résilience apparaissant plus élevés que le scores des adolescentes avec TÉSPT. Nous avons utilisé le test Mann-Wihtney⁷ pour comparer les scores des deux groupes à *l'Échelle de Résilience*. Les résultats ne se sont pas révélés significatifs, mais deux des scores ont montré une tendance (score global : $U = 22,00; p = 0,069$; compétence personnelle : $U = 21,50; p = 0,063$; acceptation de soi et de la vie : $U = 28,00; p = 1,85$).

Tableau 10

Scores Moyens, écart-types et dispersions à l'Échelle de Résilience pour les deux groupes

Résilience	Sans diagnostic n=11			Avec diagnostic n=8		
	M	ÉT	Dispersion	M	ÉT	Dispersion
Score global	137,8	9,3	124-152	109,9	32,5	59-156
Compétence	99,5	8,1	83-112	81,3	25	35-110
Acceptation	38,4	6,4	24-44	30,9	10	18-46

Bien que l'hypothèse 1 a) soit rejetée, le score global de résilience tend à être supérieur chez les participantes sans diagnostic ainsi que le score enregistré à la dimension compétence personnelle. Ces deux différences, au score global et aux

⁷ Le test Mann-Wihtney est un test non paramétrique et il est utilisé dans la comparaison d'échantillons indépendants de petite taille. Il permet d'estimer si les deux échantillons suivent la même loi de probabilité. Il utilise les rangs et il teste l'hypothèse H0 selon laquelle les échantillons sont identiquement positionnés.

compétences personnelles, auraient sans doute pu être significatives dans l'éventualité où le nombre de participantes auraient été plus élevé.

Stratégies de coping

Le Tableau 11 illustre le nombre moyen et la dispersion des stratégies de coping (*Brief Cope*) utilisées par l'ensemble de l'échantillon et pour les participantes des deux groupes. Nous observons que le nombre moyen de stratégies de coping est égal dans les deux groupes. La dispersion est légèrement différente pour les deux groupes ainsi qu'entre l'ensemble de l'échantillon et le groupe sans diagnostic. La dispersion de l'ensemble de l'échantillon est similaire à celle du groupe avec diagnostic.

Tableau 11

Nombre moyen de stratégies de coping selon l'ensemble de la cohorte et les deux groupes

Groupes	Nombre moyen de stratégies	Dispersion
Ensemble de l'échantillon	4,5 ($n = 19$)	8-1
Sans diagnostic	4,5 ($n = 11$)	7-2
Avec diagnostic	4,4 ($n = 8$)	8-1

Le Tableau 12 montre les stratégies de coping les plus utilisées par l'ensemble de l'échantillon et pour les deux groupes. En ce qui concerne l'ensemble de l'échantillon, on observe que la distraction, la recherche de soutien émotionnel et l'acceptation sont les stratégies utilisées par le plus grand nombre de participantes alors que l'humour, la

religion et la consommation de drogue et d'alcool sont les stratégies les moins employées.

Tableau 12

Les stratégies de coping pour l'ensemble de la cohorte et selon les deux groupes

Stratégies de coping	Sans diagnostic (n = 11)	Avec diagnostic (n = 8)	Ensemble de l'échantillon (n = 19)
	n	n	Total
Coping actif	6	5	11
Planification	4	4	8
Soutien instrumental	5	5	10
Soutien émotionnel	6	5	11
Expression/sentiments	5	5	10
Réinterprétation	5	4	9
Acceptation	6	5	11
Déni	4	5	9
Blâme	4	6	10
Humour	3	3	6
Religion	3	4	7
Distraction	7	5	12
Substances	3	4	7
Désengagement	4	5	9

Quatre des stratégies sont presque autant utilisées par deux sous-groupes. Ces stratégies sont le coping actif, du soutien instrumental, de l'expression des sentiments et du blâme. Quant au groupe de participantes sans diagnostic, on voit qu'un peu plus de la

moitié de celles-ci utilise la distraction et l'acceptation et la recherche de soutien émotionnel sont presque autant utilisées. Le blâme est la stratégie la plus utilisée par les participantes avec diagnostic.

Hypothèse 1 b). Notre deuxième hypothèse statue que les adolescentes qui ne sont pas diagnostiquées TÉSPT ont : des stratégies de coping efficaces et variées. Bien que le la distraction, le coping actif et le soutien instrumental sont trois stratégies efficaces qui sont plus souvent utilisées par les deux groupes et que les participantes avec diagnostic ont plus fréquemment recours au blâme que les participantes sans diagnostic, les différences entre les deux groupes ne se sont pas révélées significatives. L'hypothèse 1b) qui stipule que les adolescentes sans diagnostic auront des stratégies de coping efficaces et variées est donc rejetée.

Hypothèse 2. La deuxième hypothèse propose que, pour l'ensemble des participantes, certains des scores de résilience – le score global ou les scores des deux dimensions – et les stratégies de coping sont corrélées. Nous avons trouvé deux stratégies de coping corrélées significativement aux scores à l'*Échelle de Résilience* (voir Tableau 13). Une première corrélation positive a été observée entre la distraction et la compétence personnelle ($r = 0,46; p < 0,05$) et une autre corrélation s'est montrée positive entre l'expression des sentiments et l'acceptation de soi et de la vie ($r = 0,52; p < 0,05$). De plus, deux autres corrélations marginalement significatives ont été observées, soit une corrélation négative entre le blâme et l'acceptation de soi et de la vie

($r = -0,43; p = 0,10$) et une corrélation positive entre la distraction et le score global de résilience ($r = 0,43; p = 0,10$). Notre hypothèse 2 est donc en partie vérifiée.

Tableau 13

Corrélations entre les scores du Brief Cope et ceux à l'Échelle de Résilience

Variable	Scores de résilience		
	Résilience globale	Compétence personnelle	Acceptation de soi et de la vie
Coping actif	0,26	0,24	0,19
Planification	0,04	-0,06	0,11
Soutien instrumental	0,26	0,20	0,28
Soutien émotionnel	0,00	0,09	-0,20
Expression/ sentiments	0,35	0,23	0,52*
Réinterprétation	0,31	0,30	0,23
Acceptation	0,19	0,19	0,14
Déni	-0,13	-0,08	-0,21
Blâme	-0,23	-0,12	-0,43 ⁰
Humour	0,01	0,01	-0,05
Religion	-0,07	-0,07	-0,05
Distraction	0,43 ⁰	0,50*	0,21
Substances	-0,19	-0,21	-0,06
Désengagement	0,18	0,24	-0,01

* : La corrélation est significative au niveau $p < 0,05$

⁰ : La corrélation montre une tendance $p < 0,10$

Mécanismes de défense

Dans le Tableau 14, on peut voir le nombre moyen de mécanismes de défense utilisés au *DSQ-40* ainsi que la dispersion pour l'ensemble de l'échantillon et pour les

deux groupes. Les résultats obtenus concernant le nombre moyen de mécanismes de défense est plus élevé chez les adolescentes avec diagnostic alors que les adolescentes sans diagnostic obtiennent le plus faible; mais, en ce qui concerne les résultats de la dispersion, l'écart est égal entre les deux groupes et légèrement plus élevé pour l'ensemble de la population.

Tableau 14

Nombre moyen de mécanismes de défense selon l'ensemble de l'échantillon et les deux groupes

Ensemble et groupes	n	Dispersion
Ensemble de l'échantillon	6,3 (n = 19)	3-10
Sans diagnostic	5,9 (n = 11)	3-9
Avec diagnostic	6,9 (n = 8)	4-10

Le Tableau 15 illustre les mécanismes de défense utilisés par l'ensemble de des adolescentes de l'échantillon et par les participantes des deux groupes. Deux mécanismes de défense sont plus souvent utilisés par l'ensemble des participantes (n=12), il s'agit de la répression et de l'humour, mais la sublimation est presque autant utilisée (n=11) par les deux groupes. Les adolescentes ont aussi recours assez souvent à trois autres mécanismes de défense (n=9), soit le passage à l'acte, l'anticipation et l'omnipotence (n=8).

Tableau 15

Mécanismes de défense pour l'ensemble de la population et selon les deux groupes

Mécanisme défense	Sans diagnostic (n=11)	Avec diagnostic (n=8)	Ensemble de la population (n=19)
	Nombre participantes	Nombre participantes	Total
Mature			
Répression	8	4	12
Sublimation	5	6	11
Humour	8	4	12
Anticipation	7	1	8
Névrotique			
Annulation	1	3	4
Formation	5	2	7
Idéalisation	3	2	5
Pseudoaltruisme	3	2	5
Immature			
Agression passive	1	4	5
Clivage	3	2	5
Déni	0	0	0
Déplacement	1	4	5
Dissociation	1	0	1
Isolation	3	3	6
Omnipotence	2	6	8
Passage à l'acte	6	3	9
Projection	0	2	2
Rationalisation	5	2	7
Rêverie autistique	2	3	5
Somatisation	1	3	4

Cependant, les adolescentes du groupe sans diagnostic ont davantage recours à des mécanismes matures (répression, humour, anticipation) que le groupe avec diagnostic.

Par contre, trois mécanismes de défense immatures ne sont pas employés par les participantes : le déni et la projection ne sont pas utilisés par les adolescentes sans diagnostic alors que les adolescentes avec diagnostic n'utilisent pas le déni et la dissociation. Enfin, toutes les participantes sans diagnostic ont recours à des mécanismes de défense matures, par exemple, la répression et l'humour, alors que toutes les participantes avec diagnostic font usage de mécanismes immatures, par exemple l'omnipotence et l'agression passive (Figure 6).

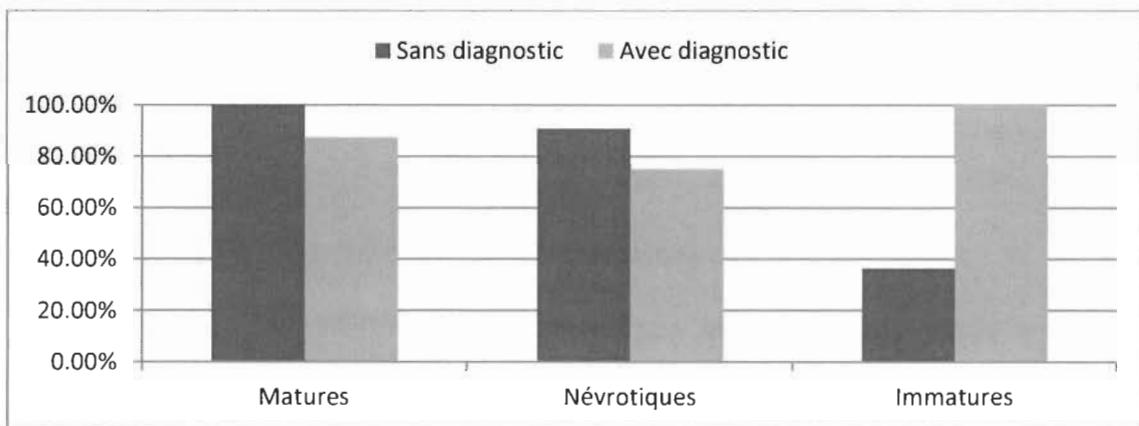


Figure 6. Fréquence d'utilisation des mécanismes de défense matures, névrotiques et immatures selon les deux groupes.

Hypothèse 1 c). Cette hypothèse statue que les adolescentes qui ne sont pas diagnostiquées TÉSPT ont des mécanismes de défense plus souples et plus matures au DSQ-40. Les résultats obtenus au chi-carre infirment une utilisation plus importante des mécanismes de défense matures par les adolescentes sans diagnostic [$\chi^2(1, 11) = 1,45$; $p = 0,228$]. Notre hypothèse 1 c) est donc rejetée.

Par contre, l'utilisation plus importante des mécanismes de défense immatures par les participantes avec diagnostic les différencie des adolescentes sans diagnostic [$\chi^2(1, 8) = 8,06; p < 0,01$].

L'hypothèse 2. La deuxième hypothèse propose que, pour l'ensemble des participantes, il existe des corrélations entre la résilience (score global ou scores des deux dimensions), les stratégies de coping et les mécanismes de défense. En particulier, les scores de résilience seront positivement corrélés avec les stratégies de coping efficaces et les mécanismes de défense matures. Tout d'abord, le Tableau 16 montre que des corrélations significatives ont été trouvées entre les trois niveaux des mécanismes de défense (mature, névrotique et immature) et les scores de *l'Échelle de Résilience de Wagnild et Young*.

Tableau 16

Corrélations entre les scores aux niveaux du DSQ et à l'Échelle de Résilience

Niveau	Scores de résilience		
	Global	Compétence	Acceptation
Mature	0,40 ⁰	0,30	0,50*
Névrotique	-0,04	-0,15	0,22
Immature	-0,27	-0,20	-0,36

* : La corrélation est significative au niveau $p < 0,05$

⁰ : La corrélation montre une tendance $p < 0,10$

On peut voir que les défenses matures sont significativement et positivement corrélées avec la dimension acceptation de soi et de la vie ($r = 0,50; p = 0,05$) et nous avons obtenu une corrélation marginale avec le score global ($r = 0,40; p = 0,091$). Cette corrélation aurait sans doute été significative avec une plus grande puissance statistique. Dans le Tableau 17, les corrélations trouvées entre les niveaux des mécanismes de défense et les stratégies de coping sont identifiées selon le seuil significatif.

Tableau 17

Corrélations entre les scores du Brief Cope et ceux du DSQ

Variable	Niveaux des mécanismes de défense		
	Mature	Névrotique	Immature
Coping actif	0,18	-0,03	-0,095
Planification	0,12	0,22	-0,41 ⁰
Soutien instrumental	0,20	0,08	-0,01
Soutien émotionnel	-0,31	-0,27	-0,13
Expression/ sentiments	0,14	-0,07	-0,29
Réinterprétation	0,10	-0,21	0,03
Acceptation	0,12	0,22	-0,14
Déni	0,18	0,03	-0,01
Blâme	-0,28	0,08	0,21
Humour	0,08	0,15	-0,09
Religion	0,08	-0,32	-0,09
Distraction	0,25	0,17	-0,29
Substances	0,10	0,19	0,33
Désengagement	0,08	-0,32	-0,09

* : La corrélation est significative au niveau $p < 0,05$

⁰ : La corrélation montre une tendance $p < 0,10$

Nous pouvons observer qu'aucune corrélation significative n'a été obtenue entre les stratégies de coping et les mécanismes de défense, mais la corrélation négative entre la stratégie de coping planification et les mécanismes de défenses immatures montre une tendance ($r = -0,41; p = 0,08$). La deuxième hypothèse proposant que les scores de résilience, les stratégies de coping et les mécanismes de défense soient corrélés n'est donc que très partiellement confirmée.

Test de la main qui gêne

Ce test a été coté en fonction de différents critères classiques de l'analyse graphique (proportion, trait, coupure au poignet, écart entre les doigts, identification du dedans dehors de la main, utilisation de l'écriture) qui sont résumés dans le tableau 18 (les caractères gras représentent les adolescentes avec TÉSPT) et des réponses aux deux questions posées par la chercheuse (voir dessins, Appendice H). Treize participantes ont dessiné les bonnes proportions d'une main. Huit d'entre elles provenaient du groupe sans diagnostic. Par ailleurs, sur cinq adolescentes qui ont dessiné une petite main, deux provenaient du groupe sans diagnostic et trois avec diagnostic. Une seule adolescente du groupe sans diagnostic a dessiné une main trop grande. Quatre adolescentes (dont trois du groupe sans diagnostic) ont utilisé la caricature (par ex., une main qui frappe à une porte). En ce qui concerne le trait, seulement quatre dessins ont été produits avec des variations dans le trait : quatre dessins avaient un trait faible, dont trois chez des participantes avec diagnostic.

Tableau 18

Tableau synthèse de l'interprétation des dessins de la main qui gêne

Sujet	Proportion	Traits et lignes (adaptation)	Confusion Dedans-Dehors	Écriture	À qui?	Souffrance?
1	Bonne (3 mains : caricature)	Contour, faible	Oui	Oui	Ami	Inconfort/amie caresse
2	Moyennement bonne	Variation légère,	Oui	Non	Quelqu'un	Non
3	Petite (visage)	Appuyé, surchargé	Non	Non	À moi	Inconfort à demander aide
4	Bonne	Contour, faible	Oui	Non	Père	Souvenir AS
5	Bonne, visage, verbalisation de violence	Contour, continu peu appuyé, Sans poignet	Oui	Non	À moi	Parfois (si étranger)
6	Petite (poing) disproportion	Continu et peu appuyé	Non	Non	Quelqu'un	Souffrance AS
7	Petite (doigt levé), disproportion	Faible sans bavure	Non	Non	Quelqu'un	Rejet/mépris
8	Petite/disproportionnée	Hésitant, (coupure pouce/doigt)	Non	Oui	Beau-père abusif	Souvenir AS
9	Petites (2), imagerie (fille pleure)	Hésitant, effiloché Coupure/poignet	Non	Non	Homme, abusif	AS/Intimité
10	Bonne, déformée (gros doigts)	Repris, variation, lignes foncées, poignet coupé	Non	Non	À moi	Pas belle, blessures++ Impuissance
11	Grande, abstrait/ très déformée	Continu, sans bavure, sans poignet	Oui	Non	Ami	Souffrance/ bêtise humaine
12	Bonne	Contour, variation, couleurs (2), détails abstraits, flammes, poignet coupé	Oui	Non	À moi	Souffrance/ difficulté à trouver juste milieu
13	Bonne (bague)	Contour, faible, sans poignet	Oui	Oui	Michael	Souvenir AS
14	Bonne	Contour, appuyé, plusieurs traits/ lignes, cercle noir	Non	Non	À moi	Trouble, brume, refus mère (AS)
15	Bonne,	Contour, variation, plusieurs petites lignes, lèvre coloré/dégradé- coupures doigts et poignet	Non	Non	Ancien professeur agresseur	AS Culpabilité, impuissance
16	Bonne	Contour noir foncé (feutre), sans poignet, ongles et plis	Non	Non	Agresseur	AS - Garde silence par peur
17	Bonne, porte (caricature)	Faible, fermée, sans poignet	Non	Oui, effacé	À personne	Inconfort de demander de l'aide
18	Bonne	Contour, sans bavure, plusieurs lignes, sans poignet	Non	Oui	À une fille	AS-Affectée dans vie sociale et personnelle
19	Bonne	Contour, lignes- ongles, veines Sans bavure; poignet coupé	Non	Oui	À moi	AS- Main qui masturbe le pénis/ agresseur

Une coupure au poignet est présente dans cinq dessins et cinq autres ne présentaient pas de poignet. Six de ces dessins appartenaient au groupe sans diagnostic. Dans 12 dessins, six de chaque groupe, il était possible d'identifier la paume ou le dos de la main (confusion dedans/dehors). Dans six dessins, il y avait utilisation d'écriture. Six participantes ont déclaré que la main leur appartenait (quatre sans diagnostic et deux avec diagnostic). De plus, une seule sans diagnostic a attribué la main à l'abuseur et trois avec diagnostic.

En outre, six participantes sans diagnostic ont exprimé une souffrance indirectement liée aux abus sexuels, après avoir terminé le dessin. Par exemple, parmi celles qui ont partagé leur souffrance indirectement liée à l'abus sexuel, une adolescente a parlé de son inconfort quand un ami lui a caressé la cuisse et une autre a exprimé sa grande difficulté à demander de l'aide. Et enfin, 12 filles dont les huit du groupe « avec diagnostic » ont parlé sans censure de leur souffrance directement liée aux abus sexuels.

Échelle d'évaluation globale du fonctionnement

Suite aux entrevues, la cote de l'EGF a été attribuée à chaque participante par la clinicienne. Cette échelle permet d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel de la personne sur un continuum hypothétique (1-100)⁸ allant d'une bonne santé mentale à la maladie, selon dix catégories : du danger grave (1-10) au niveau de fonctionnement supérieur (91-100).

⁸ Le chiffre 0 est utilisé quand l'information est inadéquate.

Dans le tableau 19, nous voyons que les scores de l'ensemble de la cohorte se répartissent entre 41 et 85 ($M = 63,32$; $\text{ET} = 15,27$). L'adolescente qui a obtenu le score 41, démontre de graves problèmes d'apprentissage, et également dans ses relations familiales et sociales, sa pensée et son humeur. Cette jeune est plutôt déprimée et renfermée sur elle-même, elle est souvent agressive envers ses pairs et les membres de sa famille et sa capacité de penser est altérée par des débordements émotionnels. Par ailleurs, celle qui obtient la cote 85 a un fonctionnement satisfaisant malgré la présence de plusieurs symptômes post-traumatiques, de l'anxiété et une humeur dépressive. Elle est, en plus, très impliquée à l'école ainsi qu'avec ses pairs et elle participe à différentes activités. En général, elle est satisfaite de sa vie et ses problèmes ou préoccupations sont liés à des soucis relatifs à son âge (conflit avec la mère, difficulté avec un pair ou son amoureux; stress avant un examen).

Tableau 19

Moyenne, écart-type et dispersion de l'EGF pour l'ensemble de la cohorte et pour chacun des groupes

Cohorte et groupes	<i>M</i>	<i>ET</i>	Dispersion
Ensemble de la cohorte	63,32 (<i>n</i> = 19)	15,27	41-85
Sans diagnostic	74,50 (<i>n</i> = 11)	5,52	70-85
Avec diagnostic	48,71 (<i>n</i> = 8)	8,00	41-55

Si on répartit les scores selon les deux groupes, tel que nous nous en attendions,

l'étendue des scores est concentrée dans le registre de bonne santé mentale pour le groupe sans diagnostic varie de 70 à 85 ($M = 74,50$; $\bar{E}T=5,52$). Par exemple, l'adolescente qui obtient la cote la plus élevée (70) présente des symptômes légers (symptômes post-traumatiques, anxiété, comportements agressifs, difficulté à gérer les situations de stress), mais elle fonctionne relativement bien à l'école et elle entretient de bonnes relations interpersonnelles avec ses pairs.

Par contre, pour le groupe avec diagnostic, les cotes se situent de 40 à 55 ($M = 48,71$; $\bar{E}T=8,0$). Ainsi, l'adolescente qui a obtenu la cote 55, manifeste des symptômes d'une intensité moyenne, par exemple, les symptômes post-traumatiques et d'anxiété qui étaient très élevés au moment de la révélation ont sensiblement diminué, mais demeurent gênants et affectent encore son rendement à l'école. Le test Mann-Withney a été utilisé pour établir une comparaison entre l'EGF dans les deux groupes. Le résultat indique une différence significative entre le groupe avec diagnostic et celui sans diagnostic ($U = 36,00$; $p < 0,01$).

Résumé des résultats

En synthèse des résultats, la plupart des 19 participantes ont été victimes d'abus sexuel intrafamilial, toutefois les adolescentes avec diagnostic TÉSPT ont été légèrement plus nombreuses à avoir subi les deux formes d'abus sexuel, soit intra et extrafamilial. Quant à la durée et à la fréquence de l'abus sexuel, la plupart des adolescentes ont été abusées sexuellement sur une base continue, mais les adolescentes

sans diagnostic ont subi plus fréquemment entre un et trois épisodes. L'âge de survenue de l'abus sexuel se situe dans la période de latence pour la majorité des victimes de la cohorte. En ce qui concerne les caractéristiques de l'abus sexuel, les attouchements ont été les actes les plus souvent rapportés par les adolescentes des deux groupes, mais les adolescentes sans diagnostic sont plus nombreuses à les avoir subis. De plus, la pénétration avec violence a également été rapportée par les deux groupes. Parmi, les troubles les plus fréquents vécus en comorbidité par 18 des 19 participantes, on retrouve la dépression, l'anxiété, les troubles de comportements, les pensées suicidaires et la somatisation.

Quant aux résultats aux questionnaires, ceux rapportés à l'*Échelle de résilience* n'ont pas montré de différences significatives entre les deux groupes bien que le score global et le score à la dimension compétence personnelle montraient une tendance à ce que les adolescentes sans TÉSPT aient des scores plus élevés, tendance qui aurait pu être significative avec un plus grand nombre de participantes. Deux corrélations significatives entre les stratégies de coping et les scores à l'*Échelle de résilience* ont été observées. Il s'agit de la distraction avec la compétence personnelle ainsi que de l'expression des sentiments avec l'acceptation de la vie. Par ailleurs, deux corrélations marginalement significatives ont été trouvées : une corrélation négative entre le blâme de soi et l'acceptation de soi et de la vie ainsi qu'une corrélation positive entre la distraction et le score global. En ce qui a trait aux stratégies de coping, aucune différence significative n'a été enregistrée entre les deux groupes.

Pour les mécanismes de défense, deux éléments sont ressortis : le premier étant que les adolescentes avec diagnostic utilisaient plus souvent les mécanismes immatures et le deuxième avait trait à la corrélation positive entre les mécanismes matures et le score à global ainsi que celui à la dimension l'acceptation de soi et de la vie. De plus, les mécanismes de défense immatures ont montré une corrélation marginale significative avec une stratégie de coping soit la planification. Enfin, une différence significative a été démontrée entre les deux groupes à l'Échelle d'évaluation du fonctionnement global en faveur du groupe sans diagnostic.

En ce qui concerne les caractéristiques du dessin de la main qui gêne plus de la moitié des dessins des adolescentes sans diagnostic montre de bonnes proportions, les traits sont cependant plus ou moins adaptés, parfois faibles, continu, hésitants. De plus, environ la moitié des adolescentes sans diagnostic montre une confusion dedans-dehors et la majorité attribue la main qui gêne à l'agresseur ou à elle-même. Par contre, la plupart des adolescentes exprime une souffrance qui n'est pas directement reliée à l'expérience de l'abus sexuel.

Résultats à l'étude de cas

Suite à l'entrevue semi-structurée et à la passation des tests, l'épreuve projective TAT a été passée à l'adolescente ayant obtenu le score le plus élevé (152) à l'*Échelle de résilience* de Wagnild & Young et qui a accepté de se présenter à une entrevue supplémentaire. À l'aide de la feuille de dépouillement élaborée par Azoulay et

Emmanuelli (2000) et des verbatim des histoires de la participante, les différents procédés du discours utilisés par l'adolescente ont été mis en évidence. Mais avant de rapporter les résultats du dépouillement de ces procédés, un bref résumé de l'histoire de vie de cette participante est présenté ainsi que les résultats obtenus aux autres tests.

Historique. Hélène, âgée de 13 ans et 1 mois, est une enfant unique issue d'un milieu socioéconomique moyennement faible depuis la séparation de sa mère et de son beau-père, en 2011, alors qu'elle était âgée de 12 ans. La jeune a rapporté avoir vécu plusieurs déménagements depuis sa naissance qui a eu lieu au Québec en 1999. Vers l'âge de 3 ans, sous la pression de la grand-mère maternelle, sa mère a décidé de retourner vivre avec elle en France, dans son pays d'origine. Son père, originaire du Québec, avait reconnu sa paternité, mais il n'a jamais vécu avec elle et sa mère ni assumé ses responsabilités paternelles. L'adolescente n'a donc jamais pu créer de liens significatifs avec lui parce qu'il a disparu sans jamais vouloir la revoir. Elle est sans nouvelle de lui depuis de nombreuses années.

Arrivée en France, le rapprochement avec la grand-mère maternelle a précipité les actes de maltraitance dont elle a été victime : « ma grand-mère me frappait, elle m'a menacée, attachée sur une chaise et aussi brûlée la main sur une plaque de four ». Ces évènements traumatisants ont été divulgués le jour de Noël 2011, lors d'une dispute entre sa mère et elle : « tout est sorti, j'étais comme en état d'hypnose et après j'ai tout oublié ». Elle a révélé que sa grand-mère l'avait emmenée dans une rencontre glauque

dans un grenier, « il y avait des hommes avec des chapeaux de Noël qui nous tenaient sur leurs cuisses, il y avait plusieurs enfants ». Elle s'est souvenue qu'un homme l'avait séquestrée dans le coffre de sa voiture où elle est restée pendant un long trajet ainsi que de la fois où sa grand-mère l'a obligée à s'approcher d'un vieux monsieur (environ 60 ans) qui l'a abusée sexuellement « et il m'a donné de l'argent ». Elle ne se souvient pas cependant des détails de l'agression.

Quelques semaines plus tard, elle révèle à l'infirmière de son école les faits entourant les abus sexuels et physiques. L'infirmière ne l'a pas cru et l'a invectivé sévèrement. Des symptômes dépressifs et d'agressivité ont commencé à se manifester à ce moment. Mais, un autre évènement traumatisant est arrivé quand, accompagnée de sa mère, elle a voulu déposer une plainte. La policière a refusé la plainte, l'a humiliée et violentée verbalement. Ce n'est qu'après avoir vécu ces deux évènements rapprochés dans le temps, que les symptômes sont apparus avec intensité ainsi que des difficultés importantes dans son fonctionnement : problèmes de comportement, symptômes dépressifs et échec scolaire. Compte tenu de l'état dépressif et de révolte de sa fille qui s'aggravait de semaine en semaine, la mère a décidé de la changer d'école et de milieu de vie. Elle a donc organisé le départ d'Hélène pour le Québec. Elle a été accueillie par la meilleure amie de sa mère qu'Hélène connaissait depuis sa naissance et en qui elle avait très confiance. En dépit du fait qu'elle devait s'adapter rapidement dans un nouvel environnement social et scolaire au Québec, et tardivement dans l'année scolaire, l'adolescente s'est vite intégrée dans son groupe de pairs, a retrouvé de l'intérêt pour les

nombreuses activités qu'elle aimait auparavant et obtenu d'excellents résultats scolaires; toutefois, elle continuait à ressentir de l'anxiété, des sentiments dépressifs, de l'agressivité et des difficultés de sommeil. Elle était au Québec depuis environ deux mois quand elle a participé à la recherche.

Elle avait retrouvé un certain équilibre psychique même si celui-ci était relativement précaire « je dors mal, j'arrive pas à m'endormir ou je me réveille souvent... je suis en colère contre mon ami qui dit n'importe quoi, qui est mêlé dans sa tête ». Elle avait réussi à se construire un nouveau réseau d'amis au Québec. Elle avait une capacité de réflexion et d'introspection plus avancée que son âge. Elle avait de nombreuses ressources personnelles déjà acquises : bonnes habiletés sociales, excellentes capacités intellectuelles et de leadership, capable de compassion envers les autres. Elle avait pris sur son aile une adolescente et l'aidait activement à résoudre ses difficultés, mais cela générait une inquiétude assez importante (ruminations constantes).

Résultats aux tests. Hélène a été classée dans le groupe sans diagnostic, car même si elle présentait sept symptômes post-traumatiques, elle n'avait pas tous les critères nécessaires pour être diagnostiquée TÉSPT. Elle avait un symptôme appartenant aux critères B (reviviscence), trois symptômes du critère C (évitement) et trois symptômes du critère D (hyperéveil). À l'*Échelle de Résilience*, les deux scores qui ont obtenu le degré de désaccord le plus faible (cote 2) appartiennent à la dimension acceptation de soi et de la vie : « ma vie à un sens » et « je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de

mon contrôle ». Il faut comprendre ici que pour Hélène, sa vie n'a pas de sens et elle s'attarde sur les choses qui sont hors de son contrôle. À l'*Échelle du Brief Cope*, deux stratégies efficaces sont plus souvent utilisées soit le coping actif et la distraction; le déni est la seule stratégie moins efficace qu'elle utilise. En ce qui concerne l'*Échelle des mécanismes de défense* (DSQ), quatre mécanismes matures sont utilisés par l'adolescente : la répression, la sublimation, l'humour et l'anticipation. Elle emploie aussi une défense névrotique (pseudoaltruisme) et quatre mécanismes de défense immatures : l'isolation, le déplacement, l'omnipotence et la dévaluation, et le passage à l'acte. Dans le test de la main qui gêne (p. 298), elle dessine une main très grande, déformée et sans poignet avec un trait continu, sans bavure. On ne peut discerner le dedans/dehors, mais elle ne s'approprie pas la main et ne parle pas de la souffrance liée aux abus; il est plutôt question de « la bêtise humaine ». Le score obtenu sur l'*EGF* (axe V du DSM-IV-TR) est de 85 : les symptômes sont minimes, elle fonctionne de façon satisfaisante dans tous les domaines, s'entoure facilement d'amis, elle réussit bien à l'école (elle a même obtenu une mention d'honneur).

Résultats au TAT. Le Tableau 20 présente les procédés recueillis au test projectif TAT. On voit qu'elle utilise le plus souvent les procédés de la série C (*Évitement du conflit*), du registre narcissique ou état limite. Ces procédés permettent de se défendre contre une charge émotionnelle trop intense. Toutefois, Hélène a recours aux procédés de *Labilité* (série B) du registre névrotique, presque aussi fréquemment qu'à ceux de la série C; ces procédés permettent la mise en avant d'affects dans une perspective

relationnelle. Elle utilise aussi des *processus primaires* (série E), du registre psychotique, qui rendent compte d'une perméabilité et les procédés de la série *Rigidité* (série A), faisant référence à la notion de mécanismes de dégagement et qui obéissent au principe de l'identité des pensées. Ces deux derniers procédés sont présents dans le protocole presque à parts égales, mais moins nombreux que ceux du registre labilité et émergence des processus primaires.

Évitement du conflit (C). Plus spécifiquement, ces procédés sont regroupés en cinq composantes reflétant des modalités défensives particulières : le surinvestissement de la réalité externe (CF), l'inhibition (CI), l'investissement narcissique (CN), l'instabilité des limites (CL) et les procédés antidépressifs (CM). Hélène utilise plus fréquemment des procédés liés à l'inhibition (CI) : dans toutes les planches nous retrouvons ces procédés sous deux principales modalités défensives : un temps de latence long ou silences intrarécit (CI-1) et motifs des conflits non précisés, banalisation, anonymat des personnages (CI-2). Les trois autres procédés sont représentés en moins grande quantité. À la planche 1 (immaturité fonctionnelle), on retrouve deux silences importants à la fin du récit : « *Une sorte de double personnalité qui s'est formée. Maintenant il méprise tout ce qui réussit pas. Mmmm... (8 secondes) il est trop perfectionniste ou pas assez. (?)... (9 secondes) pas assez* ». À la planche 2 (problématique oedipienne), Hélène s'interrompt à de nombreuses reprises (CI-1), mais elle laisse le personnage dans l'anonymat (CI-2) : « *C'est une femme qui vient d'un milieu agricole. Dans un an, les femmes elles doivent tomber enceintes, se marier... mais cette femme, elle veut aller à*

l'école... ». À la planche 3BM (image de soi), il y a plusieurs silences intrarécit : « Elle mmm... (11 secondes) mmm... (6 secondes) elle elle rate tout ce qu'elle fait... elle se met à pleurer... (5 secondes)... elle décide de devenir forte (6 secondes)... de devenir beaucoup plus intelligente que tout le monde à l'école... (10 secondes)... et mmm... (5 secondes)... et elle décide pas de devenir comme ses parents (8 secondes). À la planche 4 (identité), deux modalités sont présentes : il y a plusieurs interruptions tout au long du récit (CI-1) et des éléments anxiogènes suivis ou précédés d'un arrêt dans le discours (CI-3) : (soupir avant de commencer) « alors elle mmm... (8 secondes)... elle s'accroche à lui parce qu'elle l'aime... (5 secondes), mais elle l'aime vraiment (5 secondes) ...il aime une autre femme... (4 secondes) donc ... (6 secondes) j'pense que lui il sait même pas vraiment qu'elle, elle l'aime ». Et enfin aux planches 13MF (sexualité du couple), 19 et 16 (problématique de perte), le temps de latence est particulièrement long, respectivement 30, 28 et 54 secondes (CI-1). Dans six planches, on retrouve un investissement narcissique de l'image de soi (CN) : 2 (problématique oedipienne), 3BM et 9GF (image de soi), 11 (problématique d'angoisse) et 16 (problématique de perte). À la planche 2, il y a une idéalisation de la représentation de soi (CN-2) : « ... elle aime pas ce monde, le fait de cette organisation, elle aime pas ça. Et mmmm, elle veut à tout prix éviter ça et c'est ça elle veut étudier. C'est pas ça son destin de d'être comme ça d'être comme les autres femmes. Elle étudie et elle quitte, elle quitte son village, elle étudie... lui... je pense qu'il n'a pas l'audace de partir ». À la planche 3BM, la même modalité se répète (CN-2) : « Elle ... mmm... elle, elle rate tout ce qu'elle fait, elle a de mauvaises notes à l'école, elle a des parents aimant... elle décide que ça doit arrêter... ».

elle décide de devenir forte... de se battre contre ceux qui lui font du mal à l'école, de ne sera jamais méchante ». Nous retrouvons aussi, un investissement narcissique (CN) dans quatre autres planches : 9GF (identité), 11 (problématique d'angoisse), 13MF (sexualité du couple), 16 (problématique de perte).

En ce qui concerne le surinvestissement de la réalité externe (CF), Hélène l'utilise à la planche 2, par des références à des normes extérieures (CF-2): « ... *c'est c'est une femme qui qui vient d'un milieu agricole. Dans un an, les femmes, elles doivent tomber enceintes, se marier, enfin plutôt se marier et tomber enceintes, s'occuper d'un enfant enfin être à la maison quoi et et être en admiration devant leur mari qui travaille dur...* ». De plus, à la planche 11, elle choisit une référence plaquée sur la réalité externe (CF-1) : « *Ça c'est un berger avec son mouton... c'est très dangereux...encore plus dangereux, pour survivre, pour vivre, pour ne pas mourir, il faut traverser ce pont, mais les moutons ne veulent pas avancer alors alors lui y sait pas quoi faire, il les pousse, il est désespéré, il entend, il entend les pierres se décrocher. Désespéré, mais les moutons veulent pas avancer, alors il est pris au piège* ». L'instabilité des limites (CL) se manifeste à trois reprises : à la planche 9GF, par des modes de fonctionnement hétérogène ou antagoniste (CL-3) et du clivage (CL-4) et à la planche 19 par du clivage seul. Ainsi, à la planche 9GF (identité) : « ...*Y en a une, je trouve qu'elle est moins, moins bien, moins bien habillée que l'autre* (?) Celle en avant-plan). *Elle, c'est tout renfermé, il y a un col..., mais elle à côté, elle porte comme une robe toute décolletée. J'ai l'impression qu'elle est plus délaissée que l'autre, c'est un peu un faire-valoir...*

Tableau 20
Procédés utilisés par Hélène au test projectif TAT

Série A – Rigidité	Série B – Labilité	Série C – Évitement des conflits	Série E – Émergences des processus primaires
<p>A1 Référence à la réalité externe</p> <ul style="list-style-type: none"> * A1.1 : Description avec attachement aux détails avec ou sans justification de l'interprétation A1.2 : Précisions : temporelle – spatiale – chiffrée A1.3 : Références sociales, au sens commun et à la morale A1.4 : Références littéraires, culturelles <p>A2 Investissement de la réalité interne</p> <ul style="list-style-type: none"> A2.1 : Recours au fictif, au rêve **** A2.2 : Intellectualisation ** A2.3 : Dénégation A2.4 : Accent porté sur les conflits intrapersonnels – Aller/retour entre l'expression pulsionnelle et la défense <p>A3 Procédés de type obsessionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> ***** A3.1 : Doute : précautions verbales, hésitation entre interprétations différentes, remâchage A3.2 : Annulation * A3.3 : Formation réactionnelle A3.4 : Isolation entre représentations ou entre représentation et affects – Affect minimisé 	<p>B1 Investissement de la relation</p> <ul style="list-style-type: none"> B1.1 : Accent porté sur les relations interpersonnelles, mise en dialogue ***** B1.2 : Introduction de personnages non figurant sur l'image ***** B1.3 Expression d'affects <p>B2 Dramatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> B2.1 : - Entrée directe dans l'expression, Exclamations : Commentaires personnels : - Théâtralisme : Histoire à rebondissements ** B2.2 : Affects forts ou exagérés ***** B2.3 : Représentations et/ou * affects contrastés – Aller/retour entre désirs contradictoires * B2.4 Représentations d'actions associées ou non à des états émotionnels de peur, de catastrophe, de vertige... <p>B3 Procédés de type hystérique</p> <ul style="list-style-type: none"> B3.1 : Mise en avant des affects au service du refoulement des représentations * B3.2 : Érotisations des relations, symbolisme transparent, détails narcissiques à valeur de séduction B3.3 : Labilité dans les identifications 	<p>CF Surinvestissement de la réalité externe</p> <ul style="list-style-type: none"> * CF.1 : Accent porté sur le quotidien, le factuel, le faire – Référence plaquée à la réalité externe <p>***** CF2 : Affects de circonstance, références à des normes extérieures</p> <p>C1 Inhibition</p> <ul style="list-style-type: none"> *** C1.1 : Tendance générale à la restriction (temps de latence et/ou silence importants intrarécits, nécessiter de poser des questions, tendance refus, refus <p>***** C1.2 : Motifs des conflits non précisés, banalisation, anonymat des personnages</p> <p>** C1.3 : Éléments anxiogènes suivis ou précédés d'arrêt dans le discours</p> <p>CN Investissement narcissique</p> <ul style="list-style-type: none"> CN.1 : Accent porté sur l'éprouvé subjectif – * Références personnelles CN.2 : Détails narcissiques – Idéalisation de la représentation de soi et/ou de la représentation de l'objet (violence + ou -) CN.3 : Mise en tableau, affect-titre, posture significante d'affects * CN.4 : Insistance sur les limites et les contours et sur les qualités sensorielles CN.5 : Relation spéculaires <p>CL Instabilité des limites</p> <ul style="list-style-type: none"> CL.1 : Porosité des limites entre (narrateur/sujet de l'histoire, dedans/dehors)... CL.2 : Appui sur le percept et/ou le sensoriel * CL.3 : Hétérogénéité des modes de fonctionnement (interne/externe : perceptif/symbolique : concret/abstrait...) ** CL.4 : Clivage <p>CM Procédés antidépressifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ** CM.1 : Accent porté sur la fonction d'étaye de l'objet (valence + ou -) – Appel au clinicien CM.2 : Hyperinstabilité des identifications CM.3 : Pirouettes, virevoltes, clin d'œil, ironie, humour 	<p>E1 Altération de la perception</p> <ul style="list-style-type: none"> ***** E1.1 : Scotome d'objet manifeste * E1.2 : Perceptions de détails rares ou bizarres avec ou sans justification arbitraire E1.3 : Perceptions sensorielles – Fausses perceptions * E1.4 : Perceptions d'objets détériorés, ou de personnages malades, malformés <p>E2 Massivité de la projection</p> <ul style="list-style-type: none"> E2.1 : Inadéquation du thème ou stimulus – Persévération – Fabulation hors image – Symbolisme hermétique E2.2 : Évocation du mauvais objet, thème de persécution, recherche arbitraire de l'intentionnalité de l'image et/ou des physionomies ou attitudes – Idéalisation de type mégalomaniacque <p>*** E2.3 : Expressions d'affects et/ou de représentations massifs – Expressions crues liées à une thématique sexuelle ou agressive</p> <p>E3 Désorganisation des repères identitaires et objectaux</p> <ul style="list-style-type: none"> E3.1 : Confusion des identités – Téléscopage des rôles E3.2 : Instabilité des objets E3.3 : Désorganisation temporelle, spatiale ou de la causalité logique <p>E4 Altération du discours</p> <ul style="list-style-type: none"> * E4.1 : Troubles de la syntaxe - craquées verbales E4.2 : Indétermination, Flou du discours E4.3 : Associations courtes E4.4 : Associations par contiguïté, par consonance, coq-à-l'âne...

elle existe plus en fait, elle est parce qu'elle a besoin d'elle... la fille plus sophistiquée a besoin de la fille plus renfermée...elle s'oublie et se consacre complètement à elle. Donc si elle court, elle la suit... ». À la planche 19, Hélène dira : « eee... c'est une tempête dans la mer... une sorte de petit monstre là, mais il est gentil et il essaie... de protéger ceux qui sont sur le bateau... Mais les autres s'en fichent en fait, ils le laissent se débrouiller tout seuls alors ils sont tranquillement dans leur cabine à faire la fête et lui il est là à essayer des protéger ». Les procédés de la série C qui sont les moins utilisés (CM, antidépressifs). On les retrouve dans les planches 10 (problématique d'angoisse) et 19 (problématique de perte).

Libilité (B). Après l'*Évitement du conflit*, cette série est la plus utilisée par Hélène. Les procédés sont regroupés en trois catégories : l'investissement de la relation (B1), la dramatisation (B2) et les procédés de type hystérique (B3). Les trois modalités défensives qui caractérisent ce procédé sont presque également réparties : l'accent porté sur les relations interpersonnelles, mises en dialogue (B1-1), l'introduction de personnages non-figurant sur l'image (B1-2) et l'expression d'affects (B1-3). À la planche 2, l'accent est porté sur les relations interpersonnelles tout au long du récit : « ...les femmes doivent tomber enceintes, se marier... et être en admiration devant leur mari qui travaille dur... je pense que c'est sa sœur plutôt... je pense qu'elle n'avait pas de pensées sur ce qui lui arrivait. Lui, lui j'pense qu'il en a... je pense que la femme, sa femme c'est ben pareil... ». À la planche 3BM (image de soi), Hélène utilise une autre modalité défensive par l'introduction d'un personnage non figurant sur l'image (B1-2) :

parents et monde de l'école, sans préciser si ce sont des pairs ou des adultes. Aux planches 4 et 5 (identité), elle utilise trois modalités de ce même procédé dans la même planche : B1-1 (*accent porté sur les relations interpersonnelles*, B1-2 (*introduction de personnage*) et B1-3 (expression d'affects). Par exemple, à la planche 4, elle donnera le récit suivant : (soupir) « *Alors elle... elle, elle est amoureuse de cet homme, mais lui il regarde quelqu'un d'autre, la femme qu'on voit... s'accroche à lui parce qu'elle l'aime... alors qu'il veut aller vers quelqu'un d'autre... il aime une autre femme...* ». À la planche 5, elle raconte : « *Elle... elle c'est quelqu'un qui rentre, qui rentre dans une pièce et qui voit son enfant qui a fait une bêtise... j'sais pas, renversé un quelque chose... ben, le père y va gronder l'enfant, mais elle va prendre sa défense... en fait elle est pas choquée, pour la bêtise de l'enfant, mais elle est choquée de l'agressivité du père...* ». Hélène utilise dans plusieurs planches les procédés de *Dramatisation* (B2) qui permettent de maintenir une distance entre le réel et l'imaginaire de manière consciente. Trois modalités défensives sont présentes dans les récits (B2-2, B2-3 et B2-4), mais principalement les représentations et/ou affects contrastés – aller/retour entre désirs contradictoires (B2-3). À la planche 1, il y a des affects forts et exagérés (B2-2) en plus des affects contrastés et des va-et-vient entre des désirs contradictoires : « *ben c'est un p'tit garçon qui aimerait jouer du violon, mais qui sait pas en jouer. Et du coup, il se réfugie dans l'école (?) Ben j'pense qu'il réussit dans l'école, il réussit pas dans le violon, il y a une espèce de dégout qui s'installe entre lui et le violon. Il en a marre en fait... d'avoir cette obsession pour le violon... il était plus joyeux... il méprise tout ce qui réussit pas* ». Les affects contrastés et désirs contradictoires (B2-3) sont présents dans

les planches 5, 7GF, 9GF (identité) et 16 (problématique de perte). Par exemple, à la planche 7GF, Hélène raconte : « ... *elle est tiraillée par son père qui la prend toujours pour une enfant et sa mère qui veut faire d'elle une surdouée... ça l'intéresse, mais d'un autre côté, elle veut juste s'en aller...* ». Et enfin, Hélène n'utilise qu'un seul procédé de type hystérique (B3). À la planche 2, on retrouve une érotisation des relations, des détails narcissiques à valeur de séduction – « ...*c'est une femme qui vient d'un milieu agricole, emmm, dans un an les femmes doivent... se marier et tomber enceintes... et être en admiration devant leur mari qui travaille dur... lui, j'pense qu'il en a, c'est pas qu'il en a rien à faire, mais j'pense que la femme, sa femme...* ».

Émergence des processus primaires (E). Les procédés de cette série sont du registre psychotique et sont utilisés moins fréquemment que les deux précédentes. Elle est divisée en quatre catégories : altération de la perception (E1), massivité de la projection (E2), désorganisation des repères identitaires et objectaux (E3) et altération du discours (E4). Trois de ces quatre catégories de procédés sont utilisées dans le protocole d'Hélène, le seul qui est absent est la désorganisation des repères identitaires et objectaux (E3). Le procédé qui revient le plus souvent dans l'ensemble du récit est la massivité de la projection (E2). Toutes les planches sauf la planche 1 (immaturité fonctionnelle) contiennent des procédés d'émergences des processus primaires. Plus spécifiquement, les modalités défensives qui ont plus de poids dans le protocole sont : en premier lieu, l'évocation du mauvais objet, thème de persécution, recherche arbitraire et idéalisation de type mégalomaniaque (E2-2), en deuxième lieu, le scotome de l'objet

(E1-1), en troisième lieu, l'expression d'affects massifs (E2-3). Et enfin, les modalités relatives à l'altération du discours ne se retrouvent que dans deux planches. La planche 3BM (image de soi) est la première planche où Hélène a recours à l'évocation du mauvais objet et du thème de persécution – l'Idéalisation de type mégalomaniaque (E2-2) : ... « ...*elle rate tout ce qu'elle fait, elle a des mauvaises notes à l'école et elle a des parents pas aimant... et un jour elle subit une humiliation à l'école et elle rentre et elle se met à pleurer... elle décide que ça doit arrêter, ça doit s'arrêter alors... elle décide de devenir forte... elle décide de se battre contre ceux qui lui font du mal à l'école, de devenir beaucoup plus intelligente que tout le monde à l'école... elle décide qu'ils vont pas l'atteindre et qu'elle deviendra pas comme eux et donc elle devient dure dans tous les domaines, mais elle sera jamais méchante (?) solide...* ». Dans les deux planches suivantes (4 et 5), elle évoque le mauvais objet (E2-2) et en plus, l'expression d'affects massifs (E2-3). À la planche 5 (identité), par exemple : « ...*elle, c'est quelqu'un qui rentre, qui rentre dans une pièce et qui voit son enfant qui a fait une bêtise. J'sais pas renversé un quelque chose... elle est choquée de l'agressivité du père, elle a été réveillée par les cris du père en fait, donc elle va voir l'enfant, elle prend l'enfant, le soir même, elle quitte le père... mais, elle se sent débarrassée d'un poids...* ». Et enfin, nous retrouvons ces mêmes modalités défensives concernant la massivité de la projection (E2), aux planches 9GF (identité) et 13MF (sexualité du couple). Par exemple, à la planche 9GF, où elle évoque le mauvais objet et le thème de persécution (E2-2) : « ...*elle est moins bien habillée que l'autre. Elle, c'est tout renfermé, il y a un col, elle porte des livres... elle est plus délaissée que l'autre, j'ai l'impression que c'est*

un peu un faire-valoir ». Et à la planche 13MF, elle exprime des affects/représentations massifs (E2-3) : « *Je suis partagée entre le fait qu'il s'en veut et entre le fait que c'est un salopard... je pense que lui, il se torture trop... il a tellement d'admiration pour elle, qu'il développe une sorte de jalousie, jalousie destructrice...* ».

La deuxième catégorie de procédés de la série E (*Émergences des processus primaires*) la plus représentée, est celle de l'altération de la perception (E1). La principale modalité défensive est le scotome d'objet manifeste (E1-1) : aux planches 3BM (l'image de soi), 7GF (relation mère-fille), 8BM (image paternelle), 11 (problématique de l'angoisse) et 13MF (sexualité dans le couple), Hélène scotomise l'objet (E1-1). La perception de détails rares ou bizarres (E1-2) et la perception d'objets détériorés ou de personnages malades, malformés (E1-4) sont deux modalités qui ne sont présentes qu'une seule fois dans le protocole. À la planche 19 (problématique de perte), elle perçoit un être malformé (E1-4) : « *C'est une tempête dans la mer. C'est une sorte de petit monstre là, mais il est gentil...* ».

Et enfin, en ce qui concerne le procédé le moins utilisé, l'altération du discours (E4), c'est à la planche 2 (situation oedipienne) et à la planche 11 (problématique d'angoisse) que des craquées verbales (E4-1) sont présentes. À la planche 2, par exemple, Hélène dira : « *...elle veut aller à l'école, elle veut étudier et elle aime pas ce monde, le fait de cette organisation... c'est pas qu'elle est fièenne, elle est, elle se, elle avait pas de pensées sur ce qui lui arrivait... lui, lui je pense qu'il en a, c'est pas qu'il*

en a rien à faire , mais je pense que la femme, sa femme, c'est ben pareil, je pense que les, je pense que lui aussi il aimerait d'autre chose, mais je pense qu'il a pas l'audace de partir... ».

Rigidité (A). Les procédés de cette série sont du registre névrotique. Ils sont utilisés presque autant que les procédés de la série E (*Émergences des processus primaires*). Ces procédés sont divisés en trois catégories : référence à la réalité externe (A1), investissement de la réalité interne (A2), type obsessionnel (A3). Plus précisément, les modalités défensives qu'Hélène utilise en plus grande quantité sont de type obsessionnel (A3). Dès la première planche (1), les précautions verbales, l'hésitation entre deux interprétations différentes et le remâchage (A3-1) sont présents : « *C'est un petit garçon qui aimerait jouer du violon, mais qui sait pas en jouer. Et du coup, il se réfugie dans l'école. (? Sur la fin) Ben, je pense que comme il réussit dans l'école, il réussit pas dans le violon, il y a une espèce de dégoût qui s'installe entre lui et le violon, il en a marre en fait. Il en a marre d'avoir cette obsession pour le, pour le violon. Je pense qu'il s'est tellement réfugié dans les études... une sorte de double personnalité qui s'est formée et maintenant il méprise tout ce qui réussit pas* ». Hélène manifeste ce doute (A3-1) dans toutes les planches sauf trois : 5 et 9GF (problématique de l'identité), 19 (problématique de perte). On retrouve, de plus, dans la planche 16 (problématique de perte), un changement brusque, l'isolation entre représentations et représentation/affect (A3-4) : « ... *C'est une personne qui est tiraillée entre le fait qu'elle est bien dans un endroit, mais quand elle découvre un autre endroit, ça bizarrement l'autre, son ancien endroit*

qui lui paraissait si merveilleux... quand elle vit comme ça, elle y pense pas et elle le regrette pas du tout, elle est bien en fait. Mais en fait quand elle commence à y penser, quand elle se dit tout ce qu'elle va manquer, quand elle se dit que peut-être elle ne fera jamais de sorties... et elle commence à se poser des questions, mais une fois que c'est rentré dans la tête... ».

Hélène investit aussi la réalité interne (A2), moins souvent, toutefois, que les procédés précédents. La modalité qu'elle utilise principalement est la dénégation (A2-3), dans les planches 4 et 5 (problématique de l'identité), 6GF et 16 (problématique de perte). À la planche 4 par exemple, elle donne l'histoire suivante : « ... *elle est amoureuse de cet homme, mais lui il regarde quelqu'un d'autre. Elle s'accroche à lui parce qu'elle l'aime... elle croit qu'elle a sa chance, mais en même temps, elle sait qu'il a quelque chose qui va pas, lui...* ». La référence à la réalité externe (A1) est aussi prise en compte, mais moins fréquemment. Ce sont par le biais des références sociales, au sens commun ou à la morale (A1-3) que ce procédé se manifeste aux planches 2 (problématique oedipienne) et 8BM (image paternelle). À la planche 2, elle s'appuie sur une référence sociale ou un sens commun ou moral : ... « *C'est une femme qui vient d'un milieu agricole. Dans un an, les femmes doivent tomber enceintes, se marier... s'occuper d'un enfant, enfin être à la maison quoi. Et être en admiration devant leur mari qui travaille dur... C'est pas ça son destin, d'être comme ça, d'être comme les autres femmes. Elle étudie et elle quitte son village...».*

Résumé. De l'ensemble du protocole d'Hélène ressort une configuration où il y a prévalence des procédés de la série C (*Évitement du conflit*) et B (Libilité), mais ceux-ci sont associés à la série E (*Émergence des processus primaires*) et A (*Rigidité*). Deux aménagements défensifs sont nettement plus saillants, les premiers sont les procédés d'inhibition (CI; *Évitement du conflit*, série C) et les deuxièmes, les procédés d'investissement de la relation (B1; *Libilité*, la série B). Viennent ensuite, la massivité de la projection (E2; *Émergences des processus primaires*, série E) et la dramatisation (B2; *Libilité*) ex eaquo avec les procédés de type obsessionnel (A3; *Rigidité*, série A).

Discussion

L'intérêt premier de notre étude consistait à établir deux profils d'adolescentes abusées sexuellement résilientes et non résilientes par l'exploration des stratégies de coping et des mécanismes de défense. Ainsi, nous nous étions fixés deux objectifs soit celui de décrire le fonctionnement psychologique et de deuxièmement d'étudier empiriquement s'il existait une différence entre les deux groupes, le groupe avec diagnostic TÉSPT et le groupe sans diagnostic. Dans la présente partie, nous discuterons d'abord les résultats obtenus aux différents instruments (TÉSPT, résilience, *coping* et mécanismes de défense, main qui gêne, échelle de fonctionnement global). Par la suite, une étude de cas sera proposée afin d'enrichir et de nuancer les résultats quantitatifs précédemment énoncés. Les limites de l'étude, ses retombées et des recommandations feront l'objet de la dernière partie.

Le fonctionnement psychologique de l'ensemble des participantes

Un des aspects novateur de cette étude, est qu'elle s'inscrit dans un tout nouveau courant, soit celui de décrire et d'expliquer les variations dans les deux profils d'adolescentes abusées sexuellement résilientes et non résilientes. Dans cette sous-section nous décrirons les résultats aux échelles et tests de l'ensemble des participantes.

Données sociodémographiques

La majorité des adolescentes de notre étude vivaient dans une famille reconstituée et le quart en famille d'accueil. Selon les recherches antérieures, la présence d'un beau-père dans une famille reconstituée est un facteur de risque pour l'abus sexuel dans la

famille (Wolfe, 2007). Quant au niveau socioéconomique, la majorité de nos adolescentes vivaient dans un milieu de niveau économique moyen et le tiers dans un milieu à faible revenu. Contrairement aux autres mauvais traitements (abus physique et négligence), cette variable n'a pas été reconnue par l'ensemble des recherches comme un facteur de risque pour l'abus sexuel (Coulton et al., 2007; Sedlak et al., 2010).

Les données de notre étude concernant les variables relatives à l'abus sexuel (âge de survenue, durée de l'abus, caractéristiques et formes d'abus) n'ont pas toutes confirmé les résultats des recherches antérieures. Elles permettent, toutefois, d'attester de l'absence d'homogénéité entre les recherches, dénoncée par de plus en plus de chercheurs (De Tychey et al., 2015; Kendall-Tackett et al., 1993; Pereda et al., 2009; Putnam, 2003; Stoltenberger et al., 2011). Par exemple, il a été démontré antérieurement que l'abuseur était souvent connu de la victime et qu'un lien affectif entre l'abuseur et la victime augmentait la gravité des séquelles (Putnam, 2003).

Contrairement à ces données, nous avons observé dans notre étude, qu'une proportion plus importante d'adolescentes sans diagnostic a été agressée sexuellement par un membre de la famille. De plus, nous retrouvons un nombre égal d'adolescentes sans diagnostic et avec diagnostic ayant été abusées sur une longue durée. Toutefois, l'âge de survenue de la majorité des adolescentes de notre étude se situe dans la période scolaire et le quart dans la période préscolaire comme l'a suggéré la plupart des recherches antérieures (Putnam, 2003).

La symptomatologie post-traumatique

La majorité des participantes de l'étude présente des symptômes post-traumatiques et plus d'un quart a été diagnostiqué avec un Trouble État de stress post-traumatique (TÉSPT). Ces résultats viennent confirmer les données de certaines recherches antérieures qui révèlent qu'entre 30 et 50 % d'enfants victimes d'abus sexuel remplissent tous les critères du diagnostic TÉSPT (Darves-Bornoz et al., 1998; Giaconia et al., 1995; Widom, 1999) et qu'un pourcentage plus élevé d'enfants manifeste des symptômes post-traumatiques, sans toutefois être diagnostiqués TÉSPT (Cuffe et al., 1998; Maikovich et al., 2009; McLeer et al., 1992). Les participantes qui n'étaient pas diagnostiquées TÉSPT, sauf une seule, manifestaient des symptômes post-traumatiques (de 3 à 13 symptômes) au moment de la passation. Selon Bonanno (2004), le rétablissement après un traumatisme peut se faire rapidement ou progressivement, soit de quelques mois à deux ans. Dans ce groupe sans diagnostic, les symptômes des participantes étaient apparus il y avait moins de deux ans.

Par contre, l'évolution des filles avec diagnostic est plus homogène et on ne décèle aucune évolution de *résilience* ou de *rétablissement* même après la révélation qui a eu lieu entre un an et trois ans. On peut davantage évoquer une évolution de *chronicisation* des symptômes (Bonanno, 2004), car la symptomatologie est demeurée élevée et stable – avec diagnostic TÉSPT, contrairement à une diminution rapide ou progressive chez les participantes sans diagnostic. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette chronicisation : la durée de l'abus sexuel, l'âge de survenue, la polyvictimisation, le refus de porter

plainte, les aspects du trauma lui-même, etc. Par exemple, Nicole qui manifeste le plus de symptômes post-traumatiques (#15) accompagnés d'une détresse clinique, a été abusée par son beau-père à l'âge de huit ans, sur une longue durée (8 ans). De plus, il y a des problèmes psychiatriques dans la famille maternelle et paternelle et une mère négligente qui ne l'a pas protégée. La révélation a eu lieu il y a un an et les démarches judiciaires sont encore en cours.

Toutefois, selon les chercheurs en développement de l'enfant, il y aurait plusieurs évolutions de résilience possibles après des événements traumatisques sévères (Luthar, Doernberger, & Zigler, 1993). Afin de raffiner notre compréhension du fonctionnement psychologique des adolescentes victimes d'abus sexuel, la prochaine partie traitera des résultats obtenus quant à deux variables qui ont été privilégiées dans cette recherche dont les preuves scientifiques s'accumulent pour les placer sous-jacentes processus de résilience : les stratégies de *coping* et les mécanismes de défense des participantes. Mais, nous discuterons d'abord des résultats à *l'Échelle de résilience*.

Résilience personnelle

Nous désirions savoir si les participantes qui ne sont pas diagnostiquées TÉSPT avaient des scores plus élevés aux dimensions de la résilience personnelle. La première hypothèse qui statuait que les participantes qui ne sont pas diagnostiquées TÉSPT, avaient des scores plus élevés aux dimensions de la résilience personnelle a été rejetée même si une tendance est relevée. Une analyse des items a permis de constater des

différences entre les deux groupes d'adolescentes. Premièrement, contrairement à la majorité des adolescentes avec diagnostic, plusieurs participantes sans diagnostic « croyaient qu'elles pouvaient traverser des périodes difficiles parce qu'elles avaient vécu des difficultés et qu'elles s'étaient généralement sorties d'une situation difficile ». Deuxièmement, « elles étaient fières d'avoir réalisé des choses dans leur vie et elles se percevaient déterminées ». Imprégnées de ces croyances, les participantes sans diagnostic se sentent moins menacées par les situations adverses ou stressantes. Il y a de plus en plus de preuves scientifiques que ces compétences qui reflètent l'endurance aident à amortir l'impact des situations de stress extrême (Kobasa, Maddi, & Khan, 1982). De plus, les adolescentes sans diagnostic « s'intéressaient à diverses choses et trouvaient toujours quelque chose qui les faisaient rire ». Plusieurs études ont montré que les émotions positives diminuaient la détresse (Keltner & Bonanno, 1997) et prédisaient un meilleur ajustement et de meilleures relations (Colak et al., 2003). Ong et ses collaborateurs (2006) ont conclu, dans leur méta-analyse, que les émotions positives vécues au quotidien peuvent modérer la réactivité au stress, favoriser la récupération après un événement stressant et ceci a un effet positif sur la variation dans les réponses émotionnelles au stress de tous les jours. Quatrièmement, les adolescentes sans diagnostic étaient beaucoup plus nombreuses à « chercher un sens à l'abus sexuel ». Selon Walsh et ses collaborateurs (2010), les victimes d'abus sexuel résilientes se démarquent des non résilientes du fait qu'elles ont besoin de faire du sens pour rétablir leur équilibre.

Finalement, les résultats ont aussi démontré qu'un nombre plus élevé de filles sans diagnostic ont tendance à s'attarder aux choses hors de leur contrôle. En période pubertaire, elles sont à la recherche de leur identité et elles ont perdu leurs repères. Contrairement aux adolescentes avec diagnostic, elles sont plus mobilisées à vouloir agir pour diminuer leurs sentiments d'impuissance et retrouver le contrôle de leur vie. L'abus sexuel est, de plus, fortement relié au pouvoir de l'agresseur sur la victime, ce qui forcément génère chez la victime des sentiments d'impuissance l'amenant à vouloir retrouver le contrôle de sa vie. Ce sentiment d'impuissance est un des quatre facteurs du modèle des dynamiques traumagéniques (Finkelhor & Browne, 1985) qui a été grandement suggéré comme cibles d'intervention.

Nous pouvons donc conclure que les adolescentes sans diagnostic tendent à démontrer une résilience personnelle alors que les adolescentes avec diagnostic ont une plus faible ou très faible résilience personnelle. Ces données viennent confirmer des recherches antérieurs sur une population d'adolescentes résilientes ou sur la résilience et l'abus sexuel. Celle de Chandy et ses collaborateurs (1996), par exemple, montre que les adolescentes mères qui se perçoivent résilientes, rapportent qu'elles peuvent compter sur leurs ressources personnelles. Par ailleurs, Domhardt et ses collaborateurs (2015) concluent dans leur recension des études sur la résilience et l'abus sexuel que l'apprentissage de comportements résilients a un rôle important à jouer dans le processus de résilience.

Stratégies de coping

En ce qui a trait aux stratégies de coping, nous voulions savoir si les participantes sans diagnostic les utilisaient de manière variée et si elles privilégiaient les stratégies efficaces. L'hypothèse stipulant que les participantes sans diagnostic TÉSPT utilisaient des stratégies de coping variées et efficaces a été elle aussi rejetée étant donné qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Une des explications possibles tiendrait au fait que la majorité des adolescentes sans diagnostic de notre échantillon ont été victimes d'abus sexuel au cours des deux dernières années. Tel que mentionné précédemment, selon Bonanno (2004), la période de rétablissement après un événement traumatisant peut durer jusqu'à deux ans. On pourrait donc considérer que l'absence de différence entre les stratégies de coping utilisées par les adolescentes sans diagnostic et celles avec diagnostic est conforme à l'évolution normale de rétablissement après un traumatisme.

Contrairement à ce que nous nous attendions, les résultats de la présente étude montrent que les adolescentes avec diagnostic qui utilisent autant de stratégies de coping pour faire face aux situations adverses ou stressantes, que celles du groupe sans diagnostic. Oaksford & Frude (2003) ont démontré que certains enfants et adolescents utilisent une plus grande variété de stratégies de coping pour faire face au stress probablement à cause de leur difficulté à les utiliser adéquatement. Par contre, si on porte une attention aux particularités de chacun des deux profils, nous observons une légère différence entre les adolescentes sans diagnostic et celles avec diagnostic. Ces

dernières ont tendance à utiliser un peu plus souvent les stratégies de coping efficaces (distraction, acceptation, coping actif, recherche de soutien émotionnel, réinterprétation positive) comparées aux dernières, mais elles utilisent aussi plus fréquemment les stratégies de coping inefficaces (déni, blâme, abus de substance, désengagement) et ce, même si les adolescentes sans diagnostic sont encore en période de rétablissement. Celles-ci présentent une capacité à se distraire, à se changer les idées pour éviter de penser au problème plus souvent que les adolescentes avec diagnostic. La distraction est considérée comme une stratégie efficace parce qu'elle implique un engagement avec une pensée ou une activité sans relation avec le stresseur qui a comme but principal de diminuer l'intensité des émotions (Connor-Smith et al., 2000), par exemple, aller magasiner, lire ou sortir avec des amis. Brigitte nous a longuement parlé de sa difficulté à prendre le temps de flâner, elle avait toujours besoin d'être occupée dans une activité et le plus souvent possible en compagnie d'amis.

Ces adolescentes sans diagnostic sont aussi un peu plus actives à rechercher du soutien émotionnel qui pouvait les aider à s'adapter. Même si des résultats antérieurs (Muler & Spitz, 2003) ont montré que la recherche d'une aide thérapeutique pouvait aussi générer de l'anxiété, la majorité des adolescentes sans diagnostic avaient eu recours plus fréquemment à un service de relation d'aide spécialisé en matière d'abus sexuel, à leur mère ou à une amie. Toutefois, selon certains chercheurs (Littrel, 1998; Muller & Spitz, 2003), la recherche de soutien émotionnel peut avoir des effets contrastés. Cette stratégie de coping centrée sur le soutien moral, la sympathie ou encore

la compréhension, est considéré efficace si elle n'est pas utilisée comme un déversoir d'affects sans intention de passer à l'action ou au-delà de la phase du début (Muller & Spitz, 2003). Pour Littrel (1998), la catharsis et le fait de ressentir des émotions dououreuses peuvent être néfastes si l'acquisition d'habiletés pour les gérer ne se fait pas simultanément ou préalablement. Cette stratégie s'est montrée adaptative pour les filles sans diagnostic de notre échantillon étant donné qu'elle n'empêchait pas l'utilisation de certaines stratégies actives (*coping* actif, distraction et recherche de soutien instrumental).

De plus, les adolescentes sans diagnostic utilisent un peu plus souvent le *coping* actif, une stratégie qui consiste à fournir un plus grand effort dans l'immédiat pour résoudre la situation stressante. Par exemple, une des adolescentes se consacrée presqu'uniquement à ses études lorsque les symptômes sont apparus alors qu'une autre a préféré le soutien de ses amies à travers diverses activités. Plusieurs autres adolescentes sans diagnostic ont décidé de s'impliquer dans des démarches juridiques avec le soutien d'un intervenant. Selon Bal et al. (2009), les adolescentes ont davantage besoin d'être dans l'action et entourées de leurs pairs pour traverser les moments difficiles de leur existence.

Selon Wagnild et Young (1990), la détermination, l'optimiste et la persévérance qui caractérisent les résilientes aidaient les mères-adolescentes à transformer les expériences négatives en expériences positives, leur donner l'énergie pour agir de leur mieux avec

leurs enfants, malgré leurs ressources limitées. Dans notre étude, nombre un peu plus élevé d'adolescentes sans diagnostic ont tendance à réinterpréter positivement les situations adverses auxquelles elles étaient confrontées. Par exemple, Céline, âgée de 17 ans, a rapporté faire des efforts pour maintenir une attitude positive, surtout quand elle devait affronter des difficultés quotidiennes : « j'essaie toujours de voir le bon côté des choses, c'est comme un réflexe, non c'est vrai c'est comme mon père. Je ne voulais pas être comme ma mère qui a eu plusieurs dépressions ». La stratégie *réinterprétation positive* implique le recours à la pensée (la mentalisation) et plusieurs approches théoriques ont suggéré que les facteurs cognitifs avaient une influence importante sur les processus de guérison des victimes d'abus sexuel (Ehlers, & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; Janoff-Bulman, 1992).

Par ailleurs, lorsqu'on compare les deux groupes, les adolescentes avec diagnostic utilisent plus fréquemment le déni, une stratégie plus ou moins adaptative et qui sert souvent à minimiser la détresse émotionnelle. Plus de la moitié des filles ont révélé l'abus sexuel au courant des deux dernières années alors qu'elles ont été abusées sur une longue durée pendant la période de latence. Selon Cramer (2007), cette stratégie s'installe durant cette période de latence, il est donc possible qu'elle se soit cristallisée et qu'elle ait reporté à une période ultérieure et où les repères identitaires sont remis en cause, le dévoilement de l'abus sexuel.

Le blâme est aussi une stratégie plus souvent utilisée par les filles avec diagnostic et

qui s'est révélé être un obstacle pour l'adaptation positive. Cette stratégie est considérée comme un facteur de risque important chez les victimes d'abus sexuel (Finkelhor & Browne, 1985). Par exemple, une fille nous a partagé qu'après les deux épisodes d'abus sexuel avec violence dont elle a été victime de la part du meilleur ami de son père – qu'elle connaissait depuis son jeune âge et en qui elle avait placé toute sa confiance – qu'elle ressentait un grand besoin d'affection et d'attention. Elle ressentait aussi beaucoup de colère, de culpabilité et se jugeait sévèrement responsable de l'abus sexuel. Chez les personnes qui se blâment, le processus cognitif est déficient et les amène à se sentir toujours responsables des comportements abusifs à leur égard et à fonctionner sur un mode d'obligation vis-à-vis d'autrui. Elles ressentent une grande culpabilité pour des gestes irrépréhensibles pourtant commis par l'agresseur (Langer, 1997).

Cependant, se blâmer peut être aussi une réaction normale, momentanément, dans un contexte d'abus sexuel. Feiring et Cleland (2007), dans leur étude longitudinale effectuée auprès d'enfants âgés de 8 à 15 ans, examinant les attributions spécifiques de blâme faites par les victimes au cours des six années suivant le dévoilement, ont démontré que les enfants avaient une tendance décroissante à se blâmer tout en attribuant de plus en plus le blâme à l'abuseur au fil du temps. Les adolescentes de notre étude qui ont eu recours au blâme, ont révélé l'abus sexuel il y a moins de deux ans, ce qui est relativement récent. La plupart des filles avec diagnostic se blâmaient pour les abus sexuels au lieu d'attribuer la responsabilité à l'agresseur contrairement aux filles sans diagnostic. Dans trois études antérieures sur des échantillons adultes, l'attribution

externe du blâme, c'est-à-dire attribuer à l'agresseur la responsabilité de l'abus sexuel plutôt qu'à soi, était corrélée avec des caractéristiques de la résilience (Dufour & Nadeau, 2001; Liem et al., 1997). Ces effets positifs d'attribution externe du blâme confirment l'importance d'aider la victime à diminuer ses sentiments de culpabilité qui sont des facteurs de risque pour la psychopathologie (Finkelhor & Browne, 1985). Il a été démontré de plus, que l'attribution externe a une valeur de protection plus significative chez les victimes d'abus sexuel que chez celles qui ont vécus d'autres types de mauvais traitements (Domhardt et al., 2015).

En ce qui concerne des relations positives entre la résilience et les stratégies de *coping*, on a observé que les adolescentes qui choisissent de faire une activité sans relation avec une source de stress actuelle, comme se changer les idées pour ne pas y penser (distraction), se perçoivent plus résilientes et particulièrement, en matière de compétences personnelles. Dans une recherche sur les mères-adolescentes, Arenson (1994) et SmithBattle & Wynn Leonard (1998) ont démontré que celles qui étaient résilientes étaient capables d'identifier leurs forces personnelles et avaient recours à des stratégies actives. Elles ont développé, de plus, une habileté à maintenir un regard positif sur la vie qui les aide à garder espoir dans un futur meilleur et leur donne l'énergie pour développer des modèles de comportements sains comme prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants.

L'expression des sentiments est une stratégie utilisée par les adolescentes qui ont

témoigné d'une acceptation de soi et de la vie. Ainsi, les adolescentes qui expriment leurs sentiments démontrent une meilleure adaptation et une plus grande acceptation du traumatisme de l'abus sexuel. Selon Carson (2006), l'acceptation inconditionnelle de soi est cruciale pour la santé mentale, elle favorise la capacité à gérer une grande variété d'émotions, incluant le contrôle de la colère et de la dépression.

La plupart des adolescentes de cette étude qui exprimaient leurs sentiments avaient été victimes d'abus sexuel sur une longue durée et dans un contexte de violence. Rachel, par exemple, a été agressée sexuellement par quatre hommes et sa mère encourageait et organisait ces échanges. Ces adolescentes avaient eu aussi des problèmes d'agressivité et des symptômes dépressifs durant quelques mois après la révélation. Elles avaient eu recours, cependant, à une aide quelconque (thérapie, accompagnement pour les démarches judiciaires, etc.), ce qui a favorisé l'expression des sentiments et l'acceptation de soi et de la vie. Par contre, les filles qui se blâmaient avaient tendance à se dévaloriser et à s'autocritiquer. Chanowitz et Langer (1981) ont démontré que ces personnes qui ont une tendance constante à l'autocritique plutôt qu'à l'acceptation de soi, ont souvent de grands besoins à combler et en quête d'affection. Elles consacrent beaucoup d'attention et de ressources personnelles à nourrir leur besoin d'être valorisée afin de compenser la perception négative qu'elles ont d'elles-mêmes (déficits personnels). Chez ces personnes, le processus cognitif est déficient, ce qui les amènerait à se sentir toujours responsables des comportements abusifs à leur égard et à fonctionner sur un mode d'obligation vis-à-vis d'autrui.

De plus, les adolescentes qui utilisaient des mécanismes de défense matures se percevaient significativement plus résilientes et elles rapportaient plus fréquemment une acceptation de soi et de la vie. Selon, Davydov et ses collaborateurs (2010), les mécanismes de défense matures, de niveau *adaptatif élevé*, sont impliqués dans le processus de résilience et jouent un rôle majeur en tant que facteur individuel de protection. Ces auteurs considèrent même que ces mécanismes sont comme une forme de résilience. De plus, selon Chabert (1998), la présence de mécanismes de défense névrotiques est importante durant l'adolescence pour tempérer la souffrance liée aux changements majeurs au niveau de l'identité et de l'identification sexuelle et gérer les stresseurs qui s'y ajoutent.

Finalement, nous désirions aussi savoir si la résilience, les mécanismes de défense matures et les stratégies de *coping* étaient associées d'une manière quelconque. Dans le groupe sans diagnostic, plus les adolescentes possédaient des qualités de résilience, particulièrement les compétences personnelles, plus elles utilisaient des stratégies qui leur permettaient de moduler les effets du traumatisme ou des autres stresseurs qui surviennent quotidiennement et moins elles avaient recours aux mécanismes de défense immatures. Ces adolescentes croyaient qu'elles pouvaient traverser des périodes difficiles et s'en sortir parce qu'elles avaient vécu des difficultés. Elles avaient donc la conviction qu'on peut apprendre et grandir autant à partir d'évènements positifs que négatifs, comme il a été démontré dans les écrits scientifiques sur le stress post-traumatique (Bonanno & Diminich, 2013; Block & Block, 2006). Elles avaient

confiance en elle et elles utilisaient des stratégies actives et le soutien de la famille et des pairs qui leur permettaient de gérer leur détresse. Les compétences personnelles peuvent s'apparenter à des caractéristiques de l'endurance qui est un concept de la résilience défini comme un trait de personnalité appartenant aux personnes résilientes (Kobasa et al., 1982). Dans une recherche menée par Florian et ses collaborateurs (1995), les individus qui avaient développé l'endurance, démontraient une plus grande confiance en eux et utilisaient des stratégies de *coping* actives et de recherche de soutien qui les aidaient à gérer leur détresse.

En regard du profil des adolescentes avec diagnostic, on a observé que le blâme de soi était associé négativement avec l'acceptation de soi et de la vie, et qu'elles utilisaient un système défensif était immature. En effet, plusieurs de ces adolescentes qui ont un niveau de détresse élevée ou une incapacité à fonctionner, avaient rapporté : ne pas s'aimer, ne pas chercher à comprendre le sens des choses et à ne pas s'attarder à ce qui est hors de leur contrôle. Ces résultats viennent partiellement corroborer ceux d'une recherche effectuée dans un échantillon de 158 adolescentes abusées sexuellement, âgées de 13 à 17 ans, où la méfiance interpersonnelle et les attributions de blâme étaient associées à des troubles de comportement intérieurisés et extérieurisés (Daigneault et al., 2005). De plus, la présente étude a permis de constater que ces deux stratégies de coping, la méfiance et le blâme, étaient associés à des mécanismes de défense immatures, particulièrement, à l'agression passive et au déplacement. Selon Araujo et ses collaborateurs (1999), ces deux défenses de retrait sont associées à plus de stress.

Mécanismes de défense

Une des hypothèses de l'étude était de vérifier si les participantes sans diagnostic avaient recours à des mécanismes de défense plus souples et plus matures. Les résultats de cette recherche montrent un profil d'adolescentes sans diagnostic reflétant un style défensif adaptatif de résilience: toutes les adolescentes sans diagnostic de l'échantillon avaient utilisé des défenses matures et une majorité d'entre elles avaient eu recours à des mécanismes névrotiques ainsi qu'à un nombre inférieur de mécanismes immatures. L'utilisation des trois niveaux de défense témoigne d'une plus grande souplesse dans l'utilisation des mécanismes de défense pour s'adapter positivement à des situations adverses ou de niveau élevé de stress. Plus spécifiquement, les trois mécanismes de défense les plus utilisés ont été : la répression, l'humour et l'anticipation. Le premier est une défense qui permet de rejeter volontairement hors de la conscience ce qui est trop préoccupant et d'éviter les pensées déplaisantes, les émotions et les souvenirs (Weinberger, 1998). Les adolescentes sans diagnostic de notre échantillon ont utilisé cette défense en s'intéressant à des activités variées qui leur permettaient penser à autres choses. La répression a aussi pour effet d'atténuer la détresse dans les situations de stress, toutefois, selon Weinberger (1998), elle ne diminuerait pas les symptômes associés aux mesures indirectes comme l'hyperéveil, phénomène que a été observé chez les adolescentes sans diagnostic qui ont rapporté un nombre élevé de symptômes d'hyperéveil. De plus, dans un échantillon de jeunes femmes abusées sexuellement, la répression a été associée à une faible probabilité de révéler les abus sexuels qui a eu un effet positif sur l'adaptation (Bonanno et al., 2005). Dans la présente étude, nous avons

observé un délai dans le dévoilement de l'abus sexuel chez les adolescentes sans diagnostic qui ont rapportées une résilience personnelle plus élevée. Enfin, il a été démontré que ce mécanisme de défense agissait principalement sur la régulation les mécanismes centrés sur les émotions, par exemple la dissociation émotionnelle (Bonanno et al., 2005), ce qui pourrait expliquer qu'aucune participante sans diagnostic n'utilise la dissociation et le déni, deux défenses qui sont généralement associés aux traumatismes de l'abus sexuel.

L'autre mécanisme supérieur utilisé par les adolescentes sans diagnostic est l'humour. Cette défense permet de voir des aspects positifs ou ironiques d'une situation qui est traumatisante. Freud (1905) l'a décrite comme étant la plus élevée des défenses. Quant à l'anticipation, cette défense rend les adolescentes capables de supporter affectivement une situation intolérable et de prévenir le danger; elle permet ainsi aux adolescentes de s'ajuster au fur et à mesure au plan affectif et cognitif (Ionescu et al., 2012). Et enfin, la sublimation est la capacité de diriger l'énergie provenant d'une pulsion sexuelle ou agressive vers des activités saines, plus acceptables socialement, mais aussi plus valorisantes (Ionescu et al., 2012).

Par ailleurs, certaines défenses peuvent être normatives et plus adaptatives au cours de l'enfance et de l'adolescence alors qu'elles s'avèreraient être problématiques à l'âge adulte (Cramer, 1991; Vaillant, 1977). Vaillant a principalement identifié trois défenses, soit l'omnipotence, le passage à l'acte et l'idéalisation. Dans cette étude, on peut voir

que deux mécanismes immatures sont utilisés par plusieurs adolescentes sans diagnostic, il s'agit du passage à l'acte et de la rationalisation. Le passage à l'acte est destiné à lutter contre l'angoisse. Il est fréquemment utilisé dans la vie de tous les jours. Par exemple, l'activité fébrile d'une adolescente qui attend son rendez-vous amoureux, ou celles qui s'engagent dans plusieurs activités parascolaires en même temps. Cette fuite en avant est défensive dans le sens où elle est associée avec des conflits émotionnels qui n'ont pas trouvé le chemin de l'expression verbale (Ionescu et al., 2012). La rationalisation, une défense plutôt sociale destinée à autrui, est utilisée dans le but de préserver une certaine image de soi (Mucchielli, 1981). Ces deux défenses immatures utilisées prioritairement par les filles sans diagnostic peuvent être associées à la période tumultueuse de la puberté, mais aussi à l'impact de l'abus sexuel qui ont fait naître des sentiments honteux et des conflits émotionnels internes.

Si on illustre la présence de ces mécanismes de défense avec le cas de Patricia, qui utilisait en plus de la rationalisation et du passage à l'acte, l'anticipation et le déni, on pourrait expliquer en partie le fait qu'elle soit résiliente. Le fait qu'elle ait quatre mécanismes de défense dont deux de niveau mature et immature, montre une certaine souplesse psychique dans l'adaptation à des situations adverses. Le passage à l'acte la maintenait dans l'action au lieu de la faire sombrer dans la détresse; la rationalisation lui permettait de préserver une bonne image d'elle-même et le déni diminuait à court terme sa souffrance. Selon Araujo et ses collaborateurs (1999), lorsque le nombre de stresseurs augmente, les défenses matures (et névrotiques) ne sont pas « supplantes », mais plutôt

complémentées par des défenses immatures. Un « processus de sélection » subconscient se mettrait en action pour déployer plus fréquemment et de manière plus rigide des défenses immatures pour s'adapter positivement aux situations adverses, aux relations interpersonnelles induisant un niveau stress élevé ou aux périodes de plus grande vulnérabilité. Par contre, le fait que Patricia n'utilise qu'une défense supérieure et aucune défense névrotique, pourrait expliquer, en partie, son faible score de résilience. Selon Vaillant (1993), les défenses supérieures sont l'apanage des personnes résilientes; Chabert (1998) soutient, d'autre part, qu'il est important de recourir à des mécanismes névrotiques à l'adolescence pour atténuer la souffrance liée à tous les changements au niveau de l'identité et de l'identification et pour gérer les stresseurs supplémentaires.

Une des données de notre étude s'est montrée différente des recherches antérieures, soit la très faible occurrence de la dissociation. Une seule fille en fait usage et elle se trouve dans le groupe sans diagnostic. Ingrid (17 ans et 7 mois) a obtenu un score de résilience à la limite de la faible résilience (120), mais, elle avait recours à des mécanismes de défense matures (répression, sublimation, humour, anticipation), névrotiques (formation réactionnelle, annulation) ainsi qu'une défense immature soit la dissociation. Ingrid a été hospitalisée à plusieurs reprises entre la naissance et deux ans pour un problème au cœur. Ces hospitalisations répétées ainsi que l'impact au plan psychique de ces faiblesses au cœur, pourraient avoir augmenté le risque de développer un trouble de l'attachement qui la maintiendrait très dépendante de sa mère et très isolée socialement : « j'ai une relation parfaite avec ma mère, elle est ma confidente, elle est

très respectueuse, me comprend toujours... ». À l'*Échelle de Résilience*, elle rapporte qu'elle ne peut pas compter sur elle-même plus que sur les autres, elle se force à faire des choses que cela lui plaise ou non et se demande souvent le sens des choses. On voit que même à 17 ans 7 mois, son processus identitaire n'est pas encore complété et il est fort probable que la dissociation ralentie son processus d'identification (Collin-Vézina et al., 2006; Liotti, 2011). Les symptômes post-traumatiques ont fluctué passablement après les épisodes d'abus sexuel dont elle a été victime dans sa relation amoureuse. Cette fluctuation est soumise aussi à l'augmentation des sources de stress attribuable, actuellement, aux démarches judiciaires qui sont en cours : « je dois me préparer pour aller au tribunal bientôt et mes symptômes sont plus forts, j'en ai plusieurs ». Dans une étude effectuée auprès d'adultes ayant été diagnostiqués avec un trouble de l'attachement insécurisé-désorganisé, Liotti (2011) différencie les *symptômes dissociatifs* du *processus dissociatif* et il attribue au dernier, la possibilité d'un plus grand risque de psychopathologie. Il a démontré, en effet, que les adultes qui ne démontraient pas de signes de dissociation présentaient des signes liés à un processus dissociatif qui se manifestait par une agressivité anormale dans les relations interpersonnelles. Par ailleurs, une autre adolescente, Manon, qui ne faisait pas usage de dissociation, a manifesté un niveau d'agressivité élevé dans ses relations interpersonnelles et était rejetée par ses pairs et très isolée socialement.

Les filles avec diagnostic ont eu principalement recours, elles aussi, à trois défenses immatures : l'omnipotence/dévaluation, l'agression passive et le déplacement.

L’omnipotence / dévaluation est une défense archaïque qui dérive des opérations du clivage. Elle est manifeste quand surgissent un Soi grandiose, omnipotent et des représentations dépréciées, méprisées de l’autre (Ionescu et al., 2012). L’agression passive, par ailleurs, est utilisée par la personne qui se sent injustement traitée et qui s’affirme en retour, indirectement de manière dure, sévère (Ionescu et al., 2012). Le déplacement reflète quant à lui, le retrait de la personne qui s’isole avec elle-même, en ne se sentant pas comprise ou en mangeant « ses émotions négatives ». Ces trois réactions aux stresseurs – agression passive et déplacement ainsi que l’omnipotence/dévaluation où la personne se sent très inhibée dans une relation interpersonnelle – reflètent un sens d’inefficacité personnelle ou une incapacité à approcher la source de stress d’une manière directe (Araujo et al., 1999). Dans une recherche effectuée en 1981, Block et Block ont décrit ces personnes comme étant « hypercontrôlées », inhibées, conformistes, ce qui les empêcherait de développer des stratégies efficaces pour s’adapter aux exigences d’un environnement aversif.

Dans une autre recherche, celle-ci, effectuée auprès d’adolescents, Araujo et ses collaborateurs (1999) ont découvert une relation significative entre une augmentation des stresseurs et l’utilisation des défenses passives, de retrait ou de prise en otage. Parmi ces défenses figurent le déni et l’agression passive qui sont classés comme des défenses passives. Ces défenses ont pour but de contenir l’anxiété et la détresse tout en favorisant la froideur dans les relations interpersonnelles. La forte présence de ces mécanismes immatures chez les adolescentes avec diagnostic peut donc s’expliquer par

l'augmentation de stresseurs liés à l'impact de l'abus sexuel, dont le dévoilement, les démarches judiciaires, etc. À cela s'ajoute les nombreuses transformations liées à la puberté.

Les adolescentes du groupe sans diagnostic se montrent résilientes parce qu'elles utilisent toutes des défenses matures et très peu de défenses immatures alors que la situation est inversée chez les adolescentes avec diagnostic. Contrairement aux adolescentes sans diagnostic, chacune des adolescentes avec diagnostic a rapporté de nombreux facteurs de risque dans son enfance ou actuellement, que ce soit des facteurs internes, familiaux ou environnementaux. Leur historique est marqué par la polytraumatisation, phénomène mis en évidence récemment par Trickett et ses collaboratrices (2011). Les adolescentes du gorupe avec diagnostic ont, de plus, été confrontées à plusieurs stresseurs. Certaines ont été victimes d'abus sexuel sur une longue période alors que d'autres adolescentes ont été victimes de plusieurs agresseurs ou de plus d'une forme d'abus sexuel (intra ou extrafamilial). Par ailleurs, d'autres adolescentes avec diagnostic ont été fragilisées par une maladie en bas âge, de nombreux déménagements, des problèmes de santé mentale chez les parents ou la présence d'autres types de maltraitance (abus physique, négligence). À ces facteurs, se sont ajouté les stresseurs plus actuels comme la judiciarisation, l'adaptation dans une famille d'accueil après le rejet du parent protecteur et les transformations liées à la période de l'adolescence. Déjà, Freud avait suggéré que les défenses immatures pouvaient servir de protection pour faire face aux situations de stress sévères. Plus récemment, Araujo et ses

collaborateurs (1999) ont rapporté, dans un échantillon d'adolescents, une corrélation entre les stresseurs actuels et les défenses immatures, dans un échantillon d'adolescents.

De plus, selon les chercheurs (Shaw et al., 1996; Thienemann, & Steiner, 1998; Vaillant, 1977), le style défensif représente des traits relativement stables dans le temps qui émergent du tempérament et de l'environnement familial. Weinstock (1967) a démontré que les relations problématiques entre la mère et l'enfant sont associées à des défenses immatures et qu'il y a de fortes chances qu'un enfant qui a recours à la répression et au déni, ait eu des parents qui utilisaient eux aussi ces deux défenses (Weinstock, 1967).

Par ailleurs, Thienemann et Steiner (1998) ont démontré que les défenses immatures étaient corrélées avec un environnement familial conflictuel et contrôlant. Dans notre étude, toutes les adolescentes avec diagnostic ont révélé avoir des conflits importants avec leur mère ou un lien problématique. Et la plupart d'entre elles avaient recours à la répression et au déni. Certaines des adolescentes avec diagnostic ont révélé avoir vécu ou vivre dans un environnement familial très contrôlant (culpabilisant) ou conflictuel. Ainsi, même si le tempérament et l'environnement jouent un rôle dans l'élaboration du modèle défensif, les événements ultérieurs qui viennent s'ajouter et augmenter le niveau de stress renforcent les traits du tempérament en les rendant plus prononcés (Shaw et al., 1996).

Main qui gêne

Le dessin de la *main qui gêne* révèle les échanges de l'adolescente avec son environnement et il permet aussi de mesurer les distances et les défenses qui la sépare. Plus de la moitié des adolescentes sans diagnostic ont démontré qu'elles possédaient des fonctions du moi relativement solides (Davido, 1994) malgré la pression extérieure provenant du traumatisme sexuel. On peut en déduire que ces adolescentes ont développé un système défensif leur permettant de bien gérer les situations adverses et conflictuelles qui surviennent. Par contre, dans une grande proportion, les adolescentes ont démontré une adaptation précaire au réel. Par exemple, certaines ressentaient de l'anxiété, de culpabilité et des difficultés de communication avec l'environnement.

En outre, dans la majorité des cas, les adolescentes sans diagnostic démontraient une capacité à faire une distinction dedans/dehors dans le test de la main qui gêne; ainsi, le moi avait été préservé et il était parvenu à se différencier de l'objet pour acquérir une plus grande maturité. Même si les stresseurs étaient nombreux – transformations majeures à l'adolescence, abus sexuel, stress quotidien – plusieurs adolescentes ont montré qu'elles étaient capables de les gérer. La plupart d'entre elles ne sont pas prisonnières de leur passé traumatisant, car elles sont parvenues à prendre une certaine distance des souffrances directement liées aux abus sexuels et à affronter celles qui se manifestent actuellement dans leur vie. Par contre, toutes les adolescentes avec diagnostic ont exprimé une grande souffrance directement liés aux abus sexuels. De plus, aucune d'entre elles a utilisé la caricature (comparée à trois adolescentes sans

diagnostic) qui est associée à une forme d'humour et fait référence à une certaine capacité de prendre du recul face à une situation stressante ou adverse.

Échelle d'évaluation du fonctionnement global

L'évaluation du fonctionnement psychologique, social et professionnel confirme les capacités d'adaptation positive des adolescentes sans diagnostic de notre échantillon. Toutes les adolescentes sans diagnostic ont montré un bon niveau de santé mentale bien qu'aucune d'entre elles ne présentent un fonctionnement supérieur. Des résultats similaires ont été rapportés dans une recherche antérieure effectuée sur une population normale d'adolescents (Erickson et al., 1996). L'adolescente qui a obtenu un fonctionnement près de la limite supérieure, a manifesté des symptômes post-traumatiques, de l'anxiété et une humeur dépressive, mais elle a maintenu un excellent niveau académique, elle est très impliquée socialement auprès de ses pairs, elle est très appréciée et elle a une influence très positive sur eux. Elle exprime des soucis qui sont relatifs à son âge. La plupart des autres adolescentes sans diagnostic présentaient quelques légers symptômes ou une certaine difficulté dans leur fonctionnement social ou scolaire, mais elles fonctionnent bien de façon générale et entretenaient plusieurs relations interpersonnelles positives.

Par contre, le niveau de fonctionnement des adolescentes avec diagnostic était beaucoup plus altéré. Sans atteindre le registre de difficultés graves, elles se situaient entre des symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire) ou altération importante du

fonctionnement social ou scolaire et des symptômes (p. ex. émoussement affectif) ou difficultés (p. ex. peu d'amis) d'intensité moyenne.

Étude de cas

L'anamnèse d'Hélène révèle la présence des facteurs de risque qui peuvent la fragiliser au plan psychique, mais aussi de facteurs de protection plus nombreux qui ont favorisé son développement normal jusqu'à maintenant. Les facteurs de risque qui ont été décelés sont : des déménagements fréquents, quelques contacts avec le père dans la petite enfance et aucun contact depuis l'âge scolaire, l'absence de lien significatif avec le père, une grand-mère maternelle abusive et méprisante, la séparation récente de sa mère et son beau-père avec qui elle avait créé un lien paternel significatif et une baisse importante du niveau socioéconomique, la dépression de la mère, le fait que ses révélations n'aient pas été prises en compte par l'infirmière scolaire et la police, et l'entrée dans l'adolescence.

Par contre, les facteurs de protection sont: la performance scolaire, le soutien par les pairs et d'excellentes habiletés sociales, une mère suffisamment bonne et protectrice, un bon niveau confiance en soi et d'estime de soi, d'excellentes ressources comportementales et le fait d'être très mobilisée dans l'action.

Les qualités de résilience d'Hélène s'articulent sur un grand registre, car elle peut compter autant sur de nombreuses compétences comportementales que sur une grande

acceptation de soi et de la vie. Malgré qu'elle rapporte « ma vie n'a pas de sens et je m'attarde sur les choses hors de mon contrôle » qui sont deux caractéristiques importantes sous-jacentes à la résilience des victimes d'abus sexuel, Hélène présente de très bonnes capacités d'adaptation au plan psychique. Cependant, plusieurs raisons peuvent expliquer le fait que sa vie actuelle n'a pas de sens et qu'elle n'est pas en contrôle. Tout d'abord, elle vient tout juste de faire son entrée dans la période de l'adolescence (13 ans), période de grande vulnérabilité où les repères ont disparu au profit de la maturation du processus d'individuation. Elle a vécu, il y a à peine quelques mois, des événements qu'on pourrait qualifier de traumatisques : la séparation de sa mère et de son beau-père provoquée par des agressions de la grand-mère maternelle, le dévoilement à sa mère de mauvais traitements vécus vers l'âge de trois ans, le rejet et l'humiliation vécus par les autorités de son milieu scolaire après avoir déposé une plainte contre la grand-mère. Alors qu'il était tout à fait légitime qu'Hélène s'attende à recevoir du soutien et du réconfort du personnel d'une école, en particulier de l'infirmière et de la police, car ils ont reçu le mandat de protéger et venir en aide aux personnes vulnérables. Hélène est donc dans une période de sa vie de grande vulnérabilité et en processus de rétablissement. Selon Bonanno et ses collaborateurs (2004), les personnes résilientes ont des symptômes au début de la période de rétablissement, mais ils diminuent progressivement par la suite. Hélène possède aussi les caractéristiques de l'endurance, qui est une caractéristique importante de la résilience personnelle. Elle rapporte à l'*Échelle de Résilience* qu'elle peut traverser des périodes difficiles et s'en sortir parce qu'elle a vécu des difficultés. Elle a donc la conviction

qu'elle peut apprendre et grandir autant à partir d'événements positifs que négatifs. De plus, elle déclare qu'elle a confiance en elle pour traverser des périodes difficiles et qu'elle utilise des stratégies actives et un soutien social qui permettent de mieux gérer sa détresse. Elle a dans son bagage de ressources, une autre dimension de la résilience, soit la valorisation de soi : je suis fière d'avoir développé des choses dans ma vie; je peux compter sur moi plus que sur les autres. Elle a aussi accès à des émotions positives, car elle trouve toujours quelque chose pour la faire rire. Toutes ces compétences personnelles qu'elle a développées sont des dimensions de la résilience qui ont fait l'objet de nombreuses recherches (Bonanno, 2004). Elle a, par ailleurs, des symptômes post-traumatiques qui ont diminué rapidement après la révélation. Parmi la symptomatologie post-traumatique, elle utilise trois symptômes d'évitement que l'on peut associer à la dissociation traumatique qui, selon Liotti (2011), sont plus adaptatifs et normaux après un traumatisme que le *processus de dissociation* qui laisse présager une évolution psychopathologique.

Hélène est engagée dans un processus de rétablissement, où ses symptômes post-traumatiques avaient atteint une grande intensité immédiatement après la rencontre avec l'infirmière et la policière, mais qui ont diminué rapidement grâce à l'éloignement du contexte aversif, du soutien de la mère et de l'amie de sa mère et de ses pairs entre autres.

Hélène a recours à seulement trois stratégies de *coping*, ce qui est perçu comme favorable à la résilience dans certaines recherches (Oaksford & Fruye, 2003). Deux

stratégies sont efficaces soit le *coping* actif et la distraction, mais la troisième, le déni, n'est pas une stratégie adaptative sauf s'il est utilisé immédiatement après la révélation et s'il ne se pérennisait pas. Dans le cas d'Hélène, la révélation a eu lieu, il y a à peine quatre mois et le déni vient même atténuer la souffrance et lui permettre un fonctionnement normal. De plus, selon Bal et ses collaborateurs (2003), le coping actif utilisé dans la période de la crise entourant le dévoilement est associé au soutien satisfaisant du parent protecteur.

Hélène a aussi recours à des mécanismes de défense supérieurs (Vaillant, 1993) donc très adaptatifs : la répression, la sublimation, l'humour et l'anticipation. Elle a développé cette capacité d'anticiper les situations qui peuvent être menaçantes comme son retour en Europe. À la fois stressée à l'idée d'y retourner, elle planifiait son départ et son arrivée en France, en contactant des amis et en leur proposant des activités. En plus, elle sublime dans les études, elle est capable de tourner en ridicule et d'utiliser l'ironie face aux situations adverses qu'elle a vécues.

Elle a aussi un seul mécanisme névrotique, le pseudoaltruisme, qui favorise une bonne adaptation au cours de l'adolescence (Chabert, 1998). Hélène a beaucoup de satisfaction à aider les autres « je serais déprimée si je ne pouvais pas m'occuper de mes amis, les aider... ». Selon Lighezzolo et De Tyche (2004), un mécanisme immature peut être adaptatif dans des situations hautement stressantes, à condition qu'il soit utilisé en alternance avec un mécanisme plus évolué, par exemple le pseudoaltruisme dans ce

cas-ci. De plus, le fait qu'elle soit centrée sur le bien-être de ses amis lui permet de s'éloigner de sa propre souffrance et de développer une confiance en soi et une estime de soi (Daigneault & Tourigny, 2004).

Hélène utilise aussi quatre mécanismes de défense immatures qui sont l'*isolation*, le déplacement, l'*omnipotence/dévaluation* et le passage à l'acte. Selon Vaillant (1993), les deux derniers seraient adaptatifs durant l'adolescence. Le déplacement, toutefois, est considéré comme un mécanisme passif et serait plus fréquemment employé par les adolescents qui sont confrontés à un nombre accru de stresseurs (Araujo et al., 1999).

Par ailleurs, Hélène a recours à un autre mécanisme immature soit l'*isolation*; celui-ci lui permet de ne pas ressentir les émotions intenses et difficiles à gérer, étant actuellement dans une période d'instabilité propre à l'adolescence et de rétablissement après les événements traumatisques. Les résultats obtenus au dessin de la « main qui gêne » qui indiquent une immaturité et une absence de limites par la confusion dedans/dehors, qu'elle n'est pas séparée de sa mère, mais plutôt dans un individuation. Enfin, elle ressent une grande souffrance liée à un environnement abusif voire même une certaine détresse qu'elle a eu l'occasion d'exprimer. L'*isolation* atténuerait l'intensité de cette détresse. Après quelques mois, les symptômes ont diminué et son fonctionnement au niveau académique s'est grandement amélioré. Elle est revenue à son niveau d'excellence. Elle a été honorée par le directeur de l'école qu'elle fréquente actuellement au Québec alors qu'en France, elle était en échec scolaire, il y a à peine quelques mois.

Les résultats au TAT nous permettent de confirmer les données quantitatives qui viennent d'être discutées. Globalement, elle utilise plus fréquemment des procédés relatifs à l'évitement du conflit et à la labilité. L'évitement du conflit est associé au fonctionnement limite, à moins qu'utilisé en même temps que des procédés de labilité qui comme dans le cas d'Hélène – ce qui permet au conflit d'être pris en charge par la mise en scène des relations interpersonnelles. Hélène maintient son équilibre en étant très entourée socialement et en ayant besoin d'aider ses amis (pseudoaltruisme) comme l'ont suggérés les résultats aux *DSQ*.

Nous retrouvons aussi dans le protocole d'Hélène, des procédés de la pensée saturée en processus primaires qui ne sont pas toujours considérées comme le signe de modalités psychotiques. En effet, au cours des années, Brelet-Foulard et Chabert (2003) ont découvert que, « la présence ponctuelle du processus primaire rend compte de l'existence d'une perméabilité de bon aloi entre les instances psychiques ou, en d'autres termes, d'une souplesse de fonctionnement du préconscient » (p. 105). Par contre, la quantité de procédés primaires qu'Hélène utilise laisse entrevoir des émergences de son passé traumatisant vécu à un très jeune âge (3 ans) qui la fragilise actuellement, surtout les procédés de projection massive qui lui permettent de rejeter hors de sa conscience les souvenirs de mauvais objet qui la hante sournoisement. Cette vulnérabilité est confirmé par le test de la main qui gène qui montre qu'elle a une certaine fragilité au niveau du moi. Le poids des émergences en processus primaire, très lourd présentement, est tempéré par un mécanisme d'allure plus névrotique, en l'occurrence, le pseudoaltruisme

qui lui permet d'atténuer sa souffrance (Chabert, 1998). Le dessin de la main confirme aussi qu'elle a une bonne santé mentale.

Hélène a aussi quelquefois recours à des procédés de type rigide, mais elle priorise beaucoup plus souvent ceux qui ont trait à un investissement de la relation. On voit aussi que la dramatisation est assez souvent évoquée. Ces deux derniers procédés viennent corroborer les résultats aux autres tests et aux recherches antérieures, en suggérant l'importance des pairs et du soutien du parent dans des situations d'abus sexuel (Bal et al., 2009) et l'utilisation de mécanismes névrotiques à l'adolescence (Chabert, 1998). Parmi les procédés liés à l'évitement du conflit, l'inhibition est nettement plus utilisée que les autres procédés. Block et Block (1980) ont montré une relation entre le contrôle et l'inhibition qui expliquerait la résilience et la non-résilience. Un contrôle excessif ou un manque de contrôle indiquerait respectivement des comportements trop rigides ou trop laxistes. Par contre, l'égo-résilience, défini par la capacité dynamique à modifier le niveau de contrôle des pulsions, dans chacune des directions, en fonction du contexte (le degré de perméabilité), permet de maintenir un équilibre psychique sain dans des conditions de stress ou de déséquilibre. Dans le cas d'Hélène, nous voyons une grande inhibition qui sous-tend un contrôle excessif, cependant, le fait qu'elle utilise plusieurs procédés du processus primaire compense et lui permet de rester adaptée. L'égo-résilience permet, dynamiquement, la « *régression au service de l'égo* » que l'on trouve chez Hélène par le recours à des projections massives qui viennent compenser pour son contrôle excessif. Nous pouvons donc affirmer qu'Hélène a les ressources nécessaires

pour qu'elle puisse s'adapter aux circonstances changeantes et aux imprévus qui se déroulent dans son contexte de vie, en plus d'une capacité d'analyse qui lui permet de trouver le bon ajustement entre les exigences environnementales et ses ressources comportementales.

Limites de l'étude et recommandations

Malgré les résultats intéressants autant au plan clinique que scientifique, cette étude que nous avons mené auprès d'adolescentes agressées sexuellement, comporte certaines limites. Tout d'abord, le nombre restreint de participantes empêche toute généralisation des données à la population générale. De plus, plusieurs tests statistiques n'ont pas atteint le seuil de signification et c'est probablement dû au petit nombre de participants. Il aurait donc été souhaitable d'avoir un échantillon plus grand, mais cette population est très difficile à recruter (trois ans et quatre mois). L'abus sexuel dont les adolescentes ont été victimes a provoqué une grande méfiance face aux adultes et des sentiments de honte importants. Quoi qu'il en soit, il pourrait être très intéressant que de futures recherches puissent reproduire cette étude avec un plus grand nombre de participantes. Par contre, le nombre restreint de participantes a permis de faire une analyse plus détaillée de chacune.

Il aurait été aussi intéressant de recruter des adolescents pour établir une comparaison entre les sexes. Mais, ils sont encore plus difficiles à recruter, car ils prennent beaucoup plus de temps à dévoiler un abus sexuel que les adolescentes. De

futures recherches reprenant ces mêmes facteurs de résilience devraient être menées auprès de cette population.

Une autre limite serait liée à l'étude de cas. Il aurait été plus révélateur de faire passer un TAT aussi à une adolescente du groupe avec diagnostic. Les différences individuelles entre une adolescente résiliente et non résiliente auraient sans doute été plus contrastées et permis d'expliquer plus en profondeur le processus de résilience à partir de deux cas très contrastés. Mais la participation à une rencontre supplémentaire n'a pas été facile à obtenir. De plus, il aurait été plus éclairant d'utiliser le test des dessins du Davido-CHaD dans son ensemble pour toutes les participantes, mais un manque évident de temps a empêché cette procédure. Finalement, compte tenu des grands changements qui se produisent à l'adolescence, il pourrait être utile d'avoir un nombre de participants(es) qui entrent dans cette phase (p. ex. 11-14 ans) de pouvoir et les comparer avec d'autres participants(es) qui se trouvent plus près de l'âge adulte (15-18 ans). Les mécanismes de défense, les stratégies de coping voire même la résilience personnelle, changent en fonction de l'âge et des différents stades de développement.

Retombées

Les résultats de la présente étude confirment la pertinence de faire un examen approfondi incluant les facteurs de risque et les facteurs de protection avant toutes interventions post-traumatiques comme certains auteurs l'avaient suggéré (Litz, Gray, Bryéant, & Adler, 2002), pour éviter d'intensifier la

symptomatologie post-traumatique et nuire à l'intervention, au rétablissement ou au processus de résilience naturel.

Les résultats mettent aussi en lumière l'importance de documenter les trajectoires de résilience des adolescentes abusées sexuellement pour plusieurs raisons. Premièrement, les problèmes de fonctionnement chroniques conséquents à un abus sexuel ne peuvent être pleinement compris sans une compréhension plus approfondie de la santé et de la résilience (Bonanno et al., 2006). Très peu d'attention, actuellement, a été donnée à la description et à l'explication des facteurs de résilience, pourtant il y a des preuves scientifiques évidentes que les adolescents ainsi que les enfants résilients sont nombreux. Si on pouvait documenter scientifiquement les facteurs sous-tendant la résilience, les résultats exhaustifs et bien étayés qu'on obtiendrait pourraient servir à l'intervention auprès de ceux qui sont plus sévèrement touchés alors que l'inverse ne serait pas vrai.

Deuxièmement, l'adolescence a été considérée comme un « creuset pathologique » par de nombreux théoriciens. Cela veut dire beaucoup sur l'importance à accorder une place particulière à l'étude de cette population dans le domaine de l'abus sexuel, comme dans d'autres domaines d'ailleurs. Cela signifie entre autres que l'adaptation de l'adolescente à la suite de ce traumatisme prédit son adaptation future, à l'âge adulte. Celle qui est aux prises avec des séquelles délétères et qui n'a pu accéder à un fonctionnement sain, verra ses problèmes se chroniciser de plus en plus, structurant ainsi

sa personnalité en plein développement. Une intervention ciblant les facteurs de résilience de cette catégorie d'âge est donc nécessaire avant que s'installent à demeure des comportements malsains et destructeurs, pourtant considérés comme adaptatif dans un contexte d'abus sexuel.

Une autre considération suggérée par les résultats de cette étude est liée à l'intervention brève (debriefing ou exposition prolongée) qui s'est développée dans la foulée de l'essor qu'a connu le diagnostic de Trouble d'État de stress post-traumatique depuis son entrée dans le DSM-III (1980; APA). Cette forme d'intervention d'approche cognitivo-comportementale, est devenue la norme dans les traitements à offrir à tous ceux qui ont été exposés à un événement traumatisant. Le champ de l'abus sexuel n'y a pas échappé. Malgré des preuves scientifiques de plus en plus nombreuses indiquant que les personnes exposées à un événement traumatisant ne présentent pas toutes de la détresse ou des problèmes de fonctionnement majeurs – 30 à 50% selon certaines études – les chercheurs et théoriciens sur le trauma perpétuent l'idée d'offrir des traitements à quiconque a été exposé. Cela a pour effet de « pathologiser » des réactions à l'adversité normales ainsi que d'affaiblir les processus de résilience naturels et d'aggraver l'état de la personne résiliente. Ce type d'intervention, dite abréactive, re-traumatiserait au lieu de soulager de la souffrance « normale » après un événement hors du commun.

Et enfin, les énoncés de l'échelle des stratégies de *coping* et des mécanismes de défense utilisés pour rendre compte des processus intrapsychiques peuvent parfois se

recouper. Cela est confirmé par certaines recherches, mais d'autres recherches affirment une étanchéité entre ces deux instruments. Nous avons observé, par exemple, le déni a été mentionné comme stratégies de *coping*, mais n'a pas été représenté dans les mécanismes de défense. Toutefois, notre étude a une portée clinique importante et suggère que ces deux mécanismes soient intégrés dans les protocoles d'évaluation comme dans le plan de traitement des victimes abusées sexuellement. À l'instar de Bonanno (2004), l'étude suggère l'importance de mettre en place des protocoles d'intervention pour les victimes qui démontrent des facteurs de risque (trauma antérieurs, faible réseau de soutien, symptômes d'hyperéveil) pour le développement de TÉSPT.

Conclusion

L'abus sexuel a des répercussions négatives importantes qui ont été largement documentées au cours des quarante dernières années. Elles peuvent aller d'un problème de comportement à une pathologie sévère. Toutefois, depuis les années'90 les chercheurs ont commencé à rapporter que certaines victimes ne présentent aucun symptôme et cette donnée est restée stable dans le temps contrairement aux autres résultats qui ont montré une grande variation d'une recherche à l'autre. Une des explications qui a été souvent évoquées est relative à la résilience de ces personnes qui, en dépit des conditions aussi adverses que l'abus sexuel, ont rebondi et continué à fonctionner normalement. Il existe encore peu de recherches sur les adolescentes agressées sexuellement qui a été effectué malgré qu'on puisse compter un nombre impressionnant d'écrits scientifiques publiés à ce jour. Il existe encore moins d'études qui ont mis en relation les stratégies de coping et les mécanismes de défense pour une meilleure compréhension de leur fonctionnement psychique tant normal que pathologique.

L'étude de ces deux stratégies d'adaptation aux qualités complémentaires est pourtant justifiée pour rendre compte de la grande complexité de l'impact aussi contrasté d'un abus sexuel sur l'adolescent comme les nombreuses recherches le démontrent. Les grandes variations dans les résultats, dénoncées par un nombre croissant de chercheurs, militent en faveur de l'apport et de la complexité d'une évaluation du fonctionnement psychologique. Les données récentes montrent un nombre plus important de victimes présentant une altération temporaire du fonctionnement ou ne manifestant aucun

symptôme, ce qui rend la tâche de l'évaluation d'autant plus délicate. Ces considérations suggèrent fortement la nécessité de bien documenter autant les facteurs de risque et de protection avant toute intervention auprès d'une victime.

La présente étude a permis d'éclaircir les profils des adolescentes abusées sexuellement résilientes et non résilientes. Premièrement, la symptomatologie post-traumatique est présente chez la majorité des participantes, mais une proportion importante des filles n'a pas développé de Trouble État de Stress Post-traumatique. Ces participantes sans diagnostic TÉSPT ont acquis un niveau global de résilience plus élevé que les participantes qui ont été diagnostiquées TÉSPT, particulièrement dans leur score global et leurs compétences personnelles. Les adolescentes sans diagnostic nous révèlent qu'elles peuvent traverser des périodes difficiles parce qu'elles ont déjà vécu des difficultés et peuvent compter sur leur expérience passée pour s'en sortir et s'intéresser à diverses choses. Ces mêmes adolescentes témoignent d'un plus grand besoin de trouver un sens aux abus sexuels. Par contre, comme le suggère certaines recherches antérieures en post-traumatique, les adolescentes ont tendance, dans les deux années suivant l'expérience traumatisante, de « trop s'attarder sur les situations hors de leur contrôle ». La présence de sentiments d'impuissance après l'agression sexuelle en plus des remises en question fondamentales de la période de l'adolescence s'avèrent légitimes.

Les participantes sans diagnostic se trouvent dans une évolution de rétablissement qui peut durer jusqu'à deux ans alors que les adolescentes avec diagnostic se situent

dans une évolution chronique. Les adolescentes sans diagnostic utilisent un nombre moyen de stratégies de coping égal aux adolescentes avec diagnostic. Par ailleurs, les adolescentes résilientes qui montrent une plus grande acceptation de soi et de la vie ont significativement plus souvent recours à l'expression des sentiments alors que les adolescentes non résilientes ont tendance à se blâmer et à démontrer une plus faible acceptation de soi et de la vie.

Par contre, le recours aux mécanismes de défense est plus contrasté entre les deux groupes. Les mécanismes de défense utilisés par les participantes sans diagnostic sont sous-jacents au processus de résilience puisqu'ils montrent une plus grande souplesse. Elles ont recours trois niveaux des mécanismes (matures, névrotiques et immatures) pour une plus grande souplesse. Ainsi, toutes les adolescentes sans diagnostic utilisent des défenses matures qui forment les assises solides de leur structure de personnalité; elles ont parfois recours à des défenses névrotiques pour se stabiliser en période d'adolescence et elles combinent temporairement des mécanismes de défense immatures pour faire face aux stresseurs ou aux situations adverses extrêmes. On peut donc confirmer des profils défensifs différents entre les adolescentes sans diagnostic et celles avec diagnostic; en plus des cinq mécanismes supérieurs, elles utilisent trois mécanismes névrotiques (pseudoaltruisme, idéalisation et formation réactionnelle), deux mécanismes immatures considérés adaptatifs durant l'adolescence et dans des situations de stress élevé, soit le passage à l'acte et la rationalisation.

Quant au dessin de la main qui gêne, rares sont les adolescentes sans diagnostic qui se sont appropriées la main qui gêne ou qui l'ont identifiée à leur agresseur. De plus, la plupart n'ont pas exprimé une souffrance directement liée à l'abus sexuel, contrairement aux adolescentes avec diagnostic. Pour l'auteur de ce test (Davido, 1994), les personnes en bonne santé psychologique ne s'approprient pas la main qui gêne et elles n'évoquent pas leur souffrance directement liée au traumatisme. Ces résultats suggèrent donc que les adolescentes sans diagnostic de notre échantillon sont plus résilientes.

L'étude de cas vient corroborer les résultats quantitatifs et porter un regard plus précis et plus subtil sur le fonctionnement d'une adolescente résiliente. Notamment, Hélène, qui a une résilience personnelle très élevée, montre une grande souplesse et flexibilité pour s'adapter aux stresseurs et au traumatisme de l'abus sexuel. Plus particulièrement, elle a une acceptation de soi et de la vie du fait qu'elle s'aime bien, qu'elle n'a pas peur que les autres ne l'aiment pas et qu'elle arrive à s'adapter facilement. Elle utilise les cinq mécanismes de défense supérieurs qu'elle combine avec trois mécanismes de défense immatures pour faire face à des situations adverses extrêmes. Cette jeune a de grandes capacités relationnelles, ses amis ont une importance capitale dans sa vie et elle démontre une grande générosité envers eux en leur apportant une aide précieuse quand ils sont en difficulté. En outre, on observe dans ses procédés défensifs, une plus grande inhibition (évitement) nécessaire pour une adaptation positive à des événements extrêmement stressant, mais celle-ci est compensée par une possibilité de décharge de son monde émotionnel. Selon Block et Block (1980), ces deux pôles sont

nécessaires à la flexibilité qui caractérise l'égo-résilience. Ainsi, Hélène peut à la fois contenir ses émotions, mais elle peut aussi se permettre de s'en délester quand elles deviennent trop envahissantes.

Cette étude est intéressante à plusieurs égards au plan clinique. Premièrement, elle apporte une vision plus approfondie de la personnalité qui a été fragilisée par l'expérience de l'abus sexuel. Elle confirme qu'une majorité d'adolescentes abusées sexuellement maintenait un fonctionnement normal, qu'en dépit de l'expérience traumatisante ou adverse, leur personnalité est restée stable. Une évolution de résilience est donc possible après l'expérience de l'abus sexuel et elle survient plus fréquemment qu'on a tendance à le croire.

Deuxièmement, peu d'études s'est intéressé à documenter le vécu intrapsychique des adolescentes ayant été victimes d'abus sexuel. L'étude conjointe des deux mécanismes d'adaptation – les stratégies de coping et les mécanismes de défense – deux caractéristiques de la personnalité complémentaires qui sont en jeu dans le développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent, offre la possibilité d'identifier les capacités d'adaptation des adolescentes abusées sexuellement. Ces deux mécanismes nous donnent un portrait représentatif de l'adaptation positive ou de l'inadaptation. En plus, il propose des outils concrets pour restaurer et solidifier les bases fondamentales de la personnalité, affaiblies par l'abus sexuel. Les efforts importants qui ont été déployés pour identifier les symptômes en tant que séquelles de l'abus sexuel ne

sont pas vains, car ils nous ont permis d'obtenir des informations pertinentes sur les difficultés d'inadaptation des victimes. Mais, les résultats des recherches plus récentes qui démontrent sans équivoque la présence d'un nombre important, voire même plus élevé, de victimes ayant maintenu un bon fonctionnement, nous invitent fortement à investir nos énergies sur les facteurs de protection. L'accumulation d'informations sur les capacités d'adaptation positives des adolescentes après un abus sexuel est essentielle à l'évolution même de ce domaine. L'exploration des stratégies de coping et des mécanismes de défense est autant justifiée pour l'amélioration de la qualité de l'évaluation initiale d'une jeune adolescente qui demande de l'aide après avoir été victime d'abus sexuel que pour favoriser son rétablissement.

Notre étude ouvre donc la voie sur une vision positive de l'être humain, celle-ci portant un regard plus soucieux sur « la personne humaine » derrière les symptômes et détournant le biais défavorable de la victimisation. Bien que la multiplication des études traitant des conséquences de l'abus sexuel sur l'enfant ou l'adolescent, au cours des quarante dernières années, ait eu comme effet positif de mobiliser autant les intervenants, les gouvernements, les législateurs que l'ensemble de la société, cet enthousiasme a laissé des traces profondes de « victimisation » dans la perception des victimes elles-mêmes, mais aussi de tous ceux qui ont été interpellés par cette problématique humaine et sociale. Notre étude vient aussi pallier la rareté des publications scientifiques qui appuient une vision positive de l'adaptation auprès des victimes d'abus sexuel, apportant une attention particulière sur leur force intérieure et

leurs capacités à rebondir et enrichissant notre compréhension du monde intérieur subjectif: « ... l'être humain n'est pas uniquement fixé par et dans les enjeux de base de son développement psychique, mais il peut évoluer et créer à partir de ceux-ci, en utilisant son adaptation créatrice. La psychothérapie vise à éclairer le client sur les chemins à prendre pour changer » (Boulanger & Gagnon-Corbeil, 2014, p.118). Les résultats de notre étude de cas montrent bien que l'adolescente a développé ses propres mécanismes de protection qui étaient adaptatifs à l'origine et lui ont permis de s'autoréguler avec l'environnement. Elle possède ainsi les capacités de se protéger, mais en même temps de continuer à croître, à se renouveler.

Enfin, notre étude a la qualité de s'inscrire dans le courant des nouvelles théories psychodynamiques, surtout celles issues de la psychologie du Soi, qui ont réaffirmé la place prépondérante de la vie instinctuelle et de l'inconscient au détriment de la raison, dans le fonctionnement et les conduites des humains. Ces nouvelles théories intersubjectives ont favorisé une vision renouvelée des mécanismes d'adaptation de l'être humain (Jacob, 1992) et deux de ces mécanismes font l'objet de cette étude.

Il nous est donc apparu que l'étude de ces deux mécanismes d'adaptation, conjointement, pourrait permettre d'avoir un éclairage plus étendu et plus précis sur les variables en jeu dans le processus de résilience. Malgré les limites et les difficultés rencontrées dans le recrutement, notre étude donne espoir aux adolescentes qui ont été molestées sexuellement, en leur fournissant des moyens concrets pour se solidifier

psychologiquement en vue d'accéder en toute stabilité à l'âge adulte et le reste de leur vie.

Références

- Ahmad, S. (2006). Adult psychosexual dysfunction as a sequelae of child sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy*, 21, 405-418.
- Ahern, R. A., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Akkerman, K., Carr, V., & Lewin, T. (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *Journal of Nervous Mental Disease*, 185, 634-638.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldwin, C. M. (1992). Coping with traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 4(3), 1-3.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (3^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4^e éd. rév.). Washington, DC: Auteur.
- Andrews, G., Pollock, C., & Stewart, G. (1989). The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46, 455-460.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous Mental Disease*, 181, 246-256.
- Araujo, K., Ryst, E., & Steiner, H. (1999). Adolescent defense style and life stressors. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 19-28.
- Arenson, J. (1994). Strengths and self-perceptions of parenting in adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 9, 251-257.
- Avery, L., Diane-Hutchison, K. D., & Whitaker, K. (2002). Domestic violence and intergenerational rates of child sexual abuse: A case record analysis. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 77-90.

- Ayduk, Ö., & Kross, E. (2008). Enhancing the pace of recovery: Self-distanced analysis of negative experiences reduces blood pressure reactivity. *Psychological Science*, 19, 229-231.
- Ayduk, Ö., & Kross, E. (2010). From a distance: Implications of spontaneous self-distancing for adaptive self-reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 809-829.
- Ayers, T. S., Sandler, I. N., West, S. G., & Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality*, 64, 923-958.
- Azoulay, C., & Emmanuelli, M. (2000). La feuille de dépouillement du TAT : nouvelle formule, nouveaux procédés. *Psychologie clinique et projective*, 6, 305-327.
- Baker, I. J. (2001). Multigenerational sexual abuse: A cognitive developmental approach to understanding mothers in treatment. *Journal of Adult Development*, 8, 51-59.
- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1377-1395.
- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2005). Predictors of post traumatic symptomatology in sexually abused adolescents: A six months follow-up study. *Journal of interpersonal Violence*, 20, 1390-1406.
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G., & Van Oost (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra- and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (1). 108-123.
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., & Van Oost, P. (2009). Symptomatology in adolescents following initial disclosure of sexual abuse: The roles of crisis support, appraisals and coping. *Child Abuse & Neglect*, 33, 717-727.
- Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., & Richold, P. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 45, 194-202.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siege, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 697-715.

- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Ackman, S. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 15*, 537-556.
- Békaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2011). Validation de l'inventaire des facteurs de résilience (IFR-40). *Psychologie française, 57*(1), 51-61.
- Bergeret, J. (1972). *Psychologie pathologique*. Paris : Masson.
- Bernier, M. -J., Hébert, M., & Collin-Vézina, D. (2013). Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *Journal of Trauma & Dissociation, 14*, 455-472.
- Blaya, C., Teruchkin, B., & Isolan, L. (2002). Evaluation of defense mechanisms in social phobic patients. *Revista_de Psiquatria do Rio Grande do Sul, 24*, 305-310.
- Block, J., & Block, J.H. (2006). Venturing a 30-Year longitudinal. *American Psychologist, 61*, 315-327.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego resiliency in the organization of behavior. Dans W. A. Collins (Éd.), *Minnesota Symposium on Child Psychology* (Vol. 13, pp. 39-101). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Boles, R., & Lamb, J. L. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*, 33-54.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality & Social Psychology, 59*, 525-537.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of loss and potential trauma. *Currents Directions in Psychological Science, 14*, 135-138.
- Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest, 11*(1), 1-49.
- Bonanno, G. A., Dimich, E. D. (2013). Annual research review: positive adjustment to adversity – trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*, 378-401.

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science, 17*, 181-186.
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotion might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 975-985.
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I., Lude, P., & Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 57*, 236-247.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of extreme adversity. *Pediatrics, 121*, 369-375.
- Bonanno, G. A., Mancini, A. D., Horton, J. L., Powell, T. M., LeardMann, C. A., Boyko, G. A., et al. (2012). Trajectories of trauma symptoms and resilience in deployed US military service members: prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 317-323.
- Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., O'Neill, M., & Trickett, P. K. (2003). Predicting the willingness to disclose childhood sexual abuse from measures of repressive coping and dissociative tendencies. *Child Maltreatment, 8*, 302-318.
- Bonanno, G. A., Rennicke, C., & Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(6), 984-998.
- Bond, M. P., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry, 40*, 333-338.
- Bond, M. P., & Vaillant, S. J. (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry, 43*, 285-288.
- Bonnet, C. (1999). *L'enfant cassé. L'inceste et la pédophilie*. Paris: Albin Michel.
- Bonsack, C., Despland, J. N., & Spagnoli, J. (1998). The French version of the defense style questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics, 67*, 24-30.
- Bourguignon, O. (2000). Facteurs psychologiques contribuant à la capacité d'affronter le traumatisme chez l'enfant. *Devenir, 12*(2), 77-92.

- Brelet-Foulard, F., & Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Paris : Dunod. (Ouvrage original publié en 1990).
- Breno, A., & Galupo, M. P. (2007). Sexual abuse histories of young women in the U.S. Child welfare system: A focus on trauma-related beliefs and resilience. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*, 97-113.
- Briere, J., & Jordan, C. E. (2004). Violence against women: Outcome complexity and implications for treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 1252-1276.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: Review of the research. *Psychological Bulletin, 99*, 66-77.
- Caffaro-Rouget, A., Lang, R. A., & Van Santen, V. (1989). The impact of child sexual abuse on victims' adjustment. *Annals of Sex Research, 2*, 29-47.
- Callahan, S., & Chabrol, H. (2004). Relations entre défense et coping. *Encéphale, 30*, 92-93.
- Cantón-Cortés, D., & Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect, 34*, 496-506.
- Carson, B. E., Maciol, K., & Schneider, J. (2006). Sibling incest: Reports of forty-one survivors. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*, 19-34.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but protocol's too long: Consider the Brief Cope. *International Journal of Behavior Medicine, 4*(1), 92-100.
- Carver, C. S., & Scheir, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C. S., & Scheir, M. F. (1998). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 184-195.
- Carver, C. S., Scheir, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.

- Causey, D. L., & Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 47-59.
- Cha, C., & Nock, M. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 422-430.
- Chabert, C. (1987). Modalités du fonctionnement psychique des adolescents à travers le Rorschach et le TAT. *Psychologie française*, 28, 187-193.
- Chabert, C. (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chaffin, M., Wherry, J. N., & Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 227-240.
- Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Female adolescents with a history of sexual abuse. Risk outcome and protective factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 503-518.
- Chanowitz, B., & Langer, E. (1981). Premature cognitive commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1051-1063.
- Chaudieu, I., Norton, J., Ritchie, K., Birmes, P., Vaiva, G., & Ancelin, M. L. (2011). Long-term health consequences of traumatic exposure in elderly general population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 929-935.
- Chen, S. -H., & Wu, Y. -C. (2006). Changes of PTSD symptoms and school reconstruction: a two-year prospective study of children and adolescents after the Taiwan 921 earthquake. *Natural Hazards*, 37, 225-244.
- Clark, J. (2003). The effects of wilderness therapy on the perceived psychosocial stressors, defense styles, dysfunctional personality patterns, clinical syndromes, and maladaptive behaviors of troubled adolescents. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 64, 1896.
- Code criminal (1985). L. R. C., ch. C-46 (version du 9-11-2016). Gouvernement du Canada: Auteur.
- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. Dans S. V. Kasl & C. L. Cooper (Éds), 9 *research methods in stress and health psychology* (pp. 283-305). Chichester: Wiley.

- Cohen, S., Kamark, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior, 24*, 385-396.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 174-184.
- Collin-Vézina, D., Hébert, M., Manseau, H., Blais, M., & Fernet, M. (2006). Self-concept and dating violence in 220 adolescent girls in the child protective system. *Child and Youth Care Forum, 35*, 319-326.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes and preventive strategies. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health, 7*, 1-22.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Getting specific about coping: Effortful and involuntary responses to stress in development. Dans M. Lewis & D. Ramsay (Éds), *Soothing and stress* (pp. 229-256). Mahawah, NJ: Erlbaum.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 405-411.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 976-992.
- Consentino, C. E., & Collins, M. (1996). Sexual abuse of children: prevalence, effects, and treatment. Dans J. A. Sechzer, S. M. Pfafflin, & F. L. Denmark (Éds), *Women and mental health* (pp. 45-65). New York: New York Academy of Sciences.
- Conte, J. R., & Schuerman, J. (1987). The effects of sexual abuse on children: A multidimensional view. *Journal of Interpersonal Violence, 2*, 380-390.
- Coulton, C. I., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. *Child Abuse & Neglect, 31*, 1117-1142.

- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Cramer, P. (1979). Defense mechanisms in adolescence. *Developmental Psychology*, 15, 476-477.
- Cramer, P. (1991). Ange rand the use of defense mechanisms in college students. *Journal of Personality*, 59, 39-55.
- Cramer, P. (2007). Longitudinal study of defense mechanisms: Late childhood to late adolescence. *Journal of Personality*, 75(1), 1-23.
- Cramer, P., & Gaul, R. (1988). The effects of success and failure on children's use of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 56, 729-752.
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garrison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 147-154.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34, 813-822.
- Cyr, M., McDuff, P., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2012). Les agressions sexuelles commises par un membre de la fratrie : en quoi diffèrent-elles de celles commises par d'autres mineurs? *Les Cahiers de Plaidoyer-Victime Antenne sur la Victimologie*, 8, 29-35.
- Cyrulnik, B. (2014). *Les âmes blessées*. Paris : Odile Jacob.
- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny, M. (2006). Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 35-59.
- Daigneault, I., Hébert M., & Tourigny, M. (2007). Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents, *Child and Adolescent Psychiatric Clinical North American*, 16, 415-434.

- Daigneault, I., Hébert M., & McDuff (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33, 638-647.
- Daigneault, I., Tourigny, M., & Cyr, M. (2004). Description of trauma and resilience in sexually abused adolescents: An integrated assessment. *Journal of Trauma Practice*, 3, 23-27.
- Darves-Bornoz, J. M., Lepine, J. P., Choquet, M., Berger, C., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1998). Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry*, 12, 281-287.
- David, R. (1994). *Davido-chad*. Paris : Harmattan.
- Davidson, K., & MacGregor, M. W. (1998). A critical appraisal of self-report defense mechanism measures. *Journal of Personality*, 66, 965-992.
- Davies, M. G. (1995). Parental distress and ability to cope following disclosure of extrafamilial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19, 399-408.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H., & Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse, prevalence, sexual abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, 16(7), 619-639.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippman, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 4, 13-20.
- Deblinger, E., Taux, B., Maedel, A. B., Lippmann, J., & Stauffer, L. B. (1997). Psychosocial factors predicting parent reported symptomatology in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 35-49.
- De Mijola, (2005). De l'informe à l'archaïque. *Recherches en psychanalyse*, 3, 7-19.
- Detraux, J. -J. Di Duca, M., & Van Cutsem, V. (2001). De l'annonce de la déficience à l'accordage parents-professionnels autour de la situation de handicap. Essai de compréhension des facteurs favorisant la bientraitance des familles. Communication présentée au VIII^e Congrès International de l'AIFREF. Saint-Sauveur des Monts (Québec).

- De Tychey, Laurent, Lighezzolo-Alnot, Garnier, & Vandelet (2015). Prevalence of sexual abuse in childhood : some critical methodological reflections. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*, 401-411.
- DiPalma, L. M. (1994). Patterns of coping and characteristics of high-functioning incest survivors. *Archives of Psychiatric Nursing, 8*, 82-90.
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*, 476-493.
- Douglas, E. M., & Finkelhor, D. (2005). *Childhood sexual abuse fact sheet. Crimes against children research center* (Technical Report). Durham, HH: University of New Hampshire.
- Drerup Stokes, L., McCord, D. M., & Aydlett, L. (2013). *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(6), 658-676.
- Dubuc, L. (2013). *Grille de cotation des dessins de la main qui gêne*. Document préparé pour le séminaire Aidenfant (10 février 2014). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2001). Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims, 16*, 655-672.
- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel : état de la question. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 781-797.
- Dumont, K. A., Widom, C., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*, 225-274.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behavior Research and Therapy, 39*, 1063-1084.
- Edmond, T., Auslander, W., Elze, D., & Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse, 15*, 1-28.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 38*, 319-345.

- Eisenberg, M. E., Ackard, D. M., & Resnick, M. D. (2007). Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse. *The Journal of Pediatrics*, 151, 482-487.
- Eisold, B. K. (2005). Notes on lifelong resilience: Perceptual and personality factors implicit in the creation of a particular adaptive style. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 411-425.
- Elliot, D. M., & Briere, J. (1994). *The Trauma Symptom Checklist for Children*. University of Southern California School of Medicine.
- Elliott, D. M., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of no offending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6, 314-331.
- Emmanuelli, M. (1991). *Les processus de pensée à l'adolescence* (Thèse de doctorat inédite). Université René Descartes, Paris 5.
- Engel, G. L. (1962). *Psychological development in health and disease*. Philadephie: Saunders.
- English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 29, 597-619.
- Erickson, S., Feldman, S. S., & Steiner, H. (1997). Defense reactions and coping strategies in normal adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 826-828.
- Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1169-1186.
- Feiring, C., Coates, D. L., & Taska, L. S. (2001). Ethnic status, stigmatization, support, and symptom development following sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1307-1329.
- Feiring, C., Rosenthal, S., & Taska, L. S. (2000). Stigmatization and the development of friendship and romantic relationships in adolescent victims of sexual abuse. *Child Maltreatment*, 5, 311-322.
- Feiring, C., Taska, L. S., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 26-41.

- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children and adolescents adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(2), 240-260.
- Fenichel, O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris : Presses universitaires de France, 1953.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 32*, 607-619.
- Fergusson, D. M., Linskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry, 35*, 1365-1374.
- Ferguson, E., Matthews, G., & Cox, T. (1999). The appraisal of life events (ALE) scale: reliability and validity. *British Journal of Health Psychology, 4*, 97-116.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children, 4*, 31-53.
- Finkelhor, D., & Baron, L. (1986). High-risk children. Dans D. Finkelhor (Éd.), *A sourcebook on child sexual abuse* (pp. 60-88). Beverly Hills, CA: Sage.
- Finkelhor, D., & Berliner, I. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1408-1423.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 530-541.
- Finkelhor, D., Dziuba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist, 49*, 173-183.
- Finkelhor, D., Hammer, H., & Sedlak, A. J. (2008). *Sexually assaulted children: National estimates and characteristics*. National Incidence Studies of Missing, Abducted, Runaway, and Throwaway Children. Technical Report: U. S. Department of Justice.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7-26.

- Fischer, D. G., & McDonald, W. L. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22, 915-929.
- Flaherty, E. G., Thompson, R., & Litrownik, A. J. (2009). Adverse childhood exposures and reported child health at age 12. *Academic Pediatric*, 9, 150-156.
- Florian, V., Mikulincer, M., & Taubman, O. (1995). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 687-695.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Forbes, F., Duffy, J. C., Mok, J., & Lemvig, J. (2003). Early intervention services for non-abusing parents of victims of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 183, 66-72.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612-635.
- Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M., & Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 19-30.
- Freud, A. (1965). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris : Gallimard.
- Freud, A. (1936/1993). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1936)
- Freud, S. (1894/1974). Les psychonévroses de défense. Dans *Névrose, Psychose et Perversion* (pp. 1-14). Paris : Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1894)
- Freud, S. (1905). Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora). Dans *Cinq psychanalyses*, (pp. 1-91). Paris : Presses universitaires de France.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence : findings from the Who multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260-1269.

- Garmezy, N., & Devine, V. (1984). Project competence: The Minnesota studies of children vulnerable to psychopathology. Dans N. F. Watt, E. J. Anthony, L. C. Wynne, & J. E. Rolf (Éds), *Children at risk for schizophrenia: A longitudinal perspective* (pp. 289-303). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K., & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Gibson, L. E., & Leitengerg, H. (2001). The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1343-1361.
- Gleser, G. C., & Ihlevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 51-60.
- Gleser, G. C., & Ihlevich, D. (1991). *Defenses in psychotherapy: The clinical application in the Defense Mechanism Inventory*. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources.
- Goldberg, L. R. (1972). Some recent trends in personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 36, 547-560.
- Gomez, R., & McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models. *Personality and Individual Differences*, 40, 1165-1176.
- Gries, L. T., Goh, D. S., Andrews, M. B., Gilbert, M. B., Praver, F., & Stelzer, D. N. (2000). Positive reaction to disclosure and recovery from child sexual abuse, *Journal of Child Abuse*, 9, 29-51.
- Guelzow, J. W., Cornett, P. F., & Dougherty, T. M. (2002). Child sexual abuse victims 'perception of paternal support as a significant predictor of coping style and global self-worth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11, 52-61.
- Haan, N. (1969). Tripartite model of ego functioning values and clinical research applications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 14-30.

- Haan, N. (1977). *Coping and defending*. New York: Academy Press.
- Halstead, M. Johnson, S. B., & Cunningham, W. (1993). Measuring coping in adolescents: An application of the Ways of coping checklist. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 337-344.
- Hamilton, C. E., & Browne, K. D. (1998). The repeat victimization of children: Should the concept be revised? *Aggression and Violent Behavior*, 3, 47-60.
- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Haskett, M. E., Sabourin Ward, C., Nears, K., & McPherson, A. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Predictors of resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26, 796-812.
- Hayez, J. Y. (1999). *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille: évaluation et traitement*. Paris: Dunod.
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S., & Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 19, 707-714.
- Hébert, M., Collin-Vézina, F., Daigneault, I., Parent, N., & Tremblay, C. (2006). Factors linked to outcomes in sexually abused girls: A regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 443-455.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daigneault, I., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21, 287-299.
- Hecht, D. B., & Hansen, D. J. (2001). The environment of child maltreatment: Contextual factors and the development of psychopathology. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 433-457.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.

- Higgins, D. J., & McCabe, M. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression & Violent Behavior, 6*, 547-578.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma Violence Abuse, 12*, 38-49.
- Hjemdal, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 194-201.
- Hunter, A. J., & Chandler, G. E. (1999). Adolescent resilience. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 31*, 243-247.
- Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1991). *Defenses in psychotherapy: The clinical application of the defense mechanisms inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ionescu, S. (2010). *La psychopathologie de l'adulte : fondements et perspectives*. Paris : Berlin Sup Psycho.
- Ionescu, S. (2012). Processus de résilience. *Revue québécoise de psychologie, 33*(3), 89-108.
- Ionescu, S. (2015). *La Résilience en psychologie et psychiatrie*. Conférence. Symposium international « Penser la résilience ». Saint-Denis : Université Paris-VIII-Vincennes-St-Denis, 31 octobre.
- Ionescu, S. (2016). *Résiliences : ressemblances dans la diversité*. Paris : Odile Jacob.
- Ionescu, S., Jacquet, M.-M., & Lhote, C. (2012). *Les mécanismes de défense : théorie et clinique* (2^e éd.). France : Armand Colin.
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2006). *Psychopathologies et société : traumatismes, évènements et situations de vie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S., Masse, L., Jourdan-Ionescu, C., & Favro, P. (2009). *Version française de l'Échelle de résilience de Wagnild et Young (1993)* (Manuscrit non publié). Paris : Université Paris 8.
- Irion, J. C., Coon, R. C., & Blanchard-Fields, F. (1988). The influence of divorce on coping in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 17*, 135-145.

- Jaffe, S., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors predict children's resilience to maltreatment: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231-253.
- Jankowski, M. K., Leitenberg, H., Henning, K., & Coffey, P. (2002). Parental caring as a possible buffer against sexual revictimization in young adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 235-244.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jew, C. L. (1991). *Development and validation of a measure of resilience* (Thèse de doctorat inédite). University of Denver, Colorado, US.
- Johnson, B. K., & Kenkel, B. M. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15, 293-305.
- Jones, S. H., & Thornicroft (1995). A brief mental health outcome scale. *British Journal of Psychiatry*, 166, 654-659.
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22, 162-186.
- Jourdan-Ionescu, C. (2004). L'humour. *Revue québécoise de psychologie*, 25, 7-19.
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 19, 715-728.
- Kaplow, B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., & Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1305-1310.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B., & Pittinsky, T. (1994). Problems defining resiliency: Illustrations from the study of maltreated children. *Development and Psychopathology*, 6, 215-229.
- Keltner, D., & Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 687-702.

- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfstrom, M. L., & Smithson, E. F. (2011). Psychological contributions to functional independence : a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92*, 687-702.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Ketring, S. A., & Feinauer, L. L. (1999). Perpetrator-victim relationship: Long-term effects of sexual abuse for men and women. *The American Journal of Family Therapy, 27*, 109-120.
- Kirkwood, T., Bond, J., May, C., McKeith, I., & Teh, M. (2010). Mental capital and wellbeing through life: Future challenges. Dans C. Cooper, J. Field, U. Goswami, R. Jenkins, & B. Sahakian (Éds), *Mental capital and wellbeing* (pp. 3-53). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Kleber, R., Draijer, N., & van der Hart, O. (1995). Schokkende gebeurtenissen en traumatische ervaringen. Dans O. van der Hart (Éd.). *Trauma, dissociatie en hypnose: handboek* (pp. 25-60). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 168-177.
- Kolko, D. J., Brown, E. J., & Berliner, I. (2002). Children's perceptions of their abusive experience: Measurement and preliminary findings. *Child Maltreatment, 7*, 42-55.
- Kruczek, T., & Aegisdottir, S. (2005). Adaptive coping in adolescent trauma survivors: A preliminary study of the solution focused recovery scale. *Traumatology, 11*(1), 41-55.
- Lagache, D. (1982). La conception de l'homme dans l'expérience psychanalytique. Dans *Agressivité, structure de la personnalité et autres travaux, Œuvres IV (1956-1962*, pp. 283-296). Paris : Presses universitaires de France.
- Langer, E. (1997). *The power of mindful learning*-Reading. MA: Addison-Wesley.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.

- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. London: Allen Lane.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lecomte, J. (2002). Qu'est-ce que la résilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Pratiques psychologiques*, 1, 7-14.
- Lee, S., Lyvers, M., & Edwards, M. S. (2008). Child sexual abuse and substance abuse in relation to depression and coping. *Journal of Substance Use*, 13, 349-360.
- Le Petit Larousse Illustré 2016 (2016). France: Larousse.
- Lerner, P. (2005). Defense and its assessment: The Lerner Defense Scale. Dans R. F. Bornstein & J. M. Masling (Éds), *Scoring the Rorschach: Seven validated systems* (pp. 237-269). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lewin, K. (1938). *The conceptual representation and the measurement of psychological forces*. Durham, N. C.: Duke University Press.
- Liem, J. H., James, J. B., O'Toole, J. G., & Boudewyn, A. C. (1997). Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 594-606.
- Lighezzolo, J., & De Tychey, C. (2004). *La résilience*. France : Éditions In Press.
- Linskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adult exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1177-1190.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21, 232-252.
- Littrel, J. (1998). Is the reexperience of painful emotion therapeutic? *Clinical Psychology Review*, 18, 71-102.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112-134.
- Lucenko, B. A., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2000). Relationship to perpetrator and posttraumatic symptomatology among sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence*, 15, 169-179.

- Luthar, S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 61*, 6-22.
- Maikovitch, A. K., Koenen, K. C., & Jaffe, S. R. (2009). Posttraumatic stress symptoms and trajectories in child abuse victims: An analysis of sex differences using the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 727-737.
- Manciaux, M., & Tomkiewicz, S. (2000). La résilience aujourd’hui. Dans M. Gabel, F. Jésu, & M. Manciaux (Éds), *Bientraitances, mieux traiter familles et professionnels* (pp. 313-340). Paris : Fleurus psychopédagogie.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychological Review, 29*, 647-657.
- Maniglio, R. (2013). The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disorders, 15*, 341-358.
- Manion, I., Firestone, P., Cloutier, P., Ligezinska, M., McIntyre, J., & Ensom, R. (1998). Child extrafamilial sexual abuse: Predicting parent and child functioning. *Child Abuse & Neglect, 22*, 1285-1304.
- Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse, 5*, 105-120.
- Mansell, S., Sobsey, D., & Moskal, R. (1998). Clinical findings among sexually abused children with and without developmental disabilities. *Mental Retardation, 36*, 12-22.
- Margo, G. M., Greenberg, R. P., Fisher, S., & Dewan, M. (1993). A direct comparison of the defense mechanisms of non depressed people and depressed psychiatric inpatient. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 65-69.
- Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2014). Factors promoting resilience following child sexual abuse: a structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review, 23*, 17-34.
- Marx, E. M., & Schulze, C. C. (1991). Interpersonal problem-solving in depressed students. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 361-367.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*(3), 227-238.

- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. Dans B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Éds), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-52). New York, NY: Plenum.
- Masten, A. S., & Obradovic, J. (2008). Disaster preparation and recovery : lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13, 1-15.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., & Foa, E. B. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 875-879.
- McClure, F., Chavez, D., Agars, M., Peacock, M., & Matosian, A. (2008). Resilience in sexually abused women: Risk and protective factors. *Journal of Family Violence*, 23(2), 81-88.
- McCourt, J., & Peel, J. C. F. (1998). The effects of child sexual abuse on the protecting parent(s): Identifying a counseling response. *Counseling Psychology Quarterly*, 11, 283-300.
- Menninger, K. (1954). Psychological aspects of the organism under stress - Part II Regulatory devices of the ego under major stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 280-310.
- Merrill, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B., Gold, S. R., & Milner, J. S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 992-1006.
- Mian, M., Marton, P., & LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to -5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect*, 20, 731-745.
- Monette, M.-C., Tourigny, M., & Daigneault, I. (2008). Facteurs associés aux problèmes de comportement intérieurisés et extérieurisés chez des adolescentes agressées sexuellement. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 40(1), 31-41.
- Mrazek, P. J., & Mrazek, D. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. *Child Abuse & Neglect*, 11, 357-365.
- Mucchielli, A. (1981). *Les mécanismes de défense*. Paris : Presses universitaires de France.

- Mulder, R. T. (1999). The relationship among three models of personality psychology. *Psychological Medicine, 29*, 943-951.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). *Child Abuse and Neglect, 20*, 7-21.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping : validation du Brief Cope sur une population française. *L'encéphale, XXIX* (cahier 1), 507-518.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Negrao II, C., Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: Distinct contributions and emotional coherence. *Child Maltreatment, 10*, 350-363.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child Maltreatment, 1*, 6-16.
- Nezu, A., & Carnevale, G. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 155-157.
- Noam, G. G., & Recklitis, C. (1990). The relationship between defenses and symptoms in adolescent psychopathology. *Journal of Personality Assessment, 54*, 311-327.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 409-418.
- Norris, F. H., & Elrod, C. L. (2006). Psychosocial consequences of disaster: a review of past research. Dans F. H. Norris, S. Galea, M. J. Friedman, & P. J. Watson (Éds), *Methods for disaster mental health research* (pp.20-42). New York: Guilford Press.
- Norris, F. H., Tracy, M., & Galea, S. (2009). Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine, 68*, 2190-2198.
- Oaksford, K., & Frude, N. (2003). The process of coping following child sexual abuse: A qualitative study. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*, 41-72.
- Oates, R. K., Tebbutt, J., Swanston, H., Lynch, D. L., & O'Toole, B. I. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 22*, 1113-1118.

- O'Dougherty, M., Wright, M., & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development. Dans S. Goldstein & R. B. Brooks (Éds), *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). USA: Springer.
- Olafson, E. (2011). Child sexual abuse: Demography, impact, and interventions. *Journal of Child and Adolescence Trauma, 4*(1), 8-21.
- O'Leary, P. J., & Barber, J. (2008). Gender differences in silencing following childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 17*, 133-143.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 730-749.
- Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H., & Nagamine, S. (2003). Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological Reports, 93*, 1217-1222.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135*, 17-36.
- Paulhan, I., & Bourgeois, M. (1995). *Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 328-338.
- Perry, J. C. (1990). *Defense Mechanism Rating Scales*. Boston: Harvard Medical School.
- Peters, S. D., Wyatt, G. E., & Finkelhor, D. (1986). Prevalence. Dans D. Finkelhor (Éd.), *A sourcebook on child sexual abuse* (pp. 15-59). Beverly Hills, CA: Sage.
- Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 57*, 380-387.
- Pharris, M. D., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1997). Protecting against hopelessness and suicidality in sexually abused American Indian adolescents. *Journal of Adolescent Health, 21*, 400-406.
- Phelps, S. B., & Jarvis, P. A. (1994). Coping in adolescence: Empirical evidence for a theoretically based approach to assessing coping. *Journal of Youth and Adolescence, 23*, 359-372.

- Piper, E. W., Carufel, F. L., & Szkrumelak, N. (1985). Patient predictors of process and outcome in short term individual psychotherapy. *Journal of Nervous Mental disease, 173*, 726-733.
- Porcerelli, J. H., Thomas, S., Hibbard, S., & Cogan, R. (1998). Defense mechanisms development in children, adolescents, and late adolescents. *Journal of Personality Assessment, 71*, 411-420.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 269-278.
- Raines, G. N., & Rohrer, J. H. (1955). The operational matrix of psychiatric practice: I. consistency and variability in interview impressions of different psychiatrists. *American Journal of Psychiatry, 111*, 721-733.
- Resick, M. D., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchel, K. S., ... Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 241-251.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. Y., & Yockey, R. D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 33*, 33-40.
- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin, 124*, 22-53.
- Roberts, R., Dunn, J., & Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life, mental health, parenting and adjustment. *Child Abuse & Neglect, 28*, 526-545.
- Romano, E., & De Luca, R. V. (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 55-78.
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostic*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- Roth, S., & Newman, E. (1993). Measurement of the process of coping with sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress, 4*, 279-299.

- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21, 211-226.
- Sandler, I. N., Tein, J. Y., & West, S. G. (1994). Coping, stress, and the psychological symptoms of divorce: A cross-sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65, 1744-1763.
- Sandler, J. (1989). *L'Analyse des défenses. Entretiens avec Anna Freud*. Paris : Presses universitaires de France.
- Santiago-Delefosse, M. (2000). Fonction 1^{ère} des émotions : accordage et/ou protection? *Pratiques Psychologiques*, 1 : 35-48.
- Schönbucher, V., Maier, T., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. (2014). Adolescent perspectives on social support received in the aftermath of sexual abuse: A qualitative study. *Archive of Sexuality and Behavior*, 43, 571-586.
- Sedlak, A., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Green, A., & Li, S. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4): Report to Congress*. Washington D.C.: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Shapiro, D. N., Kaplow, J. B., Amaya-Jackson, L., & Dodge, K. A. (2012). Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 157-163.
- Shaw, R. J., Ryst, E., & Steiner, H. (1996). Temperament as a correlate of adolescent defense mechanisms. *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 105-114.
- Shentoub, V., & Debray, R. (1969). Contribution du TAT au diagnostic différentiel entre le normal et le pathologique chez l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 12(1), 241-266.
- Shentoub, V. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 709-723.

- Simon, V. A., Feiring, C., & Kobielski McElroy, S. (2010). Making meaning of traumatic events: Youths' strategies for processing childhood sexual abuse are associated with psychosocial adjustment. *Child Maltreatment, 15*, 22-241.
- Smith, C., Thienemann, M., & Steiner, H. (1992). Defense style adaptation in adolescents with depressions and eating disorders. *Acta Paedopsychiatrica, 55*, 185-186.
- SmithBattle, L., & Wynn Leonard, W. V. (1998). Adolescent mothers four years later: Narratives of the self and visions of the future. *Advances in Nursing Science, 20*, 36-48.
- Soultanian, C., Dardennes, R., Mouchabac, S., & Guelfi, J. D. (2005). L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense : revue critique de 6 outils quantitatifs. *Revue canadienne de psychiatrie, 50*, 792-801.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges : interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psycho-traumatology, 5*.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 19*(9), 1171-1182.
- Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief checklist to assess coping in pediatric patients. *Journal of Pediatric Psychology, 13*, 555-574.
- Steel, J., Wilson, G., Cross, H., & Whipple, J. (1996). Mediating factors in the development of psychopathology in victims of childhood sexual abuse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 8*, 291-316.
- Steinberg, L. D. (1993). *Adolescence*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Stern, A. E., Lynch, D. L., Oates, R. K., O'Toole, B. I., & Cooney, G. (1995). Self-esteem, depression, behavior, and family functioning in sexually abused children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 36*, 1077-1089.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*(2), 79-101.
- Thienemann, M. (1998). Defense style and family environment. *Child Psychiatry of Human Development, 28*, 189-192.

- Thienemann, M., & Steiner, H. (1998). Family environment of eating disordered and depressed adolescents. *International Journal of Eating Disorder, 14*, 43-48.
- Tonge, B., King, N. (2004) Cognitive behavioural treatment of the emotional and behavioural consequences of sexual abuse. Dans Graham P. J. (Éds), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (pp.5-20)
- Tordjman, S., Zittoun, C., Ferrari, P., Flament, M., & Jeammet, P. (1997). A comparative study of defense styles of bulimic, anorexic and normal females. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 34*, 222-227.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J., & Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et co-occurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique, 97*, 109-113.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Developmental Psychopathology, 13*, 1001-1019.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*, 453-476.
- Trocmé, N. M., MacLaurin, B., Fallon, J., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., McKenzie, B. (2001). *Canadian Incidence Study of reported child abuse and neglect – 1998: Final report*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Trocmé, N. M., Tourigny, M., MacLaurin, B., & Fallon, B. (2003). Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1427-1439.
- Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., Aslto-Setala, T., & Lonnqvist, J. (1997). Psychological defense styles in late adolescence and young adulthood: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1148-1153.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 567-589.
- Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry, 24*, 107-118.

- Vaillant, G. E. (1976). Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanism of defense to adult adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 33, 515-545.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little Brown.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G. E. (1993). *Wisdom of the ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 786-794.
- Vaillant, G. E., & Drake, R. E. (1985). Maturity of ego defenses in relation to DSM-III Axis II personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601.
- Valle, L. A., & Silovsky, J. F. (2002). Attributions and adjustment following child sexual abuse and physical abuse. *Child Maltreatment*, 7, 9-25.
- van der Kolk, B. A. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- van der Kolk, B. A. (2005). Child abuse & victimization. *Psychiatric Annals*, 35(5), 374-378.
- Verwoerd, A. (1972). Psychopathological responses to the stress of physical illness. Dans Z. J. Lipowski (Éds), *Psychosocial aspects of physical illness* (pp. 119-141). Bâle: Karger.
- Wagnild, G. M. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 252-255.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

- Walsh, W. A., Dawson, J., & Matingly, M. J. (2010). How are we measuring resilience following childhood maltreatment? Is the research adequate and consistent? What is the impact on research, practice, and policy? *Trauma Violence Abuse*, 11(27), 27-41.
- Watson, D. C., & Sinha, B. K. (1998). Gender, age, and cultural differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 69-75.
- Weinberger, D. A. (1998). Defenses, personality structure, and development. *Journal of Personality*, 66, 1061-1080.
- Weinstock, A. (1967). Family environment and the development of defense and coping mechanisms. *Journal of Personality Social Psychology*, 5, 67-75.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible*. New York: McGraw Hill.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36, 53-63.
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36, 53-63.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health Quality Life Outcomes*, 9(8), 1-18.
- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K. J., & Ybarra, M. (2008). Online predators and their victims : myths, realities, and implications for prevention and treatment. *American Psychology*, 63, 111-128.
- Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 37-50.

- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. Dans E. J. Marsh, & R. A. Barkley (Éds), *Assessment of childhood disorders* (pp. 685-748). New York: Guilford Press.
- Wolfe, V. V., Gentil, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-22.
- Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolutions of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding, and meaning-making. *Journal of Family Violence*, 22, 597-608.
- Wright, M. O. D., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1173-1193.
- Wright, M. O. D., & Masten, A. S. (2005). Pathways to resilience in context. Dans L. Theron, M. Ungar & L. Liebenberg (Éds), *Youth resilience and culture: commonalities and complexities*. New York: Springer.
- Wyatt, G. E., & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 758-767.
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 410-421.
- Young, R. E., Bergandi, T. A., & Titus, T. G. (1994). Comparaison of the effects of sexual abuse on male and female latency-aged children. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 291-306.

Appendice A

Certificat d'éthique du Comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec

à Trois-Rivières (CER-10-159-06.06)

 Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'adaptation des adolescentes victimes d'abus sexuel

Chercheurs : Louise Dubuc
Département de psychologie

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 19 octobre 2010

Date de fin : 01 septembre 2011

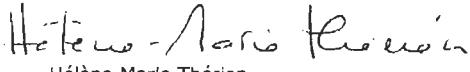
COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.


Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Date d'émission : 19 octobre 2010

N° du certificat : CER-10-159-06.06

DECSR

Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'adaptation des adolescentes victimes d'abus sexuel

Chercheurs : Louise Dubuc
 Département de psychologie

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 17 juin 2011

Date de fin : 17 juin 2012

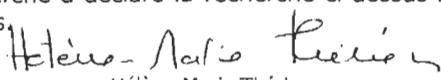
COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

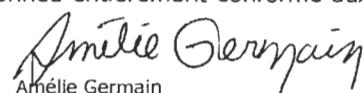
- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.


 Hélène-Marie Thérén

Présidente du comité


 Amélie Germain

Secrétaire du comité

Date d'émission : 17 juin 2011

N° du certificat : CER-10-159-06.06

DECSR

**Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'adaptation des adolescentes victimes d'abus sexuel

Chercheurs : Louise Dubuc
Département de psychologie

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 17 juin 2012 Date de fin : 17 juin 2013

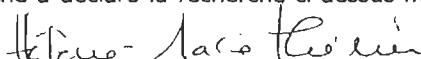
COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

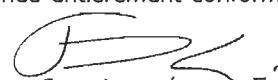
- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique;
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.



Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité



Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Date d'émission : 17 juin 2011

N° du certificat : CER-10-159-06.06
DECSR

Appendice B

Formulaire d'informations remis aux participants

**PROJET DE RECHERCHE DOCTORAL CONDUIT À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

LETTRE D'INFORMATION

*Invitation à participer au projet de recherche intitulé l'adaptation des
adolescentes victimes d'abus sexuel*

**Louise Dubuc,
Département de psychologie
Doctorat en psychologie (Recherche)
Mme Colette Jourdan-Ionescu, directeure de la recherche**

Votre participation à la recherche qui vise à mieux comprendre les capacités d'adaptation des adolescents victimes d'abus sexuel serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'explorer les stratégies de *coping* et les mécanismes de défense utilisés par les adolescentes ayant vécu de l'abus sexuel. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à vous présenter à deux entrevues d'environ une heure et demie, dans un local réservé à cet effet, à votre centre. Lors de la première rencontre, nous vous inviterons à nous parler de votre vécu concernant les abus sexuels ainsi que du soutien que vous avez reçu. Lors de la deuxième rencontre, l'échange se poursuivra pendant la première partie et dans un deuxième temps nous vous inviterons à remplir deux questionnaires d'une durée de 20 min. environ pour chacun.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ trois heures, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de des adolescents victimes d'abus sexuel sont les principaux bénéfices directs prévus à votre participation. Des recommandations d'intervention individuelle visant la résilience seront données à chaque participante. Une compensation d'ordre monétaire (\$40) vous sera accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un *non fictif ou un numéro*. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme *d'articles et de communications*, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans notre cabinet privé et les seules personnes qui y auront accès seront le comité de recherche. Elles seront détruites au plus tard à la fin du travail doctoral et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Louise Dubuc (ldubuc.psy@gmail.com et au 514-277-1870), au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [CER-159-06.06] a été émis le [19 Octobre 2010].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Martine Tremblay, par téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

Appendice C

Consentement éclairé

PROJET DE RECHERCHE DOCTORAL CONDUIT À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, *Louise Dubuc* m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « *L'adaptation des adolescents victimes d'abus sexuel* ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Consentement du parent ou tuteur

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *l'adaptation des adolescents victimes d'abus sexuel*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de la participation de ______. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir aux implications de ma décision. Je comprends que la participation à la recherche est entièrement volontaire et que l'enfant pour laquelle je signe ce formulaire de consentement peut décider de se retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant, parent ou tuteur	Chercheuse ou chercheur
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice D

Grille d'entrevue semi-structurée

Grille sociodémographique

- A) Nº du sujet : _____
- B) Sexe : _____
- C) Date de naissance : _____
- D) Âge : _____
- E) Famille :
01 – biparental d'origine
02 – monoparental/ mère
03 – monoparental/ père
04 – reconstituée/ mère
05 – reconstituée/père
06 – famille d'accueil
07 – Centre jeunesse
08 – famille adoptive
- F) Garde partagée :
oui
non
- G) Fratrie :
01 – enfant unique
02 – 1 frère
03 – 1 sœur
04 – 1 frère et 1 sœur
05 – 1 demi-sœur
06 – 1 demi-frère
07 – 2 frères
- H) Rang dans la fratrie : _____
- I) Niveau socioéconomique (quartier) (ipod, cell, ordi, voyages familiaux, genre de travail des parents, etc) : _____
- J) Antécédents personnels :
01 – Hospitalisation
02 – Maladie grave ayant menacé votre vie
03 – Handicap physique
04 – Déménagement
05 – Difficulté scolaire
06 - accident grave
07 – incendie
08 – Aggression physique
- K) Antécédents familiaux :
01 – abus sexuel
02 – abus physique
03 – négligence
04 – Décès
05 – Maladie mentale
06 – Maladie physique

Précisez s'il y a lieu :

L) Description de l'abus sexuel :

- 01 – Intrafamilial
 - 02 – Extrafamilial
 - 03 – Extra et intrafamilial
 - 04 – Pairs (Dating)
-

M) Âge de l'abuseur :

N) Sexe de l'abuseur :

- 01 – Homme
- 02 – Femme
- 03 – non divulgué

O) Lien avec l'abuseur :

- 01 – père
- 02 – beau-père
- 03 – fratrie
- 04 – membre de la famille élargie
- 05 – amis (Homme)
- 06 – amis (Femme)
- 07 – Inconnu (Homme)
- 08 – Inconnue (Femme)
- 09 – mère
- 10 – belle-mère
- 11 – substitut parental (famille d'accueil)
- 12 – relation de couple ou rendez-vous
- 13 – personne en position d'autorité (professionnel, instructeur, thérapeute, professeur, etc.)
- 14 – non divulgué

P) Âge de survenue (début de l'abus sexuel, si vous le savez) : _____

Q) Sévérité :

- 01 – attouchements
- 02 – pénétration
- 03 – viol
- 04 – violence
- 05 – pornographie/film
- 06 – internet/vidéo
- 07 – exhibitionnisme

R) Durée (2 colonnes) :

- | |
|----------------------|
| 01 – 1 seul épisode |
| 02 – moins de 6 mois |
| 03 – 6 mois à 2 ans |
| 04 – 2 ans à 5 ans |
| 05 – 5 ans et plus |
| 06 – non divulgué |

S) Judiciarisation :

- 01 – terminée
- 02 – en cours
- 03 – rejet de la plainte
- 04 – refus de la victime
- 05 – refus de la police

T) Délai d'apparition des troubles :

- 01 – Avant la révélation de l'abus sexuel

02 – Après la révélation

Expliquez si nécessaire : _____

U) Nombre de mois avant l'apparition des symptômes (réactions post-traumatiques et autres symptômes, comme les douleurs physiques, les pensées suicidaires, etc.) :

- V) Symptômes :
- 01 – problèmes de comportements (agressivité, violence verbale ou physique)
 - 02 – idées suicidaires
 - 03 – alcool ou drogues
 - 04 – états dépressifs ou dépression
 - 05 - anxiété élevée
 - 06 – isolement des pairs ou autres
 - 07 – difficulté à gérer les situations stressantes (examens ou autres)
 - 08 – Somatisation (anorexie/boulimie, maux de ventre, maux de tête, etc.)
 - 09 – Automutilation
 - 10 – Comportements sexuels à risque

W) Quelle est la première personne à qui vous en avez parlé?

X) Question à poser à la fin de la 2^e rencontre. En quelques mots, que diriez-vous sur la relation avec votre mère (au verso si nécessaire) :

Appendice E

Grille de cotation de la main qui gêne

COTATEUR : _____ DATE : _____

Légende : N = Normal P = Pathologique/exPLICATION

N° sujet	1ERE IMPRESSION	PROPORTION	TRAIT	ÉCRITURE	A QUI APPARTIENT?	SOUFFRANCE?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

Appendice F

Réactions post-traumatiques

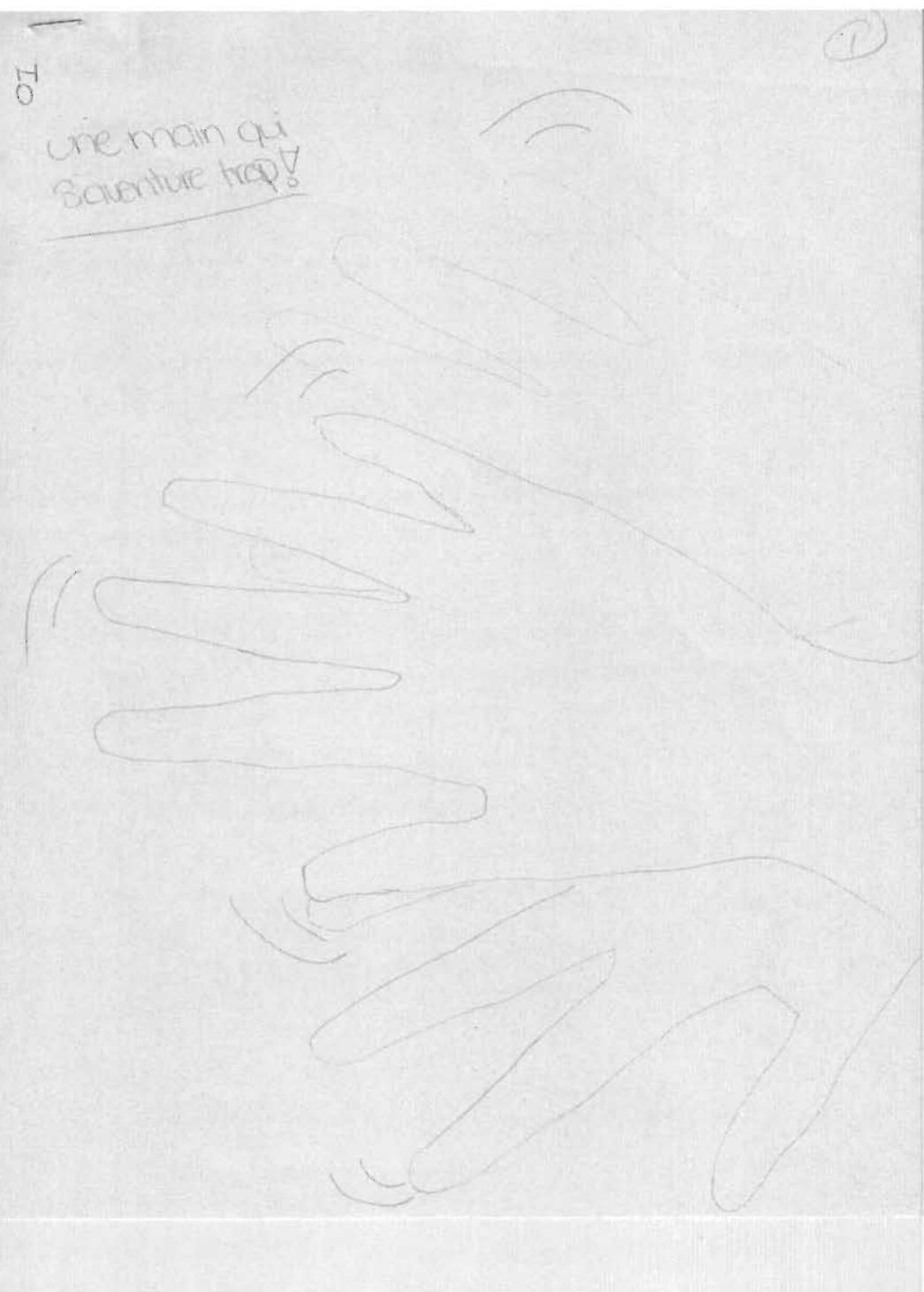
RÉACTIONS POST-TRAUMATIQUES

Avez-vous ces symptômes présentement, c'est-à-dire au moment où vous remplissez le formulaire?

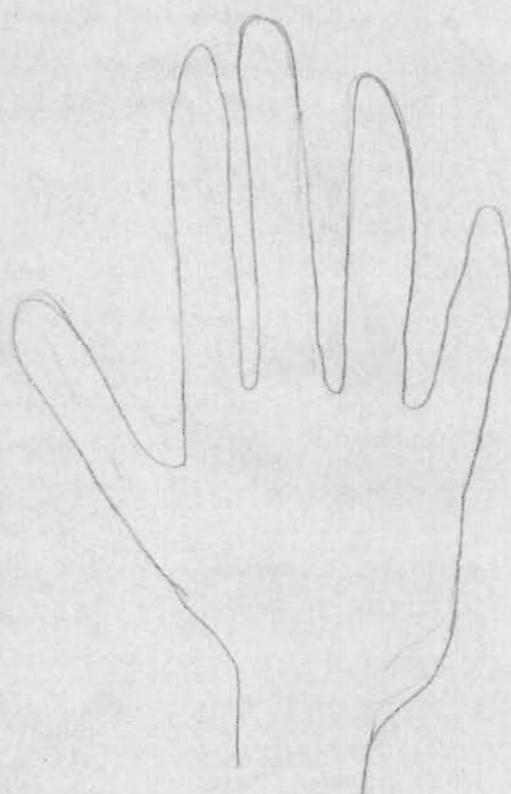
	oui	non
Reviviscences		
Des images et des pensées reliées à l'événement m'envahissent sans que je ne puisse rien faire		
Je fais des cauchemars ou des rêves troublants depuis l'événement		
Des scènes de l'événement se reproduisent (flash-back)		
Je ressens une détresse quand je suis confronté à des indices rappelant l'événement		
Je ressens une anxiété intense quand je suis confronté à des indices rappelant l'événement		
Évitement		
Je fais des efforts pour ne pas penser à l'événement ou pour ne pas en parler		
J'évite de me retrouver dans les lieux ou les situations qui me rappellent l'événement		
Je ne parviens pas à me souvenir de certains moments de l'événement		
J'ai un manque d'intérêt pour les activités qui me passionnaient		
Je me sens détaché des gens		
Je me sens « gelé », sans émotion		
J'ai l'impression que ma vie n'a plus de sens ou rien de bon à m'offrir		
Hyperactivation		
J'ai beaucoup de difficultés de sommeil		
Je suis souvent irritable		
J'éprouve de la difficulté à me concentrer		
Je me sens en état d'urgence constant		
Je sursaute pour un rien et je me sens très fébrile		

Appendice G

Dessins de la main qui gêne

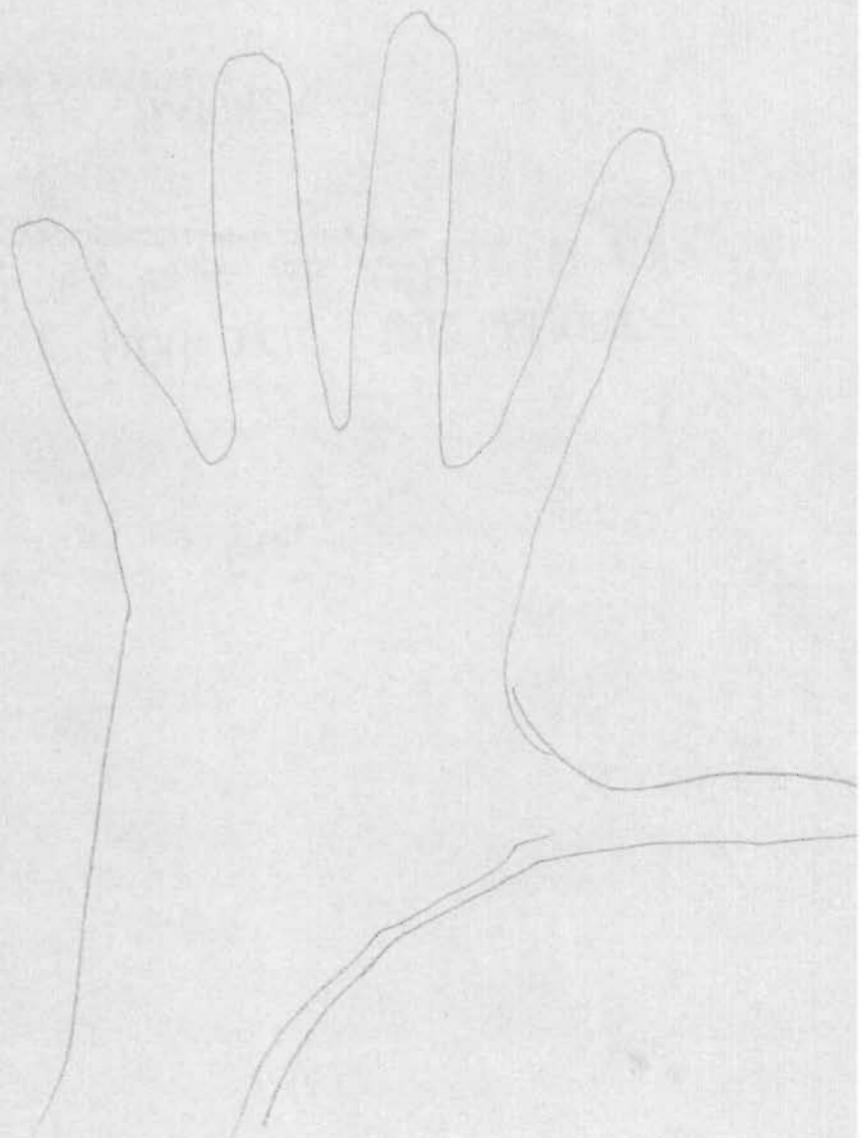


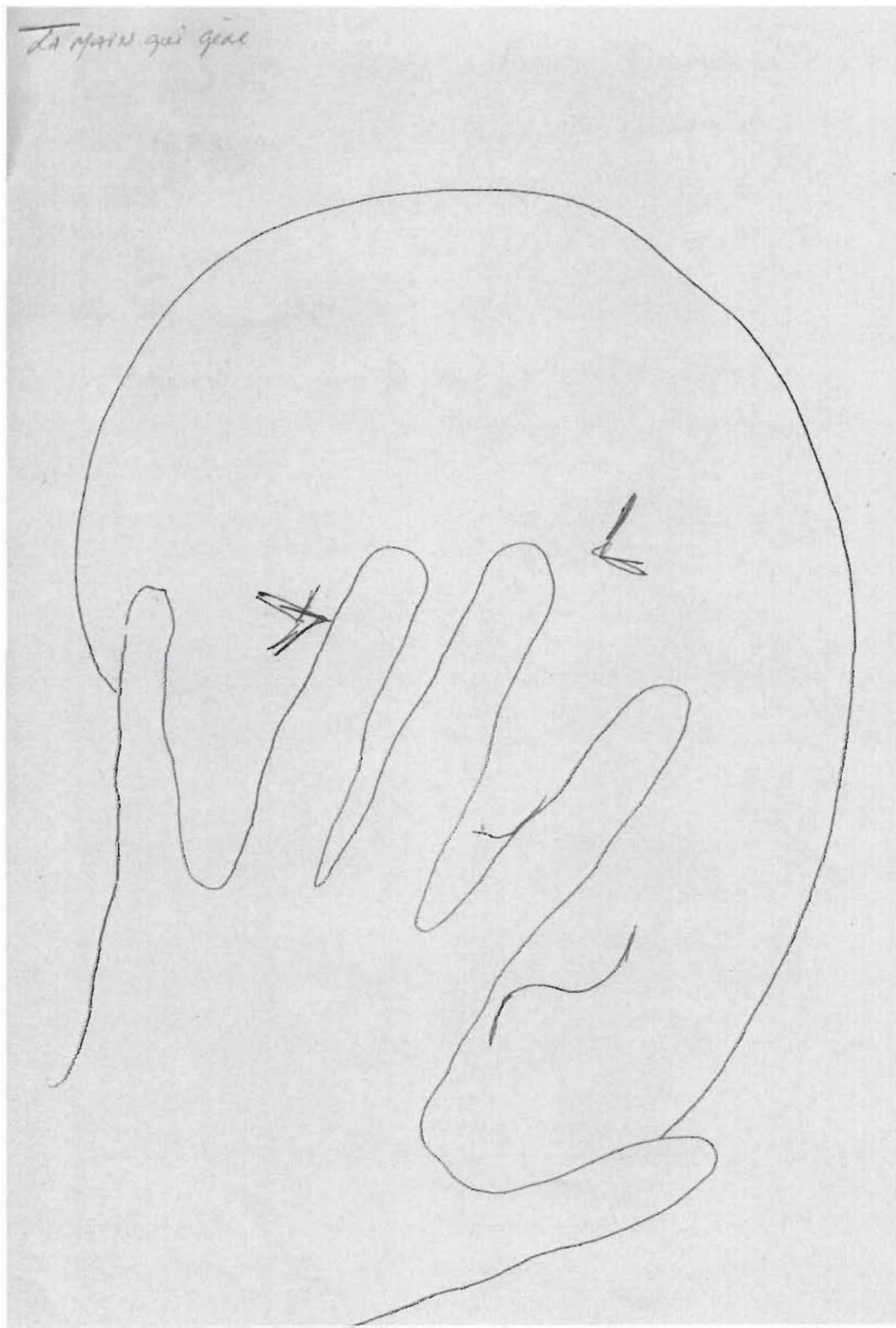
No. 2,
23.08.2001

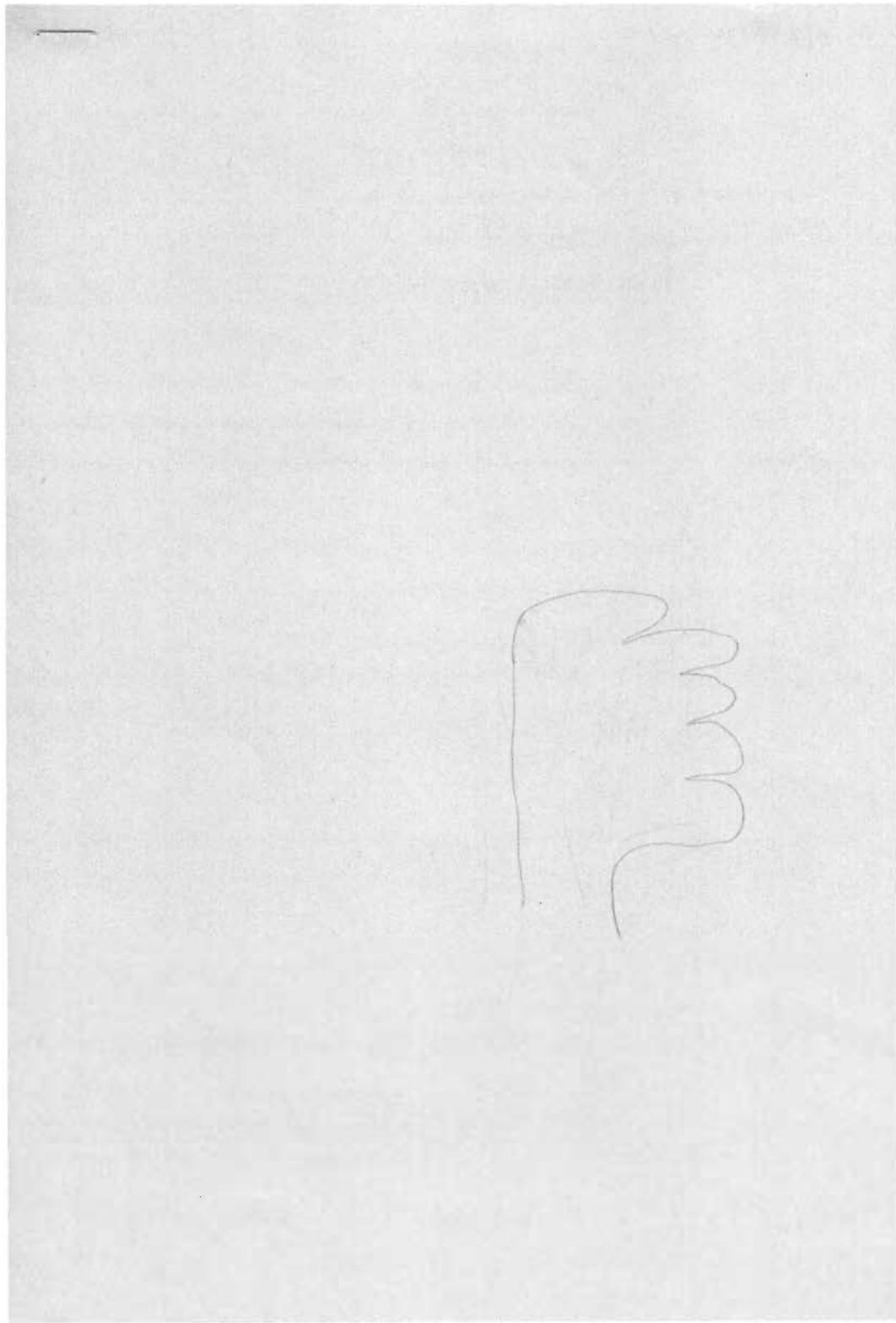




J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « **MAIN QUI DÉRANGE** ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!



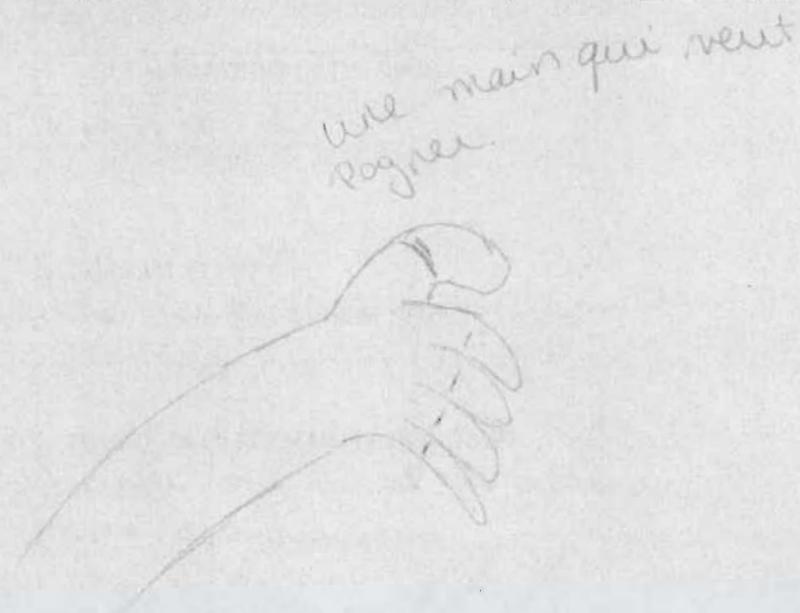


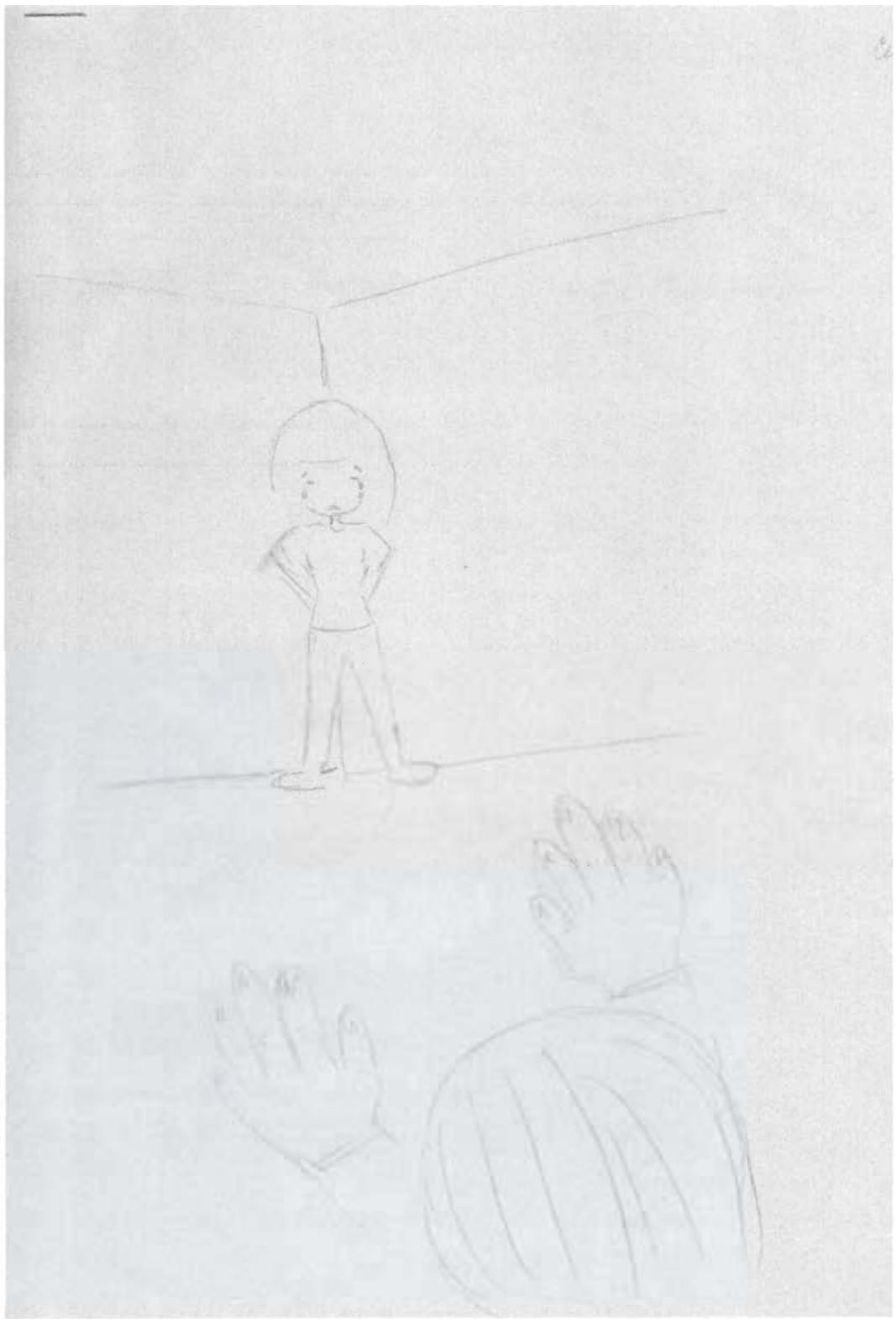


J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!

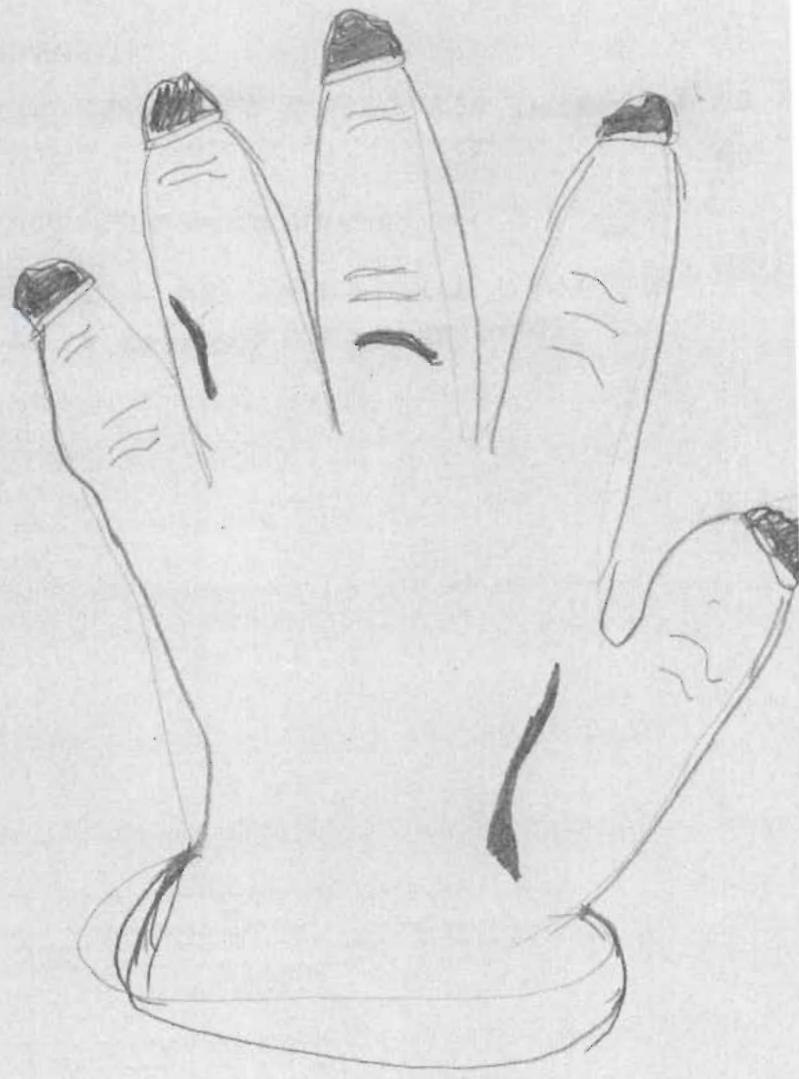


J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!

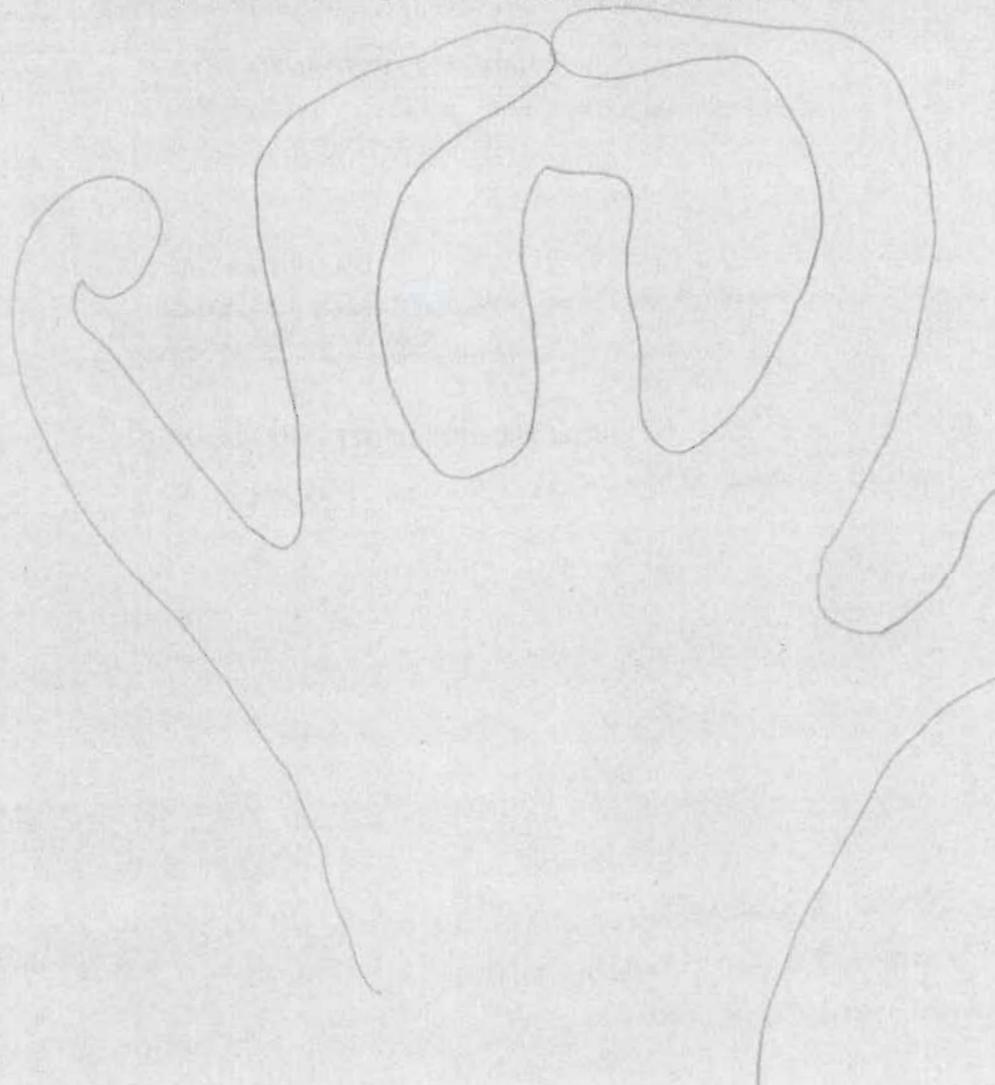




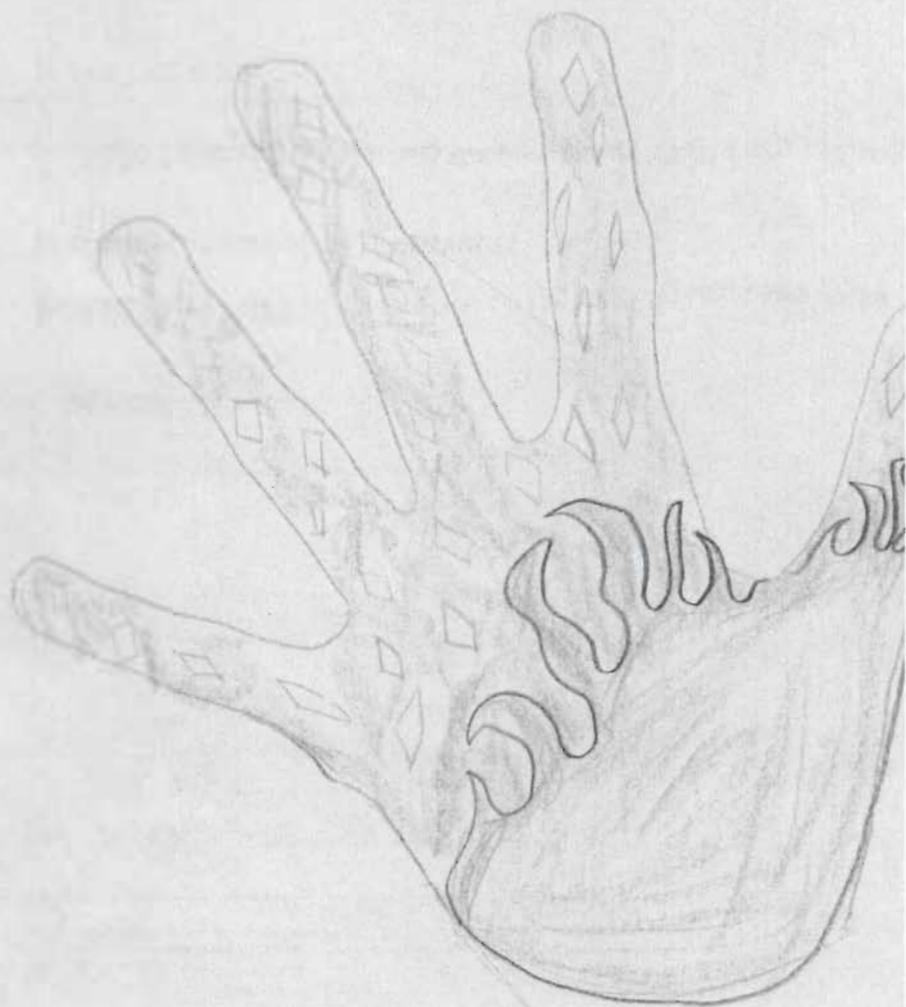
J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!



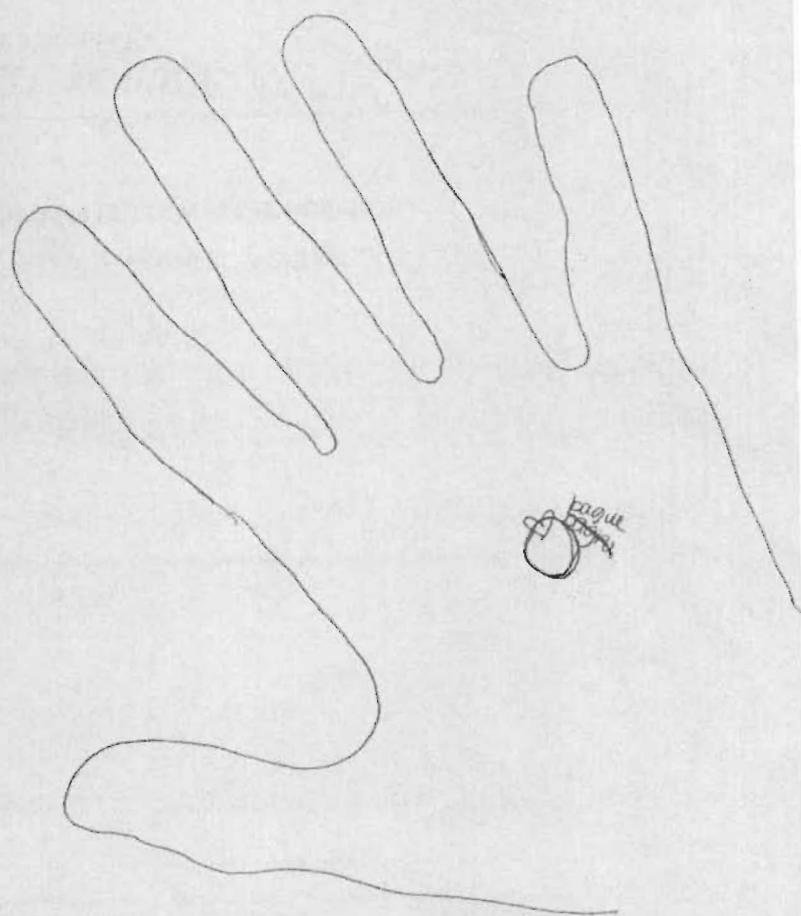
J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!



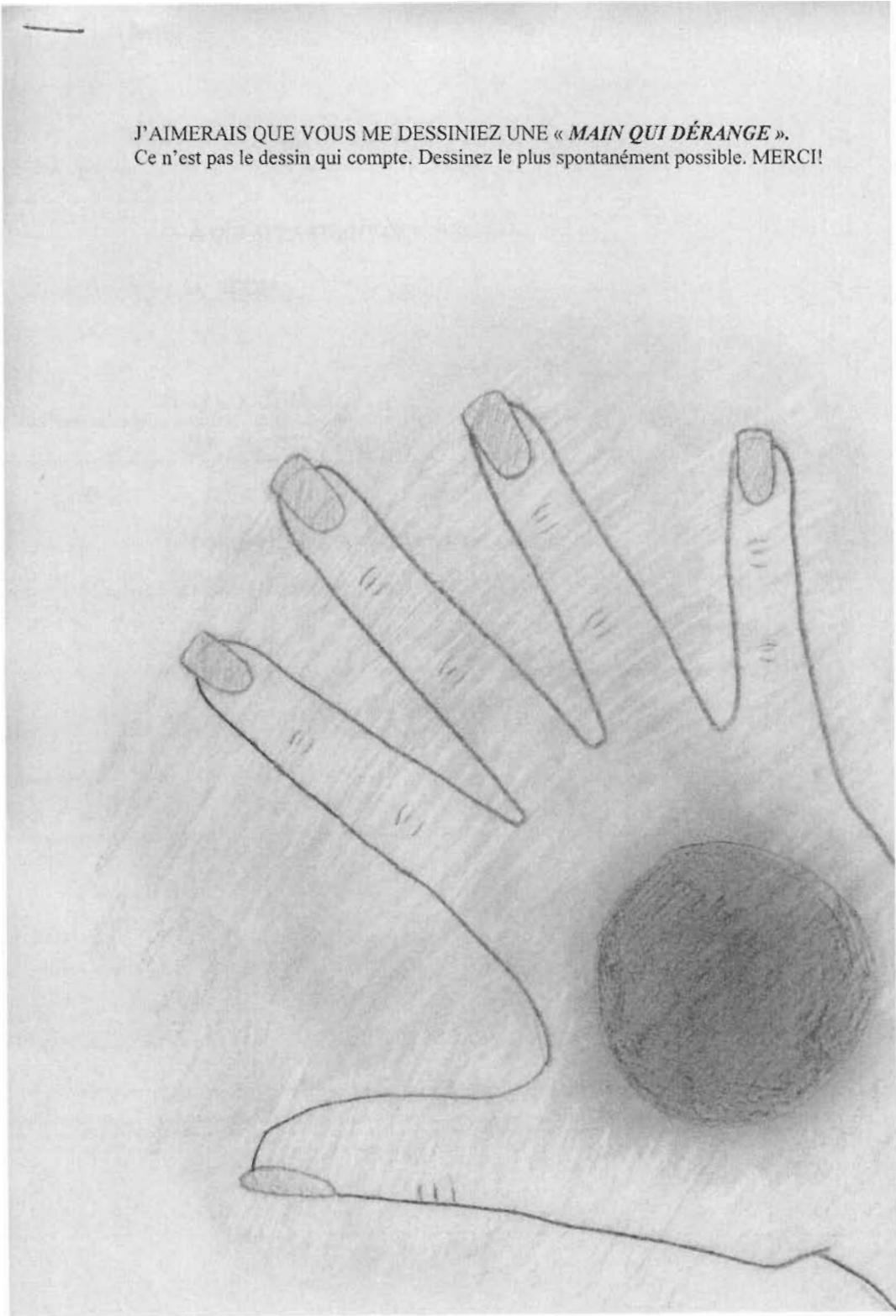
J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « **MAIN QUI DÉRANGE** ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!



J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!

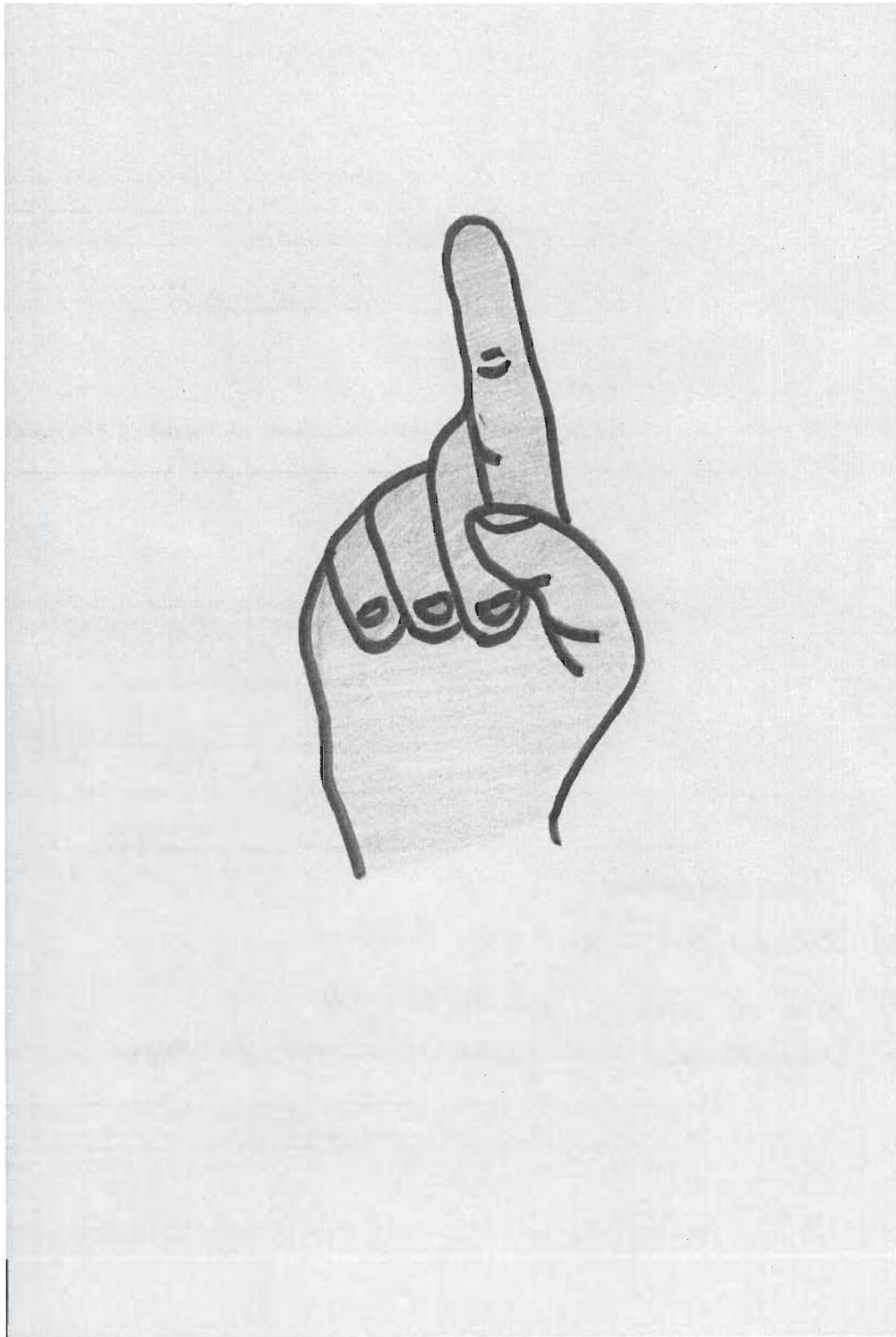


J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!

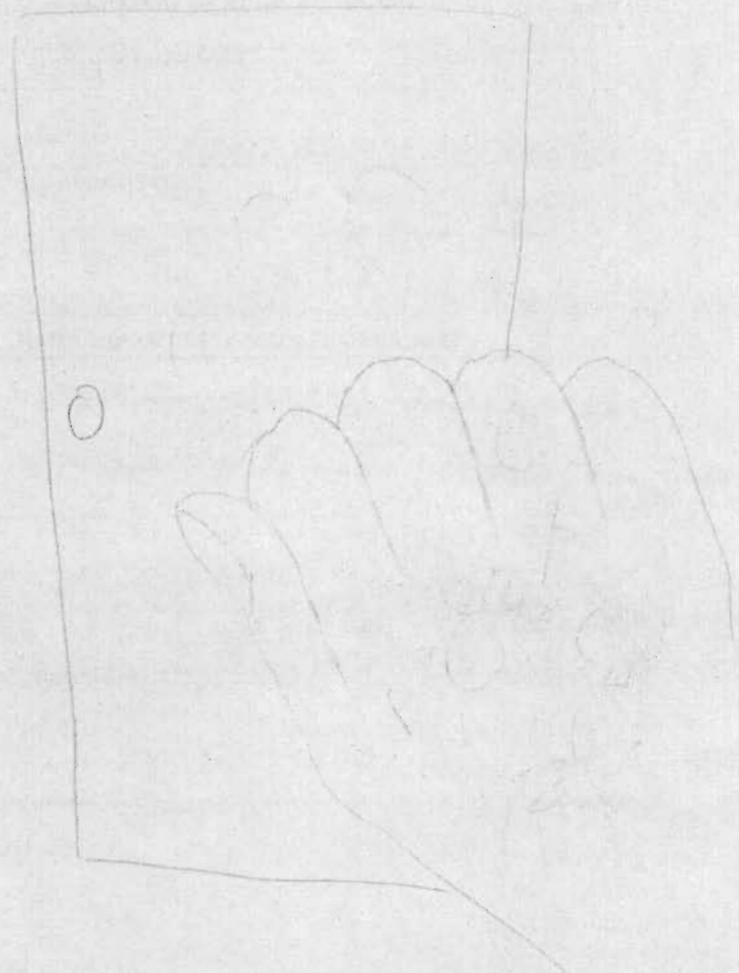


J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!





J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!



J'AIMERAIS QUE VOUS ME DESSINIEZ UNE « *MAIN QUI DÉRANGE* ».
Ce n'est pas le dessin qui compte. Dessinez le plus spontanément possible. MERCI!

