

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LIEN ENTRE LES AGRESSIONS SEXUELLES DURANT L'ENFANCE ET LES
COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES PROBLÉMATIQUES

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
LAURENCE JEAN-GAGNON

SEPTEMBRE 2021

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

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Dominick Gamache, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluateur interne

Jacinthe Dion, Ph. D.
Université du Québec à Chicoutimi

évaluateuse externe

Sommaire

Au cours des dernières années, une attention grandissante a été portée aux problèmes reliés au poids et à l'obsession de la minceur. Des études relatent qu'en plus des éléments génétiques, les abus pendant l'enfance (p.ex. physiques ou sexuels) sont fréquemment notés comme des éléments prédisposant à l'apparition d'un trouble des conduites alimentaires (Afifi et al., 2017; Wonderlich, Brewerton, Jocic, Dansky, & Abbott, 1997). Ainsi, l'agression sexuelle pendant l'enfance pourrait être en cause dans le développement de certains comportements alimentaires problématiques (Rohde, Stice, & Marti, 2015; Steiger & Bruce, 2007). D'une part, des chercheurs suggèrent que les troubles des conduites alimentaires pourraient être des comportements de gestion des émotions intenses qui suivent souvent les agressions sexuelles pendant l'enfance (Brockmeyer et al., 2014; Dansky, Brewerton, Kilpatrick, & O'Neil, 1997). De plus, les agressions sexuelles pendant l'enfance sont susceptibles d'entrainer des difficultés en lien avec l'image corporelle (p.ex. insatisfaction liée à l'apparence, dégoût, évitement du corps, etc.), qui elles seraient liée à de la détresse émotionnelle (Preti, Incani, Camboni, Petretto, & Masala, 2006), mais aussi constituerait un des facteurs de risque les plus importants dans le développement de comportements alimentaires problématiques (Stice & Shaw, 2004; Thompson, Van den Berg, Roehrig, Guarda, & Heinberg, 2004; Villarroel, Penelo, Portell, & Raich, 2012). La présente étude a donc pour objectif principal d'approfondir la compréhension du lien entre les agressions sexuelles vécues pendant l'enfance et les comportements alimentaires, qu'ils soient problématiques ou adaptatifs, en accordant une attention particulière à la régulation émotionnelle et à l'insatisfaction corporelle. Une

étude a été réalisée chez 104 femmes issues de la population générale. De ce nombre, 56 ont rapporté avoir vécu une CSA en utilisant un questionnaire objectif (CTQ, Bernstein & Fink, 1998) et une question subjective (Vaillancourt-Morel, et al. 2016). Les résultats indiquent que les femmes avec un antécédent d'agression sexuelle pendant l'enfance rapportent plus de symptômes alimentaires, moins de comportements alimentaires adaptatifs et plus de difficultés dans la régulation de leurs émotions que les participantes ne rapportant pas d'agression sexuelle pendant l'enfance. Ainsi, nos résultats suggèrent que la difficulté à réguler les émotions en contexte d'ASE est associée à la présence de symptômes alimentaires. De futures études réalisées permettront de mieux comprendre le rôle de la régulation émotionnelle et d'ainsi possiblement mettre en place des programmes de prévention des comportements alimentaires problématiques à la suite d'une agression sexuelle pendant l'enfance.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	4
L'agression sexuelle	5
Définition et cadre légal	6
Prévalence des ASE	9
Dévoilement	13
Répercussions des ASE	14
Troubles de santé mentale	15
Dépression et anxiété	15
État de stress post traumatique	16
Symptômes psychologiques et processus psychologiques	17
Troubles des conduites alimentaires	19
Définition	19
Troubles restrictifs et déshinibés	20
Anorexie mentale	20
Boulimie	21
Accès hyperphagique	22
Complications des TCA	22

Complications physiques	23
Complications psychologiques	24
Complications sociales	24
Étiologie des TCA.....	25
Facteurs biologiques	25
Facteurs sociaux.....	26
Facteurs psychologiques	26
Liens entre ASE et TCA	27
L'insatisfaction corporelle	29
Régulation émotionnelle	31
Objectifs	35
Méthode.....	37
Participants.....	38
Mesures	40
Agression sexuelle pendant l'enfance.....	41
Comportements alimentaires	42
Comportements alimentaires problématiques.....	42
Comportements alimentaires adaptatifs.....	43
Insatisfaction corporelle.....	44
Régulation émotionnelle	45
Analyses statistiques	46
Résultats	48

Analyses de comparaison.....	49
ASE et comportements alimentaires.....	49
ASE et insatisfaction corporelle.....	53
ASE et régulation émotionnelle.....	55
Analyses en grappes.....	57
Modèle linéaire général.....	61
Symptômes et comportements alimentaires	61
Insatisfaction corporelle.....	65
Régulation émotionnelle	67
Discussion	69
Lien entre les ASE et les comportements alimentaires.....	70
Prévalence et caractéristiques des ASE	71
ASE et comportements alimentaires.....	73
ASE et insatisfaction corporelle.....	75
ASE et régulation émotionnelle	78
Analyse en grappes	79
Forces et limites de l'étude	82
Conclusion	87
Références	90
Appendice A Questionnaire socio-démographique.....	106
Appendice B <i>Childhood Trauma Questionnaire</i>	109
Appendice C Expérience sexuelle non désirée.....	112

Appendice D <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>	115
Appendice E <i>Intuitive Eating Scale</i>	120
Appendice F <i>Body-Esteem Scale</i>	123
Appendice G <i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i>	125

Liste des tableaux

Tableau

1	Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE en termes de symptômes de troubles alimentaires mesurés par le Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q)	48
2	Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE en termes de les comportements alimentaires mesurés par l'Échelle d'alimentation intuitive (IES-2).....	50
3	Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE sur l'insatisfaction corporelle mesurée par l'Échelle d'estime corporelle (BES)	52
4	Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE en termes de capacités de régulation émotionnelle mesurées par l'Échelle des difficultés de régulation émotionnelle (DERS).....	54
5	Analyse en grappes basée sur les symptômes généraux des troubles alimentaires et les antécédents d'agression sexuelle pendant l'enfance en utilisant le critère BIC	56
6	Comparaison des 3 clusters en termes de symptômes de troubles alimentaires mesurés par le Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q).....	60
7	Comparaison des 3 clusters en termes de comportements alimentaires mesurés par l'Échelle d'alimentation intuitive (IES-2).....	62
8	Comparaison des 3 clusters en termes d'insatisfaction corporelle mesurée par l'Échelle d'estime corporelle (BES)	64
9	Comparaison des 3 clusters en termes de difficultés de régulation émotionnelle, mesurées par l'Échelle de difficultés de régulation des émotions (DERS)	66

Remerciements

Je souhaite d'abord exprimer ma reconnaissance, tout particulièrement, à ma directrice de recherche, Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D., professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité, sa transparence et son professionnalisme. Je te remercie sincèrement de m'avoir guidé dans cette aventure qu'est le doctorat. Ta bienveillance et ton écoute ont été plus que précieuse pour moi.

Je tiens également à remercier les membres de mon jury d'évaluation, Dominick Gamache et Jacinthe Dion, pour le temps et l'énergie dédiés à rendre cet essai meilleur.

Il m'importe aussi d'exprimer ma reconnaissance à mes amies et collègues-psychologues, Rachelle et Amylie pour leur soutien, leur enthousiasme et leur folie. Je ne peux m'imaginer compléter mon doctorat sans nos nombreuses heures de supervision.

Un immense merci à ma famille; leur soutien a fait la différence. À mes parents, qui ont fait tout ce qui est en leur pouvoir pour me permettre d'aller au bout de mes objectifs.

À ma meilleure amie, Valène, qui m'encourage, m'écoute et m'appuie depuis plus de 20 ans, merci. Je ne te dirai jamais assez comment je suis reconnaissance de te savoir à mes côtés.

Finalement, je termine en remerciant mon mari, Richard. Merci de m'avoir appuyé de toute les façons dans la réalisation de ce projet doctoral. Tu es un homme et un père d'exception, je suis choyée d'être *ton* femme.

Introduction

Il n'y a plus de doute que l'agression sexuelle commise sur un enfant peut engendrer de multiples conséquences psychologiques négatives (Collin-Vézina et al., 2013; Harvey & Taylor, 2010). Néanmoins, la variabilité observée entre les résultats des nombreuses études sur le sujet rend difficile d'expliquer les conséquences psychologiques au long cours (Collin-Vézina et al., 2013; De Tychey, Laurent, Lighezzolo-Alnot, Garnier, & Vandelet, 2015). Plus spécifiquement, l'étude du lien entre les agressions sexuelles pendant l'enfance (ASE) et les troubles des conduites alimentaires (TCA) a été largement documentée. Malgré de nombreuses recherches, toutefois, aucun consensus ne se dessine quant au rôle spécifique d'une expérience d'ASE dans le développement d'un TCA (Maniglio, 2009; Hund & Espelage, 2006). En effet, les variables par lesquels les ASE sont liés au TCA demeurent à ce jour peu documentés.

Le présent projet d'essai doctoral s'inscrit dans cette lignée puisqu'il a pour but d'approfondir la compréhension du lien entre les ASE et les comportements alimentaires problématiques et adaptatifs, en accordant une attention particulière à deux variables soient l'insatisfaction corporelle et la régulation émotionnelle. Le présent essai comporte quatre sections principales. La première section s'attarde à l'état des connaissances à propos des ASE et des TCA ainsi qu'au rôle de l'insatisfaction corporelle et de la régulation émotionnelle dans ces problématiques. Les objectifs et les hypothèses sont présentés à la fin de cette section. Ensuite, dans la deuxième section, il est question de la

méthode utilisée dans ce projet de recherche, soit les participants, la procédure et les instruments de mesure. Troisièmement, les analyses effectuées et les résultats obtenus sont décrits. Finalement, la discussion des résultats est présentée suivie de la conclusion de l'essai. Les retombées de cet essai apporteront un éclairage nouveau quant à l'association entre les ASE et les comportements alimentaires problématiques et adaptatifs.

Contexte théorique

Cette section vise d'abord à présenter une recension de la documentation scientifique sur l'agression sexuelle, plus particulièrement sur la définition, la prévalence, le dévoilement et les répercussions que peut avoir celle-ci sur les victimes. L'essai traite ensuite des troubles du comportement alimentaire. Les définitions des différents troubles, les complications possibles et un aperçu de l'étiologie sont ensuite abordés. Enfin, afin de bien cerner la problématique à l'étude, il sera question du lien entre les agressions sexuelles pendant l'enfance et les troubles du comportement alimentaire. Une attention particulière est accordée aux concepts d'insatisfaction corporelle et de régulation émotionnelle, puisque ceux-ci représentent des composantes centrales des deux problématiques. Les objectifs et questions de recherche qui sous-tendent le présent essai sont finalement énoncés dans cette section.

L'agression sexuelle

L'agression sexuelle est un acte criminel qui fait chaque année de nombreuses victimes. Elle est considérée comme une problématique de santé publique depuis bon nombre d'années au Canada comme dans le reste du monde (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2012). Inceste, abus sexuel, viol, agression sexuelle, attouchement sexuel, etc. sont autant de termes référant à un ensemble de gestes qui provoquent chez les victimes des conséquences qui peuvent être présentes tout au long de leur vie.

Définition et cadre légal

La définition de l'agression sexuelle ne fait pas encore l'objet d'un consensus même si plusieurs éléments communs ressortent des différentes définitions (Murray, Nguyen, & Cohen, 2014). Dans la communauté scientifique, il y a un réel débat quant à la définition à utiliser et cette mésentente n'est pas sans conséquence. Les efforts antérieurs d'aborder la problématique de la définition de l'agression sexuelle ont permis de constater que plusieurs définitions subsistent dans la littérature. D'une part, des chercheurs utilisent des définitions qui se veulent normatives et objectives, d'autre part, certains préfèrent se référer à l'expérience subjective des victimes (Rellini & Meston, 2007; Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Finalement, les statistiques officielles obtenues par les autorités gouvernementales d'après une définition normative mais n'utilisant que les cas déclarés à la police, mènent à d'autres divergences dans les résultats d'études (Murray et al., 2014).

Les définitions normatives, généralement appuyées sur la loi en vigueur, sont principalement mises de l'avant par les entités gouvernementales. Leur conceptualisation de l'agression sexuelle met habituellement de l'avant deux concepts, soit l'âge de consentement de la victime et la nature abusive de la relation. Par exemple, le Plan d'action gouvernemental en matière d'agression sexuelle du Québec a défini en 2013 l'agression sexuelle comme suit :

Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation

affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne (Gouvernement du Québec, 2013, p.112).

Une deuxième définition de l'agression sexuelle, dans le cas spécifique d'agression sexuelle pendant l'enfance (ASE), est proposée par le Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants :

Geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle (Association des centres jeunesse du Québec [ACJQ], 2000, p.15).

Au Canada, le consentement est uniquement valable s'il est donné par une personne âgée de 16 ans ou plus. Il existe toutefois deux exceptions à cette règle. Les adolescents de 12 et 13 ans peuvent consentir à des activités sexuelles avec une personne ayant jusqu'à deux ans de plus qu'eux, alors que ceux de 14 et 15 ans peuvent y consentir avec une personne ayant jusqu'à cinq ans de plus (Gouvernement du Canada, 2009).

Enfin, l'objectif des définitions normatives est d'établir dans un premier temps la sévérité de l'agression et donner des conséquences appropriées à l'agresseur (Brennan & Taylor-Butts, 2008).

D'autre part, les définitions subjectives des ASE sont principalement basées sur la perception des victimes. Par exemple, les milieux féministes construisent leurs définitions en se référant à l'expérience de la victime à savoir si elle a vécu l'expérience sexuelle comme abusive. Les études ayant recours à ce type de définition utilisent par exemple des questions telles que : « Considérez-vous l'expérience que vous avez vécue comme une situation d'agression sexuelle? » (Holmes, 2008). En général, les études utilisant une définition subjective rapportent des taux de prévalence relativement faibles (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013; Valentine & Pantalone, 2013) et il a été montré que pour les mêmes types de gestes à caractère sexuel, certaines victimes rapporteront avoir été abusées et d'autres non. Selon le Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (RQCALACS) faisant la promotion d'une approche féministe, une agression sexuelle est définie comme :

Un acte de domination, d'humiliation, de violence et d'abus de pouvoir, principalement commis par des hommes envers les femmes et les enfants, contre leur volonté. Agresser sexuellement, c'est imposer des attitudes, des paroles, des gestes à connotation sexuelle malgré l'absence de consentement de la personne, et ce, en utilisant le chantage, l'intimidation, la manipulation, la menace, les priviléges, les récompenses, la violence verbale, physique ou psychologique (RQCALACS, 2020).

Cette définition s'applique, peu importe l'âge, le sexe, la culture, la religion et l'orientation sexuelle de la personne victime ou de l'agresseur, peu importe le type de geste à caractère sexuel posé et le lieu ou le milieu de vie dans lequel il a été fait, et, quelle que soit la nature du lien existant entre la personne victime et l'agresseur.

La principale différence entre les définitions normatives et subjectives réside dans la perception de la victime d'avoir été agressée. Aussi, les partisans de la conceptualisation normative prétendent que les définitions basées sur les lois fournissent une estimation des ASE plus objective et valide en comparaison aux définitions subjectives (Brennan & Taylor-Butts, 2008). Ils suggèrent que cette approche est plus inclusive, par exemple en tenant compte de situations qui ne sont pas vues comme abusives par les victimes (Goldman & Padayachi, 2000). De plus, puisque les victimes d'ASE présentent fréquemment de faibles capacités d'intégration des représentations du soi et des autres (Bigras, Godbout, & Brière, 2015; Brière & Scott, 2014), il est plus difficile pour eux de percevoir et ainsi rapporter des ASE si la définition n'est pas balisée (Benbouriche & Parent, 2018). En contraste, d'autres auteurs affirment que comparativement aux définitions normatives, les définitions subjectives décrivent l'expérience d'ASE de façon plus fiable et représentative aux yeux des victimes (Dolezal & Carballo-Diéguez, 2002; Steever, Follette, & Naugle, 2001).

Considérant les divergences importantes quant aux définitions, davantage d'études semblent nécessaires afin de clarifier le type de définition à utiliser en recherche.

Prévalence des ASE

La diversité des définitions des ASE et les méthodologies de recherche utilisées au sein des études traitant des ASE entraînent une grande fluctuation quant à la mesure de la prévalence des ASE (Stoltenborgh et al., 2011; Yancey, Hansen, & Naufel, 2011). Hébert,

Tourigny, Cyr, Mcduff, et Joly (2009) ont mené une étude auprès de 804 Québécois afin d'établir la prévalence des ASE à l'aide d'un questionnaire portant sur l'expérience subjective des participants (p.ex. : *Avez-vous déjà subit des attouchements sexuels non désirés ou des rapports sexuels non désirés avant l'âge de 18 ans?*). Selon eux, ce serait environ un homme sur dix (9,7 %) et un peu plus d'une femme sur cinq (22,1 %), représentant ainsi plus de 15 % de la population, qui auraient vécu au moins une agression sexuelle avant d'atteindre l'âge de 18 ans.

Plus récemment, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ([ESCC], 2012), des données concernant les ASE vécues avant l'âge de 16 ans aux mains d'un adulte ont été recueillies auprès de 120 000 Québécois de 20 ans et plus. Les données montrent que 11,5 % de la population adulte québécoise a vécu au moins une situation d'ASE entre 0 et 15 ans selon une définition normative (p.ex. : *Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec une personne ayant 5 ans de plus que vous ?*). Ces résultats s'avèrent comparables à ceux retrouvés dans l'ensemble du Canada (10,4 %; Clément, Bernèche, Chamberland, & Fontaine, 2013). Selon le ministère de la Sécurité publique du Québec ([MSPQ], 2015), les victimes d'ASE représentaient près de la moitié de toutes les victimes d'agression sexuelle, soit 49,8 %.

À l'extérieur du Canada, Pereda, Guilera, Forns et Gamez-Benito (2009) ont réalisé une méta-analyse à partir de 65 articles scientifiques regroupant 63 échantillons de femmes et 37 échantillons d'hommes. Leurs résultats indiquent que le taux d'ASE est de

19,7 % pour les femmes et de 7,9 % pour les hommes (Pereda et al., 2009). Une seconde méta-analyse regroupant les résultats de 217 études publiées entre 1980 et 2008 portant aussi sur les ASE suggère des taux similaires soit de 18,0 % chez les femmes et de 7,6 % chez les hommes (Stoltenborgh et al., 2011). Ces deux méta-analyses tendent ainsi à montrer, sans faire la distinction quant au type de définition utilisée par chacune des études, qu'environ une fille sur cinq et près d'un garçon sur dix sont victimes d'ASE avant d'atteindre l'âge de la majorité à travers le monde.

L'utilisation d'une définition normative ou subjective mène à des écarts sur les taux rapportés dans la littérature. En effet, comparativement aux taux obtenus à l'aide de définitions normatives, les études utilisant une définition subjective des ASE montrent des taux inférieurs chez les mineurs selon un ratio de 1 :2 (Dolezal & Carballo-Dieguéz, 2002; Holmes, 2008; Rellini & Meston, 2007; Senn, Carey, & Coury-Doniger, 2011; Valentine & Pantalone, 2013) et allant parfois à des taux aussi élevés que 1 :6 (Silvern, Waelde, Baughan, Karyl, & Kaersvang, 2000; Stander, Olson, & Merrill, 2002). Ces résultats suggèrent que seulement 15 à 65 % des victimes d'ASE se référant à la définition normative se définissent comme des victimes selon une définition subjective (Dolezal & Carballo-Dieguéz, 2002; Rellini & Meston, 2007; Senn et al., 2011; Silvern et al., 2000; Valentine & Pantalone, 2013). De ce fait, les différentes définitions d'ASE peuvent mener à des prévalences différentes et même à des résultats contradictoires quant aux conséquences possibles. Des méta-analyses permettent de constater que la prévalence moyenne des ASE chez les jeunes femmes (18-20 %; Barth et al., 2013; Stoltenborgh et

al., 2011) provient en réalité d'études présentant des taux variant grandement, soit de 5 à 53 % (Murray et al., 2014). Devant cette importante variabilité, la pertinence d'utiliser à la fois une définition normative et subjective en recherche est justifiable puisque ceci permet de documenter le plus grand nombre d'évènements abusifs et ainsi d'être en mesure de mieux en repérer les conséquences négatives.

Finalement, la plupart des enquêtes de prévalence reposent sur des rapports rétrospectifs chez les adultes et peuvent être sujettes à un biais de rappel, tandis que les observations objectives des informateurs sont susceptibles d'être sous-déclarées en raison de la forte proportion d'ASE qui passe inaperçue. Dans le Rapport mondial 2002 de l'OMS, l'ampleur d'ASE chez les mineurs est comparée à un iceberg, dans lequel seule la plus petite partie est signalée aux autorités, une partie plus importante mais encore incomplète est signalée dans les enquêtes, et une majorité de situations reste non déclarée en raison de la honte, de la peur ou d'autres facteurs (Krug, 2002). Ainsi, malgré des études de prévalence ayant une méthodologie rigoureuse (Hébert et al., 2009; MSPQ, 2015; Pereda et al., 2009), il demeure difficile d'estimer avec justesse le nombre réel de victimes d'ASE ainsi que la fluctuation de cette problématique dans le temps, puisqu'il existe une différence importante entre le nombre d'ASE commises et le nombre de victimes qui les dévoilent (Hébert et al., 2019; MacMillan, Jamieson, & Walsh, 2003).

Dévoilement

Les expériences d'ASE demeurent majoritairement non dévoilées (McElvaney, Moore, O'Reilly, Turner, Walsh, & Guerin, 2020). Au Québec, l'incidence des ASE chez les mineurs est calculée en considérant uniquement les cas dénoncés et jugés fondés par la Direction de la protection de la jeunesse. Cette méthode permettrait de recenser au plus 20 % des cas réels d'ASE (Hébert et al., 2019). Selon Stoltenborgh et al. (2011), le nombre de victimes d'ASE serait plus de 30 fois supérieur dans les études auto-rapportées par rapport aux données observées par les services de la protection de la jeunesse et par la police. De surcroit, une étude menée au Canada auprès d'adolescents et d'adultes a montré que seulement 8 % des cas d'ASE envers des mineurs avaient été rapportés aux services de protection de la jeunesse (MacMillan et al., 2003). Il est aussi estimé que, dans l'ensemble, au Canada, un seul incident sur dix est signalé à la police (Brennan & Taylor-Butts, 2008).

Paine et Hansen (2002) révèlent dans une revue de la littérature de nombreux facteurs qui empêchent la divulgation des ASE vécues. Effectivement, les individus qui ont vécu une ASE sont parfois manipulés pour se sentir coupables ou responsables de l'expérience vécue. Ils peuvent aussi craindre que la divulgation ne soit pas crue ou qu'elle affecte négativement leur propre bien-être, celui de leur entourage ou l'agresseur lui-même.

L'enquête québécoise réalisée par Hébert et ses collaborateurs (2009) révèle que près d'une femme sur six (15,7 %) n'aurait jamais dévoilé l'ASE vécue. De plus, les enfants

qui ont vécu une agression sexuelle par un membre de la famille immédiate ou élargie seraient moins portés à dénoncer l'auteur de leur agression que les enfants agressés sexuellement par un inconnu (Hébert et al., 2009). Cela s'explique entre autres par le fait que les enfants qui connaissent l'auteur de leur agression sexuelle peuvent se trouver dans un conflit de loyauté, avoir peur de ne pas être crus ou anticiper toutes sortes de conséquences pouvant survenir à la suite de la dénonciation du membre de sa famille immédiate ou élargie (London, Bruck, Wright, & Ceci, 2008).

Le dévoilement est un enjeu central des ASE, car il permet bien souvent aux victimes d'obtenir de l'aide. En effet, il est à la source de plusieurs bienfaits sur le plan psychologique et constitue un moyen privilégié pour les victimes d'obtenir un accès à des ressources d'aide adaptées (Schaeffer, Leventhal, & Asnes, 2011). Le dévoilement contribuerait entre autres à prévenir certains symptômes post-traumatiques (Briere & Runtz, 1987; Ullman & Filipas, 2005) de même qu'à réduire considérablement l'anxiété liée aux évènements (Wagenmans, Van Minnen, Sleijpen, & De Jongh, 2018). Le dévoilement constitue également un moyen privilégié afin d'obtenir du soutien social, qui serait un facteur de protection pour la santé mentale des victimes d'ASE (Jonzon & Lindblad, 2006; Khan, Hirsch, Wambold, & Mellins, 2018).

Répercussions des ASE

Les études tendent à montrer que les conséquences des ASE dépendent de plusieurs facteurs tels la nature et la sévérité de l'ASE, le lien avec l'agresseur et la qualité du

soutien familial (Godbout, Brière, Lussier, & Sabourin, 2014; Liang, Williams, & Siegel, 2006; Watson & Halford, 2010). De plus, des auteurs d'études transversales ainsi que des rares études longitudinales portant sur les conséquences des ASE recensent un vaste éventail de répercussions à court et à long terme sur la santé physique, psychologique, relationnelle et sexuelle des victimes (Dube et al., 2005; Fergusson, McLeod, & Horwood, 2013; Latzman & Latzman, 2015; Trickett, Noll, & Putnam, 2011). Le tableau clinique observé en situation d'ASE est plutôt hétérogène, allant d'une sévérité polysymptomatique à l'absence de symptômes. De plus, on constate que l'association entre les ASE et les conséquences à long terme persiste même après avoir pris en compte d'autres facteurs défavorables pendant l'enfance tels que la violence physique, l'attachement problématique parent-enfant et les antécédents parentaux de consommation de drogues illicites (Maniglio, 2009).

Troubles de santé mentale. Des chercheurs concluent que les ASE sont un facteur de risque non spécifique pour bon nombre de troubles psychologiques, y compris la dépression, les troubles anxieux et le trouble de stress post-traumatique. (Guerra, Pereda, Guilera, & Abad, 2016; Hébert, Lavoie, Vitaro, McDuff, & Tremblay, 2008; Mathews & Collin-Vézina, 2019; Van der Kolk, 2017).

Dépression et anxiété. Il a été montré que les ASE sont un facteur de risque important, bien que généraux et non spécifiques, de troubles anxieux et dépressifs quel que soit le sexe de la victime et la gravité de l'agression (Maniglio, 2013). Des méta-analyses portant

sur l'association entre la dépression et les agressions sexuelles ont montré que les expériences d'ASE étaient liées à une apparition plus précoce de la dépression chez les patients adultes (Li, Chu, & Lai, 2020; Lindert et al., 2014). Il a aussi été montré que d'avoir vécu une ASE était lié significativement à un risque de dépression et d'anxiété au cours de la vie (Chen et al., 2010; Li et al., 2020; Lindert et al., 2014).

État de stress post-traumatique. L'état de stress post-traumatique (ESPT) apparaît comme l'une des constellations de symptômes les plus fréquemment rapportées par les personnes ayant vécu une agression sexuelle (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Les critères diagnostiques de l'ESPT sont définis par les symptômes d'intrusion, d'évitement des stimuli liés au traumatisme et d'hypervigilance. Une revue des études publiées entre 2000 et 2011 sur l'ESPT à l'adolescence a révélé que 57 % des adolescents ayant subi une ASE souffraient de l'ESPT (Nooner et al., 2012). Cutajar et ses collaborateurs (2010) ont quant à eux mené une étude portant sur une cohorte de victimes d'ASE suivie sur une période de plus de 40 ans qui a montré que les femmes ayant subi une ASE avaient sept fois plus de risque d'avoir eu un diagnostic d'ESPT que les femmes d'une population contrôle (Cutajar et al., 2010). Aussi, selon Hébert, Lavoie et Blais (2014) les facteurs liés aux ASE subies peuvent influencer la présence et l'intensité des symptômes de l'ESPT. En effet, les caractéristiques de l'événement traumatisant (durée, gravité et relation avec l'agresseur) semblent jouer un rôle dans l'intensité des symptômes de l'ESPT (Molnar, Buka, & Kessler, 2001). En somme, l'ASE qui est chronique, très grave (avec pénétration

par exemple) ou impliquant l'usage de la force est liée à des symptômes de l'ESPT plus importants (Boney-McCoy & Finkelhor, 1995; Hébert et al., 2014).

Symptômes psychologiques et processus psychologiques. Au-delà des diagnostics comme la dépression, l'anxiété et l'ESPT, le fait de vivre une ASE est associé à des symptômes psychologiques et affecterait les processus psychologiques des victimes (Berthelot, Godbout, Hébert, Goulet, & Bergeron, 2014; Felitti et al., 2019; Godbout et al., 2014; Maniglio, 2009). Parmi les conséquences d'une ASE documentées dans la littérature, on retrouve notamment la détresse psychologique (Beitchman et al., 1992; Felitti et al., 2019). Molnar et al. (2001) ajoutent l'incapacité à faire face aux événements stressants et aux défis interpersonnels ou émotifs comme répercussions possibles. Aussi, selon Mathews et Collin-Vézina (2019), une ASE est un important facteur de risque des difficultés d'adaptation à l'âge adulte. En effet, des antécédents d'ASE accompagnés de détresse psychologique concomitante sont entre autres associés à un nombre de visites à l'urgence significativement plus élevé (Arnow et al., 1999). Des études longitudinales révèlent une association entre une ASE et les tentatives de suicide et les suicides complétés, mais montrent des niveaux élevés d'hétérogénéité dans l'ampleur de l'association (Bergen, Martin, Richardson, Allison, & Roeger, 2003; Devries et al., 2014; Oates, 2004). En effet, une conséquence associée au traumatisme des ASE est l'augmentation des idéations (idées, menaces, plans) ou comportements (automutilation, tentative) suicidaires (Beautrais, 2000). Les premières données (Beitchman et al., 1992) ne soutenaient pas pleinement un lien entre la suicidalité et les ASE en l'absence de force

ou de menace d'utilisation de la force. Toutefois, une méta-analyse plus récente confirme l'association entre toutes les formes d'ASE et les conséquences négatives à court et à long terme, y compris l'augmentation de la suicidalité (Paolucci et al., 2001).

De plus, une ASE peut occasionner des conséquences considérables sur certains processus développementaux tels que la régulation des émotions et les stratégies d'adaptation (Guerra et al., 2016; Van der Kolk, 2017). Ces effets contribueraient eux-mêmes au maintien à long terme des conséquences d'une ASE (Beitchman et al. 1992; Felitti et al., 2019; Mathews & Collin-Vézina, 2019). Des études ont montré que l'évitement chronique d'expériences internes désagréables (p. ex., pensées, émotions, souvenirs) est l'un des moyens inadaptés de régulation émotionnelle souvent adoptés par les femmes ayant des antécédents d'ASE (Rosenthal, Hall, Palm, Batten, & Follette, 2005). D'autres études ont montré que chez une population de femmes ayant subi une ASE, les déficits dans la régulation émotionnelle sont un facteur déterminant dans l'augmentation de psychopathologie à l'âge adulte (Amado, Arce, & Herraiz, 2015; Thomas, DiLillo, Walsh, & Polusny, 2011). Hébert, Langevin et Oussaïd (2018) ont comparé les capacités de régulation des émotions des enfants qui ont vécu une ASE à ceux qui n'en avaient pas vécu. Ils ont constaté que les déficits de régulation observés chez les victimes perduraient dans le temps (Hébert et al., 2018).

D'autre part, les résultats d'une étude longitudinale menée par Trickett et al. (2011) auprès de 166 jeunes adolescentes suivies pendant plus d'une dizaine d'années montrent

que, dans certains cas, les répercussions d'une ASE émergent au fil du temps par l'entremise de comportements inadaptés tels des comportements alimentaires problématiques. En effet, la sphère des comportements alimentaires est particulièrement sensible aux ASE (Thompson & Wonderlich, 2004).

Troubles des conduites alimentaires

Même si les ASE ne sont ni nécessaires ni suffisantes dans le développement d'un trouble des conduites alimentaires (TCA), des études de nature rétrospective menées auprès de victimes d'ASE et de personnes présentant un TCA ont montré que le fait d'avoir été victime d'une ASE, quelle que soit sa sévérité, est lié aux TCA (Collin-Vézina & Hébert, 2012). D'autres études sur le sujet indiquent que l'on retrouve une histoire d'ASE dans 30 à 50 % des cas de trouble des comportements alimentaires (Caslini et al., 2016; Smolak & Levine, 2018; Smolak & Murnen, 2002).

Définition

Les TCA sont un ensemble complexe et hétérogène de conditions caractérisées par une combinaison de symptômes physiques et psychologiques liés à l'alimentation et à l'image du corps (Wildes & Marcus, 2013). Les perturbations graves du comportement alimentaire apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et affectent dix fois plus souvent les femmes que les hommes (American Psychiatric Association, 2013). Les TCA sont caractérisés par des cognitions telles que des préoccupations marquées pour la nourriture, le poids et l'image corporelle. D'autre part,

des comportements tels que suivre un régime, jeûner et faire de l'exercice excessif dans une quête incessante de la minceur font souvent partie du portrait clinique (Bulik et al., 2009; Hoek & Hoeken, 2003; Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Les TCA regroupent l'anorexie mentale, la boulimie ainsi que l'accès hyperphagique.

Troubles restrictifs et désinhibés. Les TCA peuvent être catégorisés en deux groupes distincts, soit les troubles restrictifs et les troubles désinhibés (Jackson, Weiss, Lunquist, & Soderlind, 2005). Les personnes qui présentent un TCA restrictif limitent volontairement leur prise alimentaire. L'alimentation de ces personnes est empreinte de préoccupations souvent intenses qui visent l'obtention ou le maintien d'une silhouette fine. Les diagnostics associés à ces préoccupations regroupent l'anorexie mentale et les troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments qui restreignent les apports caloriques.

Quant à eux, les TCA de type désinhibé sont caractérisés par une vulnérabilité à la surconsommation alimentaire et sont associés à une perte de contrôle de la prise alimentaire (Glenn, 2012). Les principaux diagnostics de ce type de TCA sont la boulimie, l'accès hyperphagique ainsi les troubles de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments qui comportent des épisodes de frénésie alimentaire.

Anorexie mentale. L'anorexie mentale est une condition dans laquelle les personnes développent des préoccupations extrêmes concernant le poids et la forme corporelle,

accompagnées d'une perte de poids obtenue soit en limitant l'apport calorique, soit par des méthodes de compensation extrêmes (par exemple, vomissements, prise de laxatifs ou diurétiques), et par des efforts pour maintenir un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à la norme établie. Elle est associée à une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou à des comportements persistants interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas. L'anorexie mentale est aussi caractérisée par une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps ainsi que par une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi (American Psychiatric Association, 2013). Dans les pays industrialisés, selon le DSM-5, la prévalence sur 12 mois de l'anorexie mentale chez les jeunes femmes se situe entre 0,5 et 1 % (American Psychiatric Association, 2013).

Boulimie. Tout comme les personnes atteintes d'anorexie mentale, les personnes atteintes de boulimie manifestent des inquiétudes excessives quant au poids et à la forme, accordant à leur image corporelle une importance abusive. Des crises de suralimentation récurrentes suivies de comportements compensatoires pour contrer l'apport calorique sont également des caractéristiques déterminantes de la boulimie. Les crises de suralimentation sont généralement caractérisées par une absorption, en une période de temps limitée (p. ex., moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire ainsi que par un sentiment d'une perte de contrôle (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger). Les crises de suralimentation sont suivies de comportements compensatoires inappropriés

nels que des vomissements provoqués, une utilisation inappropriée de médicaments (laxatifs, diurétiques, lavements, pilules amaigrissantes), le jeûne ou l'exercice excessif visent à prévenir la prise de poids (American Psychiatric Association, 2013). Dans les pays industrialisés, selon le DSM-5, la prévalence sur 12 mois de la boulimie est de 1 à 3 % (American Psychiatric Association, 2013).

Accès hyperphagique. L'accès hyperphagique est défini par des épisodes récurrents de consommation de quantités de nourriture significativement supérieures à ce que la plupart des gens consommeraient dans des circonstances similaires, avec des épisodes marqués par un sentiment de manque de contrôle. La personne présentant un accès hyperphagique se livre à des crises de suralimentation, définies de la même manière que pour la boulimie, en l'absence de comportements compensatoires. Au cours des crises de suralimentation, la personne mange plus rapidement que d'habitude, jusqu'à ce qu'elle soit mal à l'aise, lorsqu'elle n'a pas faim physiquement, qu'elle éprouve des sentiments de culpabilité ou de gêne qui conduisent souvent à manger en secret (American Psychiatric Association, 2013). La prévalence chez les hommes et les femmes serait, selon le DSM-5, de 1,6 % et 0,8 % respectivement (American Psychiatric Association, 2013).

Complications des TCA

Les TCA, qui suivent une évolution chronique dans une proportion importante de cas, ont de graves conséquences sur la santé physique, psychologique et sociale. En effet, les TCA s'accompagnent de multiples complications médicales ainsi que de divers impacts

psychologiques et sociaux. Ces complications sont d'ailleurs associées à d'importants coûts pour la société (Agence de la santé publique du Canada, 2002; American Psychological Association, 2000; Bulik et al., 2005; Hudson et al., 2007; Simon, Schmidt, & Pilling, 2005). Bien que la littérature sur le coût réel des TCA soit peu abondante, les données disponibles suggèrent que les personnes souffrant d'un TCA ont des taux d'utilisation des services de santé particulièrement élevés. Il en résulte des coûts de soins de santé élevés équivalents voire supérieurs, pour une personne, à celui de la schizophrénie (Streatfeild, et al., 2021).

Complications physiques. Les personnes qui souffrent d'un TCA sont parmi celles qui nécessitent le plus de soins des services de santé, notamment en raison de la chronicité du trouble (Steinhausen, Boyadjieva, Grigoriu-Serbanescu, & Neumärker, 2003). En effet, les comportements restrictifs en lien avec les TCA sont associés à un grand nombre de problèmes médicaux : p. ex., rythme cardiaque irrégulier, insuffisance rénale, perte de masse musculaire, diminution permanente de la masse osseuse, infertilité, anémie et malnutrition (Agras, 2001; Himmerich, Kan, Au, & Treasure, 2020). Les comportements purgatifs peuvent eux aussi être associés à des problèmes physiques comme la destruction des dents, rupture de l'œsophage, troubles cardiaques, dysfonctions rénales, etc. (Moazzez & Austin, 2018). Outre ce nombre important de problèmes associés à la restriction alimentaire et aux comportements purgatifs, on rapporte un taux de mortalité de 10 % chez les femmes souffrant d'anorexie mentale (Rome & Ammerman, 2003).

Complications psychologiques. Aussi importantes que soient les conséquences médicales d'un TCA, la souffrance psychologique ne doit pas être négligée. Bien que la personne qui développe un TCA commence souvent par un régime en pensant que la perte de poids entraînera une amélioration de l'estime de soi, de la confiance en soi et du bonheur, la réalité est que la sous-alimentation persistante, les frénésies alimentaires et les purges ont souvent l'effet inverse (Mora, Rojo, Banzo, & Quintero, 2017). Les personnes souffrant d'un TCA sont généralement aux prises avec plusieurs complications psychologiques comme l'anxiété, la culpabilité et la honte, les pensées et préoccupations obsessionnelles, les comportements compulsifs, etc. (Hilbert Petroff et al., 2019).

Complications sociales. Les TCA ont de nombreuses répercussions sur le plan social pour la personne qui présente le trouble. Des études ont montré que la présence d'un TCA est associée à une augmentation des conflits conjugaux et familiaux, de l'absentéisme au travail et à l'école, une dissolution du réseau social et un isolement social (Keel & Forney, 2013; Rieger et al., 2010). De plus, les TCA entraînent de la souffrance non seulement chez les personnes qui présentent le trouble, mais aussi chez leurs familles, amis et partenaires amoureux (Jewell, Blessitt, Stewart, Simic, & Eisler, 2016). Les symptômes alimentaires de nature égosyntones (permettent d'atteindre un idéal, le sentiment d'être meilleure et d'assurer un équilibre) amènent les personnes présentant un TCA à nier leurs symptômes; elles sont ainsi moins intéressés à abandonner leurs comportements alimentaires problématiques (Gregertsen, Mandy, & Serpell, 2017). De ce fait, les membres de la famille sont souvent aux prises avec la culpabilité, de l'inquiétude, de

l'anxiété et de la frustration face aux refus de changer de la personne atteinte (Aspen, Darcy, & Lock, 2014). De plus, les amitiés et les relations amoureuses peuvent être mises à mal puisque la personne atteinte du TCA peut devenir renfermée et irritable (Jewell et al., 2016).

Étiologie des TCA

Plusieurs facteurs sont mis de l'avant pour expliquer le développement et le maintien des TCA, qu'ils soient du type restrictif ou désinhibé, tant sur le plan biologique que sur les plans psychologique et social.

Facteurs biologiques. Sur le plan biologique, des études portant sur les jumeaux se sont spécifiquement attardées aux facteurs génétiques, isolant ceux-ci des facteurs environnementaux. Selon certaines études, les risques de développer un TCA sont plus élevés lorsqu'un membre de la famille en souffre également. En fait, l'héritabilité serait de l'ordre d'environ 56 % à 76 % pour les patientes anorexiques et de 50 % à 83 % pour les patientes boulimiques (Agence de la santé publique du Canada, 2002; Mitchell & Bulik, 2006; Striegel-Moore & Bulik, 2007). D'autres études auprès de jumeaux ont rapporté une héritabilité substantielle de l'accès hyperphagique (Bulik et al., 1998; Bulik, Sullivan, & Kendler, 2003). Une étude basée sur une population de jumeaux norvégiens âgés de 18 à 31 ans a rapporté une héritabilité de l'ordre de 57 % des comportements de frénésie alimentaire sans comportements compensatoires (Javaras et al., 2008). Certains auteurs suggèrent l'existence de combinaisons de certains gènes qui auraient une

incidence dans l'apparition de ces troubles. À cet effet, des gènes influençant l'humeur et l'appétit, notamment dans les systèmes sérotoninergique et dopaminergique, apparaîtraient comme centraux dans l'étiologie des TCA (Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Facteurs sociaux. Le contexte socioculturel (pression sociale, idéaux de beauté), le contexte familial et interpersonnel (antécédents familiaux, influence des pairs) et les événements de vie traumatisants (intimidation, deuils) jouent également un rôle dans le développement des TCA (Keel & Forney, 2013; Stiegel-Moore & Cachelin, 2001). Les modèles socioculturels des TCA ont mis l'accent sur les idéaux de beauté féminine et l'objectivation du corps des femmes en tant que facteurs de risque spécifiques de développement d'un TCA (Rohde et al., 2015). De plus, on dénote que des expériences d'abus, d'adversité et des traumatismes affectant la perception corporelle sont susceptibles de précipiter le développement d'un TCA (Agence de la santé publique du Canada, 2002; Garner, 2004; Palmer, 2008).

Facteurs psychologiques. Des études longitudinales identifient également des facteurs psychologiques susceptibles d'être des prédicteurs de comportements alimentaires problématiques. On dénote, entre autres, une faible estime de soi, un sentiment d'inefficacité, une rigidité cognitive et une tendance à se méfier des autres (Bulik et al., 2005; Mitchell & Bulik, 2006; Palmer, 2008). De plus, puisque le poids contribue à définir la valeur et l'identité des femmes (Vinette, 2001) l'insatisfaction face à son image corporelle est vue comme le principal facteur psychologique en mesure de

prédir la présence de comportements alimentaires problématiques (Palmer, 2008). D'autre part, Gabbard (2000) explique qu'une faible estime de soi peut occasionner un besoin de contrôle chez les personnes présentant un TCA. qu'elles peuvent exprimer par des comportements alimentaires problématiques. Ainsi, le contrôle sur le corps et sur la nourriture permet de pallier artificiellement le sentiment d'inefficacité. Gabbard (2000) ajoute que l'entretien de fausses perceptions face à sa propre image corporelle et le recours à des rituels obsessionnels-compulsifs sont aussi reliés au développement des TCA. D'autre part, l'étude d'Ivanoff (2018) a montré que le fait de vivre un grand nombre d'expériences négatives pendant l'enfance est associé à des difficultés quant à manger pour satisfaire des besoins physiques. Or, ces résultats suggèrent que plus les jeunes ont vécu des situations défavorables pendant l'enfance, plus ils mangent en fonction de leurs émotions et moins ils se basent sur des signaux internes de faim et de satiété pour moduler leur prise alimentaire (Tylka & Kroon van Diest, 2013). Finalement, des études montrent que les femmes qui souffrent d'un TCA rapportent des taux importants d'ASE (Hepp, Spindler, Schnyder, Kraemer, & Milos, 2007).

Lien entre ASE et TCA

Afin de mieux comprendre le lien entre les ASE et les TCA, l'insatisfaction corporelle et la régulation émotionnelle sont étudiés. En plus d'être des facteurs prédisposants pour la psychopathologie en général, certains auteurs ont montré que ces deux mécanismes sont associés aux ASE et aux TCA (Caslini et al., 2016; Preti et al., 2006; Smolak & Murnen, 2002). En effet, Muehlenkamp, Peat, Claes et Smits (2012) ont montré que la présence de

hauts niveaux de difficultés de régulation émotionnelle et d'insatisfaction corporelle chez les femmes qui ont vécu une ASE a pour effet d'aggraver la détresse psychologique, augmentant aussi la probabilité que les individus s'engagent dans des comportements alimentaires problématiques.

Certaines hypothèses attribuent le lien entre les ASE et les TCA à la vision négative qu'entretiennent les personnes ayant vécu une ASE à propos de leur corps (Hodge & Bryant, 2019; Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley, & Fairburn, 2002). Une ASE pourrait, entre autres, altérer l'image corporelle des victimes (Caslini et al. 2016; Chen et al., 2010). En effet, les femmes qui ont vécu une ASE rapportent généralement plus d'insatisfaction corporelle que le reste de la population (Kearney-Cooke & Ackard, 2000; Preti et al., 2006). Dyer et ses collaborateurs (2013) rapportent que les femmes ayant vécu une ASE ont aussi une image corporelle plus négative que les femmes n'ayant pas vécu d'ASE. Toujours selon Dyer et ses collaborateurs (2013), les femmes qui ont vécu une ASE ont une attitude plus négative envers leur sexualité, des difficultés à permettre le contact physique, utilisent moins leur corps pour améliorer leur confiance en eux et ont également déclaré être moins satisfaites de leur corps (Dyer et al., 2013).

Par ailleurs, d'autres chercheurs voient les TCA comme une tentative de gestion des émotions intenses qui suivent une ASE (Collin-Vézina & Hébert, 2012; Dansky et al., 1997; Smolak & Murnen, 2002). Les difficultés de régulation des émotions sont également

des conséquences courantes des ASE et sont associées à d'autres problèmes psychologiques (Ehring & Quack, 2010).

L'insatisfaction corporelle

L'image corporelle est généralement définie comme la représentation mentale d'un individu par rapport à son corps (Grogan, 2016; Tylka & Wood-Barcalow, 2015). L'insatisfaction corporelle quant à elle réfère à une évaluation négative que la personne fait de son apparence physique (Stice & Shaw, 2004). Cette insatisfaction est opérationnalisée de deux manières, soit en considérant l'écart existant entre le corps idéal et le corps réel, soit en relevant les pensées et les émotions négatives qu'entretient la personne à propos de son image corporelle (Grogan, 2016; Ogden, 2010; Prety et al., 2006). La plupart des chercheurs s'intéressant à l'image corporelle conceptualisent l'insatisfaction à cet égard comme étant la mesure la plus importante de la détresse liée à l'image du corps (Furnham, Badmin, & Sneade, 2002).

Plus précisément, des études longitudinales ont montré que lorsqu'une agression sexuelle survient pendant l'enfance, les effets en termes de troubles de l'image corporelle sont particulièrement sévères. Les femmes ayant des antécédents d'ASE rapportent une très forte insatisfaction corporelle après les évènements, avec la présence d'une forme de dégoût pour leur corps qui peut s'ajouter à des préoccupations concernant la forme, la taille et le poids du corps (Fergusson et al., 2013; Irish, Kobayashi, & Delahanty, 2010).

La perturbation de l'image corporelle est une dimension psychologique clé chez les femmes présentant un TCA, qui participe autant à l'apparition et au maintien de TCA (Farrell, Shafran, & Lee, 2006). De telles préoccupations sont liées à l'apparition de comportements alimentaires pathologiques chez des adolescentes de la population générale (Ferreira, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013; Preti et al., 2006) et elles sont considérées comme l'un des facteurs de risque les plus robustes pour en prédire l'apparition (Stice & Shaw, 2004). Les problèmes reliés à l'image corporelle font partie intégrante de la définition des différents types de TCA. De plus, une méta-analyse de Moelbert et ses collaborateurs (2017) indique que des adolescentes et des femmes adultes ayant un TCA présentent une insatisfaction plus marquée à l'égard de leur image corporelle, comparativement à des adolescentes et des femmes du même âge ne présentant pas de TCA. Cette insatisfaction plus marquée chez les femmes souffrant d'un TCA tend à persister à travers le temps. Il a été démontré que bien que l'insatisfaction que les personnes avec un TCA éprouvent envers leur image corporelle diminue de l'adolescence à l'âge adulte, elle demeure toujours plus élevée que celle observée chez des femmes du même âge ne présentant pas de TCA (Striegel-Moore et al., 2002). Aussi, il a été montré que les femmes adultes présentant un TCA avaient davantage tendance à surestimer leur poids, c'est-à-dire à se percevoir comme étant plus grosses qu'elles ne le sont en réalité comparativement aux femmes sans TCA (Groesz, Levine, & Murnen, 2002). De leur côté, Karazsia, Murnen, et Tylka, (2017) ont démontré que les femmes adultes présentant un TCA tendent à ne pas se sentir bien lorsque leur poids se situe dans les normes attendues. Ces résultats corroborent ceux de Garner (2004) qui stipule que des patientes atteintes

d'anorexie mentale sont satisfaites de leur poids lorsque celui-ci se situe bien en dessous des normes. Ces divers travaux soulignent que l'insatisfaction corporelle chez des femmes présentant un TCA est significativement plus grande que celle des femmes issues de la population générale.

La survenue d'une ASE a pour effet d'interférer avec le processus dynamique de développement de l'image corporelle en violant les limites du corps de la victime (Tolosa-Sola et al., 2019). Une image corporelle cohérente et positive se développe dans un processus interpersonnel impliquant une rétroaction positive des pairs qui est inconciliable avec la survenue d'une ASE (Cash & Fleming, 2002; Sack, Boroske-Leiner & Lahmann, 2010).

Les ASE peuvent également compromettre le développement émotionnel des victimes, ce qui entraîne une vulnérabilité accrue aux difficultés de régulation des émotions.

Régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle implique de discerner les émotions, de sélectionner les réactions à cette émotion, et de mettre en œuvre des stratégies pour réguler cette réaction (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2015). Les stratégies communes pour réguler les émotions comprennent la suppression, la tendance à essayer d'ignorer les réponses émotionnelles,

et la réévaluation émotionnelle, dans laquelle les individus recadrent la signification d'un stimulus émotionnel ou changent leurs schémas de pensée (Gross & John, 2003).

D'autre part, des auteurs proposent que la régulation des émotions joue un rôle clé dans le développement et le maintien de comportements alimentaires problématiques (Aldao, Gee, De Los Reyes, & Seager, 2016; Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Sloan et al., 2017). Bien qu'aucune étude ne soit parvenue à identifier les causes précises des problématiques alimentaires, les recherches mettent en évidence une perturbation marquée de la vie émotionnelle des individus ayant un TCA, soulignant des lacunes dans les capacités de régulation des émotions (Brockmeyer et al., 2012, 2014). Des auteurs décrivent les personnes souffrant d'un TCA comme ayant de la difficulté à différencier les sensations corporelles vécues des émotions ressenties (Merwin, Zucker, Lacy, & Elliott, 2010). Ce déficit est décrit comme l'absence de conscience intéroceptive (Couture, 2010). Par exemple, chez les patientes atteintes d'anorexie mentale, il est possible d'observer une confusion entre la faim et d'autres sensations et émotions, telles que la tension ou la colère (Brown et al., 2020). D'autre part, des chercheurs affirment que les personnes souffrant d'accès hyperphagique présentent des difficultés à exprimer des sentiments d'hostilité et de colère, à régler des situations conflictuelles et à supporter des émotions intenses (Dingemans, Danner, & Parks, 2017). La perception de la douleur des personnes souffrant d'accès hyperphagique pourrait également être occultée grâce à la consommation d'aliments (Brown et al., 2020). Les émotions principalement en cause dans la production de comportements alimentaires désinhibés seraient la colère et la honte

(Dingemans et al., 2017). En somme, les comportements alimentaires de type restrictif sont associés à une diminution de la conscience émotionnelle, alors que les comportements alimentaires désinhibés sont quant à eux associés à une mauvaise régulation émotionnelle (Harrison et al., 2010; Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012). Plus l'incapacité à réguler les émotions est grande, plus les symptômes de TCA semblent sévères (Aldao et al., 2010; Dingemans et al., 2017; Harrison et al., 2010). Cette incapacité à réguler les émotions de manière adaptative constraint les personnes présentant un TCA à utiliser des stratégies de régulation des émotions auxquelles elles ont accès, menant à des comportements inefficaces, tels que les crises de boulimie ou d'autres comportements alimentaires problématiques, dans l'espoir d'atténuer leurs sentiments négatifs (Aldao et al., 2010). Ainsi, la nourriture peut être utilisée comme moyen de régulation émotionnelle par des personnes qui présentent une incapacité à faire face à certaines émotions de manière appropriée. Dans les dernières années, des chercheurs ont montré que l'intolérance aux émotions était un facteur prédisposant lié aux TCA (Baer, Fischer, & Huss, 2005; Barnes & Tantleff-Dunn, 2010; Hayaki, 2009; Kong, & Bernstein, 2009; Merwin et al., 2010; Rawal et al., 2010; Speranza, Loas, Wallier, & Corcos, 2007; Wildes, Ringham, & Marcus, 2010). Collin-Vézina et Hébert (2012) avancent également que les individus qui ont tendance à se couper de leurs émotions douloureuses tendent à s'engager dans des comportements impulsifs, comme les crises de suralimentation. En effet, les crises de suralimentation peuvent être utilisées comme moyen de régulation émotionnelle (Garner, 2004). De plus, dans ses recherches sur la régulation émotionnelle, Barlow (2004) montre que lorsque nous éprouvons des émotions désagréables comme la

honte, l'anxiété ou encore la culpabilité, deux types d'attitudes peuvent être adoptés. Le premier consiste à considérer ces émotions comme tolérables. Dans ce cas, l'humeur a tendance à se réguler naturellement. Le second type d'attitudes consiste à juger ces émotions comme intolérables et inacceptables. La personne en souffrance mettra alors en place des comportements visant à contrôler ses affects ou à éviter de les ressentir. Ces stratégies de lutte peuvent apporter un soulagement à court terme; cependant, au long cours, elles amplifient l'inconfort émotionnel. La restriction et la désinhibition alimentaires font partie de ce type de stratégies. Chez ces personnes ayant de la difficulté à exprimer et gérer les émotions vécues, le stress et les émotions désagréables apparaissent donc souvent comme de puissants perturbateurs du comportement alimentaire. De ce fait, l'alimentation s'éloigne d'un modèle intuitif et devient plutôt un moyen de gestion émotionnelle (Brockmeyer et al., 2014; Svaldi et al., 2012).

Des études indiquent que les enfants victimes d'ASE sont plus à risque de présenter des difficultés de régulation émotionnelle que les individus qui n'ont jamais vécu une ASE (Amédée, Tremblay-Perreault, Hébert, & Cyr, 2019; Langevin et al., 2016; Shipman et al., 2000). Plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait que de subir une ASE nuit au bon développement des capacités de régulation émotionnelle des enfants, et que les effets sont encore perceptibles chez les victimes lorsqu'elles atteignent l'âge adulte (Chang, Kaczkurkin, McLean, & Foa, 2017; Ehring & Quack, 2010; John, Cisler & Sigel, 2017). Pour apprendre à bien se réguler, un enfant a besoin d'un environnement stable et sécuritaire, qui lui permet de vivre des expériences personnelles et interpersonnelles

positives (Briere & Rickards, 2007). Cet apprentissage est cependant compromis avec la survenue d'un événement traumatisant telle qu'une ASE. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que des femmes ayant vécu une ASE aient de moins bonnes habiletés de régulation émotionnelle à l'âge adulte que des femmes sans un tel historique (John, et al., 2017).

Objectifs

Compte tenu de la forte prévalence des ASE et de l'association à long terme avec les comportements alimentaires problématiques décrits dans la littérature, il semble essentiel de continuer à développer les connaissances sur le sujet afin de mieux cibler les interventions auprès des victimes d'ASE. Ainsi, l'objectif général de l'étude est d'approfondir la compréhension du lien entre ASE et les comportements alimentaires problématiques et adaptatifs, en accordant une attention particulière à l'insatisfaction corporelle et à la régulation émotionnelle. Le premier objectif spécifique est de comparer les femmes rapportant une ASE selon une définition objective et subjective aux femmes ne rapportant pas d'ASE (PNASE) en termes de comportements et symptômes alimentaires, d'insatisfaction corporelle et de capacités de régulation émotionnelle. En se basant sur les résultats précédents, l'hypothèse que les femmes rapportant une ASE présenteraient plus de comportements alimentaires problématiques et d'insatisfaction corporelle que les participantes PNASE est posée. De plus, il apparaît pertinent de s'intéresser à savoir si les antécédents d'ASE sont associés seulement au développement des comportements alimentaires problématiques ou également à la perturbation des

comportements alimentaires adaptatifs. Afin d'aborder davantage les interactions entre les ASE et les comportements alimentaires, le deuxième objectif spécifique est d'explorer s'il est possible de mettre en évidence des sous-groupes naturels dans la population, sur la base de l'histoire d'ASE (selon une définition objective et subjective) et des symptômes généraux de TCA. Cela a pour but de mieux comprendre pourquoi certaines femmes qui ont vécu une ASE développent des symptômes alimentaires alors que d'autres se montrent plus résilientes. D'un point de vue pratique, l'analyse de cluster permet de prélever un échantillon hétérogène de personnes et former des groupes relativement homogènes. De plus, l'analyse par grappes a le potentiel d'apporter une contribution à la recherche appliquée par l'identification de groupes qui pourraient, par exemple, le mieux bénéficier d'interventions ou de recherches plus poussées. De façon cohérente avec la littérature, il est attendu que l'analyse par Cluster permettra d'identifier quatre sous-types de femmes, un premier caractérisé par l'absence d'antécédents d'ASE et de comportements alimentaires problématiques, un second regroupant des femmes signalant une ASE et des comportements alimentaires problématiques, un troisième mettant en évidence un mélange d'ASE rapportée et d'absence de comportement alimentaire problématique et le dernier mettant en évidence un mélange d'absence d'antécédents d'ASE et de présence de comportements alimentaires problématiques.

Méthode

La présente section vise à décrire la méthode utilisée dans la présente étude. La première partie de la méthode brosse un portrait des participantes au projet de recherche. Le déroulement de l'étude est ensuite présenté. La troisième partie de la méthode introduit les instruments de mesure utilisés pour bien répondre aux questions de recherche. Les analyses statistiques sont finalement présentées.

Participants

Un échantillon de convenance de Québécoises âgées de plus de 14 ans a été recruté entre le mois d'avril et d'août 2018 pour participer à une étude en ligne sur le lien entre les ASE et les comportements alimentaires. Les participantes ont été recrutées sur une base volontaire par le biais de réseaux sociaux tels que Facebook et Twitter. Les participantes ont accédé à un lien qui les a conduites à une enquête anonyme sur un site web sécurisé, Qualtrics, où elles ont signé électroniquement un formulaire de consentement. Les participantes ont pris en moyenne 63 minutes ($\bar{ET} = 2,34$; Min = 32 minutes; Max = 98 minutes) pour compléter l'ensemble des questionnaires. Aucune compensation n'était prévue pour leur participation à l'étude, qui a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR. Un certificat numéroté CER-16-226-07.18 a été émis le 2 septembre 2016.

Sur les 133 participantes admissibles qui ont commencé l'enquête, 78 % ($n = 104$) ont fourni des données utilisables (c'est-à-dire qu'elles ont répondu aux questions sur l'ASE et à au moins un des trois questionnaires sur les comportements alimentaires). Toutes les participantes étaient des Québécoises âgées de 16 à 65 ans ($M = 34,44$, $ET = 11,56$). La plupart des répondantes (77,9 %, $n = 81$) se sont identifiées comme hétérosexuelles, 15 ont déclaré être bisexuelles (12,9 %), 5 ont déclaré être asexuelles (4,8 %) et 4 ont déclaré être pansexuelles (3,8 %). Au sein de cet échantillon, 44,2 % ($n = 46$) avaient un conjoint, 35,6 % ($n = 37$) étaient célibataires, 10,6 % ($n = 11$) étaient mariées et 9,6 % ($n = 10$) ont déclaré être divorcées ou séparées. La majorité des participantes (57,5 %, $n = 60$) ont affirmé être aux études à l'université, 38 ont affirmé avoir un emploi à temps plein (36,5 %) et 6 ont affirmé suivre une formation ailleurs qu'à l'université (5,7 %). Le revenu annuel variait considérablement d'une participante à l'autre : 51,9 % ($n = 54$) ont déclaré moins de 20 000 dollars canadiens par an, 18,3 % ($n = 19$) entre 20 000 et 39 999 dollars canadiens, 15,4 % ($n = 16$) entre 40 000 et 59 999 dollars canadiens et 13,4 % ($n = 14$) au-dessus de 60 000 dollars canadiens. Les participantes ont déclaré un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 16 et 70 ($M = 26,51$, $ET = 8,64$) ; la moitié de l'échantillon (50,0 %) avait un poids normal (IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²), 22,1 % ($n = 23$) étaient en surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m²), 23,1 % ($n = 24$) étaient obèses (IMC de 30 ou plus) et 4,8 % ($n = 5$) avaient un poids insuffisant (IMC de moins de 18,5), ce qui est comparable à la population générale (Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018).

Ainsi, dans le présent échantillon, 53,8 % ($n = 56$) des femmes ont rapporté une expérience sexuelle répondant aux critères actuels de l'ASE. Parmi ces 56 femmes, 67,9 % ($n = 38$) considèrent avoir vécu une ASE autant selon une définition normative que subjective, 21,4 % ($n = 12$) ont reconnu leur agression uniquement dans la définition normative et enfin, 10,7 % ($n = 6$) n'ont rapporté l'ASE qu'à la question subjective. L'âge moyen des participantes lorsque le premier incident abusif s'est produit était de 9,96 ans ($ET = 3,65$). Parmi les participantes qui ont rapporté avoir subi des ASE, les auteurs de l'ASE étaient les suivants : 26,8 % ($n = 15$) une figure parentale, 71,4 % ($n = 40$) une personne connue et 1,8 % ($n = 1$) un étranger. En ce qui concerne l'acte perpétré, les participantes ont surtout déclaré des caresses ou des attouchements sexuels (42,9 %, $n = 24$), tandis que 8,9 % ($n = 5$) ont déclaré des rapports sexuels oraux et 25 % ($n = 14$) des rapports sexuels avec pénétration. Enfin, la plupart des participantes ayant rapporté une ASE (76,8 %, $n = 43$) ont révélé l'acte à quelqu'un.

Mesures

Toutes les mesures étaient des questionnaires auto-rapportés administrés en ligne. Les participantes ont rempli un questionnaire sociodémographique comprenant des questions sur le sexe, l'âge, l'état civil, l'orientation sexuelle, l'éducation, la profession, le revenu annuel, la taille et le poids.

Agression sexuelle pendant l'enfance

Le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ, Bernstein & Fink, 1998) comprend 28 items et répertorie les différents types de traumatismes de l'enfance d'un point de vue objectif. Il convient aux adultes et aux adolescents de 12 ans et plus. Le CTQ fournit des informations sur cinq types d'abus : abus psychologique, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique. Le CTQ comprend également trois items relatifs à la minimisation et au déni. Le répondant inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert à 5 points correspondant à : « jamais vrai », « rarement vrai », « parfois vrai », « souvent vrai », « très souvent vrai ». Les items du CTQ reflètent les définitions communes de l'abus et de la négligence identifiées dans la littérature sur les traumatismes de l'enfance. Le CTQ démontre un haut niveau de fidélité et de validité (Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelman, 1997, Bernstein et al., 2003). La cohérence interne pour la sous-échelle Abus Sexuel dans l'échantillon actuel est de 0,89. La traduction française de l'instrument, utilisée pour ce projet, a été réalisée par une équipe de chercheurs québécois (Lacharité, Desaulniers, & St-Laurent, 2002). Le CTQ est interprété en termes de catégories binaires (non clinique vs clinique), afin de faciliter l'interprétation des résultats.

Pour évaluer l'occurrence de l'ASE subjective, une mesure à quatre items extraite de l'*Early Sexual Experiences* (Vaillancourt-Morel et al. 2016) évaluait si, lorsqu'ils étaient enfants (avant 16 ans), les participantes avaient eu une expérience sexuelle non désirée. Après avoir répondu aux questions fondées sur la loi et sur la gravité de l'ASE,

les participantes devaient répondre à la question suivante : « lorsque vous étiez enfant, c'est-à-dire avant l'âge de 16 ans (15 ans et moins), avez-vous eu un acte non désiré de nature sexuelle (alors que vous ne le vouliez pas) ? ». Les participantes qui ont répondu par l'affirmative à cette question ont été classées comme ayant subi une ASE d'un point de vue subjectif. On a demandé aux participantes de décrire leur expérience en leur posant trois questions complémentaires sur les caractéristiques de l'expérience sexuelle. Les questions de suivi concernaient l'âge de la participante au moment de la première agression, le ou les actes perpétrés (par exemple, pénétration complète, sexe oral, attouchements) et si elles l'ont révélée. Pour les participantes déclarant des ASC multiples, l'incident le plus intrusif a été codé (Vaillancourt-Morel et al. 2016).

Comportements alimentaires

L'évaluation des symptômes alimentaires problématiques et adaptatifs a été réalisée au moyen de deux instruments différents.

Comportements alimentaires problématiques. L'évaluation des symptômes liés aux comportements alimentaires a été réalisée au moyen du Questionnaire d'examen des troubles de l'alimentation (EDE-Q, Fairburn & Beglin, 2008). Il s'agit d'un questionnaire auto-administré comportant 28 items. Cet instrument, adapté de l'entretien semi-structuré du même nom, porte sur les 28 derniers jours. Il fournit une mesure distincte des caractéristiques comportementales et attitudinales de la psychopathologie liée aux troubles alimentaires, plus précisément la fréquence des comportements alimentaires ainsi

que l'intensité des préoccupations relatives au poids et à l'image corporelle. Il est divisé en quatre sous-échelles : « Restriction » qui mesure la limitation de l'apport calorique, « Préoccupations concernant la silhouette » qui évalue l'anxiété associée à l'image de soi, « Préoccupations concernant le poids » qui évalue l'anxiété associée au poids corporel et « Préoccupations concernant la nourriture » qui traite des préoccupations concernant les aliments ingérés. Les items sont notés sur une échelle de Likert en sept points allant de 0 (aucun) à 6 (chaque jour). Les scores de 4 et plus sont considérés comme cliniquement significatifs (Fairburn & Beglin, 2008). Cet instrument permet également d'évaluer la fréquence des comportements alimentaires au cours des 28 derniers jours, y compris les crises de boulimie objectives et subjectives. La version anglaise de l'instrument présente une excellente fiabilité test-retest (Fairburn & Beglin, 1994) et une validité de critère acceptable (Delinsky & Wilson, 2008; Mond, Hay, Rodgers, Owen, & Beumont, 2004). Les données préliminaires indiquent une bonne validité de convergence pour l'instrument (Berg, Peterson, Frazier, & Crow, 2012). La version traduite en français (Mobbs & Vander Linden, 2006) a été utilisée. La cohérence interne des items est bonne dans la présente étude (échelle « Préoccupations concernant la forme du corps », $\alpha = 0,84$; échelle « Préoccupations concernant le poids », $\alpha = 0,82$; « Préoccupations concernant la nourriture », $\alpha = 0,90$).

Comportements alimentaires adaptatifs. L'échelle d'alimentation intuitive (IES-2; Tylka & Kroon Van Diest, 2013) est utilisée pour mesurer les comportements alimentaires positifs caractérisés par une alimentation basée sur des signaux physiologiques de faim et

de satiété plutôt que sur des signaux situationnels et émotionnels et est associée au bien-être psychologique (Tylka, Calogero, & Danielsdottir, 2019). Les participantes répondent aux 23 items à partir d'une échelle de réponse de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Dans la présente étude, l'instrument présente une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,87$). L'alimentation intuitive est mesurée en considérant (a) la permission inconditionnelle de manger (6 items; par exemple : « Si je veux un aliment particulier, je m'autorise à le manger ») (b) manger pour satisfaire un besoin physique plutôt qu'émotionnel (8 items; par exemple : « Je suis capable de gérer mes émotions négatives sans me tourner vers la nourriture pour me réconforter ») (c) écouter les signaux de faim et de satiété (6 items; par exemple : « Je fais confiance à mon corps pour me dire combien manger ») et (d) la congruence entre les besoins du corps et l'apport alimentaire (3 items; par exemple : « La plupart du temps, j'ai le désir de manger des aliments nutritifs »). La moyenne des items a été calculée pour obtenir un score total et des scores de sous-échelle. Des coefficients alpha de Cronbach, calculé à partir des données de la présente étude, supportent une excellente cohérence interne de l'instrument de chacune des sous-échelles (échelle Apparence $\alpha = 0,92$; échelle Poids $\alpha = 0,94$; échelle attribution $\alpha = 0,92$)

Insatisfaction corporelle

L'Échelle d'estime corporelle (BES, Mendelson et al., 2001) est également utilisée dans l'étude pour mesurer la satisfaction corporelle. La BES comprend 23 items et évalue l'image corporelle sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (jamais) à 5

(toujours). Cet instrument présente une excellente fiabilité et validité. Sa version française validée auprès de 835 adolescents et jeunes adultes (âge : $M = 16,62$; $ET = 1,50$) présente une bonne fiabilité sur les trois sous-échelles : Apparence, Poids et Attribution. (Valls, Rousseau & Chabrol, 2011). La première sous-échelle, Apparence, mesure le sentiment général sur l'apparence en 10 items. Dans la présente étude, cette sous-échelle a un alpha de Cronbach de 0,92, ce qui correspond à une forte cohérence interne. La deuxième sous-échelle, Poids, mesure en huit items la satisfaction à l'égard du poids corporel. La cohérence interne est également élevée dans l'étude actuelle avec un alpha de Cronbach de 0,94. Enfin, la sous-échelle Attribution mesure la perception de l'apparence projetée, entre autres. Dans la présente étude, cette sous-échelle a une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,84.

Régulation émotionnelle

L'Échelle des difficultés de régulation des émotions (Difficulties in Emotion Regulation Scale [DERS], Gratz & Roemer, 2004) est utilisée pour évaluer les capacités de régulation des émotions des participantes. Dans la présente étude, le DERS a une cohérence interne élevée avec un alpha de Cronbach de 0,93 (Gratz & Roemer, 2004). Le questionnaire comprend 36 items évalués sur une échelle de Likert en cinq points, allant de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours). Les items sont divisés en 6 sous-échelles : Non-acceptation des réponses émotionnelles (i.e., le déni des émotions vécues), Difficulté à adopter des comportements orientés vers un but (c'est-à-dire la capacité à s'engager dans des comportements orientés vers un but et à freiner les comportements impulsifs en

présence d'une émotion négative), Difficultés de contrôle des impulsions (c'est-à-dire la difficulté à se contrôler en présence d'une émotion négative), Manque de conscience émotionnelle (c'est-à-dire le manque d'attention aux réponses émotionnelles), Accès limité aux stratégies de régulation des émotions (c'est-à-dire l'accès limité aux émotions perçues comme efficaces) et Manque de clarté émotionnelle (c'est-à-dire le manque de clarté dans les réponses émotionnelles). Toutes ces sous-échelles du questionnaire ont une cohérence interne adéquate, avec un alpha de Cronbach supérieur à 0,80 pour chacune d'entre elles.

Analyses statistiques

Afin de décrire le présent échantillon, des analyses descriptives ont été menées. Les fréquences, les moyennes, les écarts-types et les corrélations entre les variables indépendantes ont été obtenus à l'aide du logiciel SPSS (version 25.0). Concernant le premier objectif spécifique, des tests *t* de Student ont été utilisés pour comparer les participantes de l'étude PASE aux participantes de l'étude PNASE en termes de comportements et symptômes alimentaires, d'insatisfaction corporelle et de capacités de régulation émotionnelle. Pour le deuxième objectif spécifique, afin d'évaluer si la population pouvait être regroupée en fonction des antécédents d'ASE et des symptômes de troubles alimentaires, une analyse en grappes en deux étapes a été réalisée pour créer des groupes, en utilisant le critère d'information bayésien (BIC; Schwarz, 1978) pour décider du nombre de grappes. Cette méthode est l'un des outils les plus connus et les plus utilisés dans la sélection de modèles statistiques (Chen et al., 2010; Fraley & Raftery, 1998; Neath & Cavanaugh, 2012; Rao & Wu, 1989; Tamura, Sato, Ooe, & Ishiguro, 1991).

La procédure BIC suggère de choisir le nombre de clusters pour lequel le critère BIC est maximisé. Toutes les variables ont été normalisées. Pour comparer les clusters sur les caractéristiques descriptives de base (symptômes et comportements alimentaires, désaffection corporelle et régulation émotionnelle), des analyses de modèle linéaire général ont été effectuées afin de déceler les différences entre les moyennes des différents groupes en termes de symptômes et de comportements alimentaires, d'insatisfaction corporelle et de régulation émotionnelle. Des analyses post-hoc de Scheffe ont été utilisées pour qualifier les différences entre les clusters. Ce test post-hoc permet de déterminer les différences significatives entre les moyennes des groupes dans une analyse de variance. Il est considéré comme l'un des tests post-hoc les plus conservateurs qui protège contre l'erreur de type I. Tous les tests de signification étaient bilatéraux, et une valeur $p < 0,05$ était considérée comme significative.

Résultats

Afin d'atteindre les objectifs de recherche, des analyses de comparaison ont été effectuées.

Analyses de comparaison

En ce qui concerne le premier objectif spécifique, des tests t à échantillons indépendants ont été réalisés pour comparer les participantes rapportant une ASE (PASE) et celles n'en rapportant pas (PNASE) en termes de comportements et de symptômes alimentaires, d'insatisfaction corporelle et de capacités de régulation émotionnelle.

ASE et comportements alimentaires

Comme le montre le tableau 1, les participantes du groupe PASE signalent davantage de symptômes généraux de troubles de l'alimentation que les participantes du groupe PNASE, $t(102) = -4,01, p < .001, d = 0,78$. Cette différence est importante, selon les valeurs de référence de Cohen (Cohen, 1988). Les participantes du groupe PASE obtiennent des résultats significativement plus élevés sur toutes les sous-échelles du *Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q)*, $p < 0,0001$.

Tableau 1

Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE en termes de symptômes de troubles alimentaires mesurés par le Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q)

Variables	PASE (n = 56)	PNASE (n = 48)	t	d
	M(ET)	M(ET)		
Symptômes généraux des troubles alimentaires	3,75(1,48)	2,69(1,21)	-3,95***	0,78
Restriction	2,82(1,65)	2,03(1,20)	-2,83***	0,55
Préoccupation pour l'alimentation	2,90(1,75)	1,86(1,24)	-3,54***	0,69
Préoccupation pour la forme du corps	4,81(1,65)	3,69(1,68)	-3,41***	0,67
Préoccupation pour le poids	4,46(1,79)	3,19(1,53)	-3,87***	0,76

Note. PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

Comme le montre le tableau 2, les résultats indiquent que les participantes du groupe PASE font état de moins de capacités d'alimentation intuitive que les participantes du groupe PNASE, $t(102) = 2,44, p = 0,016, d = 0,49$. Plus précisément, les participantes du groupe PASE obtiennent des résultats significativement inférieurs à ceux des participantes du groupe PNASE en ce qui concerne la permission inconditionnelle de manger $t(102) = 2,14, p = 0,035, d = 0,42$ et l'écoute des signaux de faim et de satiété ; $t(102) = 2,08, p = 0,040, d = 0,41$. Ces différences sont modérées, selon les valeurs de référence de Cohen (Cohen, 1988).

Tableau 2

Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE en termes de comportements alimentaires mesurés par l'Échelle d'alimentation intuitive (IES-2)

Variables	PASE	PNASE	<i>t</i>	<i>d</i>
	(<i>n</i> = 56)	(<i>n</i> = 48)		
	<i>M</i> (<i>ET</i>)	<i>M</i> (<i>ET</i>)		
Alimentation intuitive	3,05(0,68)	3,38(0,67)	2,44*	0,49
Permission inconditionnelle de manger	3,27(0,84)	3,60(0,72)	2,14*	0,42
Manger pour satisfaire un besoin physique	2,90(1,01)	3,21(1,03)	1,52	0,30
Écouter les signaux de faim et de satiété	2,79(1,10)	3,21(0,95)	2,08*	0,41
Congruence entre les besoins du corps et la prise alimentaire	3,56(1,19)	3,72(1,59)	0,96	0,11

Note. PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance.

p* < 0,05. ** *p* < 0,01. * *p* < 0,001

ASE et insatisfaction corporelle

Comme le montre le tableau 3, les résultats indiquent que les participantes du groupe PASE ne rapportent pas plus ou moins d'insatisfaction corporelle que les PNASE, $p > 0,05$. Lorsque comparé aux données normatives obtenues auprès d'un échantillon de 1334 femmes aux États-Unis (Mendelson et al., 2001), les deux groupes semblent toutefois présenter une faible estime du corps. Pour l'Échelle d'estime corporelle de l'apparence, le score moyen des participantes du groupe PASE (1,74, $ET = 0,71$) et des participantes du groupe PNASE (1,74, $ET = 0,71$) était inférieur à la moyenne normative (2,2, $ET = 0,9$) de 1,19 écart-type; pour l'Échelle d'estime corporelle du poids, le score moyen des participantes du groupe PASE (1,37, $ET = 0,77$) et des participantes du groupe PNASE (1,74, $ET = 0,71$) étaient inférieurs à la moyenne normative (2,1, $ET = 0,11$) de 0,89 écart-type; pour l'Échelle d'estime corporelle - Attribution, le score moyen de l'échantillon (1,37, $ET = 0,77$) était significativement inférieur à la moyenne normative (1,81, $ET = 0,44$) de 1,04 écart-type (Mendelson et al., 2001).

Tableau 3

Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE sur l'insatisfaction corporelle mesurée par l'Échelle d'estime corporelle (BES)

Variables	PASE (<i>n</i> = 56)	PNASE (<i>n</i> = 48)	<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>ET</i>)	<i>M</i> (<i>ET</i>)		
Apparence	1,74(0,71)	1,82(0,74)	0,57	0,11
Poids	1,37(0,77)	1,49(0,80)	0,79	0,15
Attribution	1,74(0,61)	1,81(0,44)	-0,68	0,13

Note. PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance.

ASE et régulation émotionnelle

Les participantes du groupe PASE rapportent plus de difficultés dans la régulation émotionnelle que les participantes du groupe PNASE, $t(102) = -2,07, p = ,04, d = 0,41$. Cette différence est modérée, selon les valeurs de référence de Cohen (Cohen, 1988). Plus précisément, les participantes du groupe PASE obtiennent des scores significativement plus élevés dans les sous-échelles de Non-acceptation des réponses émotionnelles, de Difficulté à adopter des comportements orientés vers un but, de Difficultés de contrôle des impulsions et d'Accès limité aux stratégies de régulation des émotions, $p < 0,05$ (Tableau 4).

Tableau 4

Comparaison des participantes du groupe PASE aux participantes du groupe PNASE en termes de capacités de régulation émotionnelle mesurées par l'Échelle des difficultés de régulation émotionnelle (DERS)

Variables	PASE (n = 56)	PNASE (n = 48)	t	d
	M(ET)	M(ET)		
Difficultés générales de régulation des émotions	108,55(20,46)	100,44(19,34)	-2,07*	0,41
Non-acceptation des réactions émotionnelles	18,98(6,39)	16,19(6,02)	-2,28*	0,45
Difficulté à adopter des comportements axés sur les buts	17,04(3,82)	15,46(4,03)	-2,05*	0,40
Difficultés de contrôle des impulsions	15,29(4,41)	13,50(4,41)	-2,06*	0,41
Manque de conscience émotionnelle	20,45(6,45)	22,27(5,06)	1,58	0,31
Accès limité aux stratégies de régulation des émotions	23,00(8,26)	19,65(7,04)	-2,21*	0,44
Manque de clarté émotionnelle	13,80(1,74)	13,37(1,51)	-1,33	0,26

Note. PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance.

* $p < 0,05$.

Analyses en grappes

En ce qui concerne le deuxième objectif, une analyse en grappes a été effectuée pour déterminer s'il existait des sous-groupes naturels dans la population en fonction des symptômes généraux de troubles alimentaires (score global de l'EDE-Q) et des antécédents d'ASE. En utilisant la procédure BIC, le modèle d'agglomération résultant pour quatre groupes donne des résultats inattendus. Le premier groupe ($n = 31$) était caractérisé par un faible niveau de symptômes de troubles alimentaires et un faible niveau d'ASE déclaré. Le deuxième groupe ($n = 29$) présente un schéma similaire, également caractérisé par un faible niveau de symptômes de troubles alimentaires et un faible niveau d'ASE déclaré. Le troisième groupe ($n = 25$) est caractérisé par un niveau élevé de symptômes de troubles de l'alimentation et un niveau élevé d'ASE. Enfin, le dernier groupe ($n = 19$) était caractérisé par un faible niveau de symptômes de troubles de l'alimentation et un niveau élevé d'ASE. Sur la base de critères statistiques et cliniques, la solution à quatre clusters s'est avérée peu intéressante (les deux premiers groupes étant similaires pour chaque mesure). D'un point de vue statistique, le critère BIC était plus petit pour la solution à 3 clusters (117,41) par rapport à la solution à 2 clusters (118,37; Tableau 5). Cette solution à 3 clusters était également plus intéressante car elle divisait les femmes selon différents parcours. De plus, les autres solutions (4-, 5-, et 6- clusters) présentaient des indices statistiques nettement plus faibles, indiquant clairement un point d'arrêt à la solution à trois clusters. Par conséquent, la solution à trois clusters a été retenue et a été utilisée pour la suite de l'analyse.

Tableau 5

Analyse en grappes basée sur les symptômes généraux des troubles alimentaires et les antécédents d'ASE en utilisant le critère BIC

Nombre de Cluster	Critère criterion
1	161.75
2	118.37
3	117.41
4	121.62
5	127.74
6	139.92
7	152.73
8	167.66
9	184.04
10	200.49
11	217.11
12	234.00
13	251.01
14	268.43
15	285.94

L'échantillon final se compose de 104 participantes regroupées en fonction de leurs antécédents d'ASE et de leurs symptômes généraux de troubles de l'alimentation. Comme l'illustre la figure 1, le premier groupe, le plus important, comprend 57 participantes (54,8%) qui n'ont déclaré aucun antécédent d'ASE ($M = 6,28$, $ET = 1,69$) et de faibles symptômes de troubles de l'alimentation ($M = 2,44$, $ET = 0,93$) (PNASE-NTCA). Le deuxième groupe, le plus petit, comprend 19 participantes (18,2%) qui ont déclaré des

antécédents d'ASE ($M = 15,00$, $ET = 3,54$) et de faibles symptômes de troubles de l'alimentation ($M = 2,90$, $ET = 0,74$) (PASE – NTCA). Enfin, le troisième groupe comprend 28 participantes (26,9%) ayant déclaré des antécédents d'ASE ($M = 13,11$, $ET = 4,86$) et des symptômes élevés de troubles de l'alimentation ($M = 5,18$, $ET = 0,74$) (PASE-TCA).

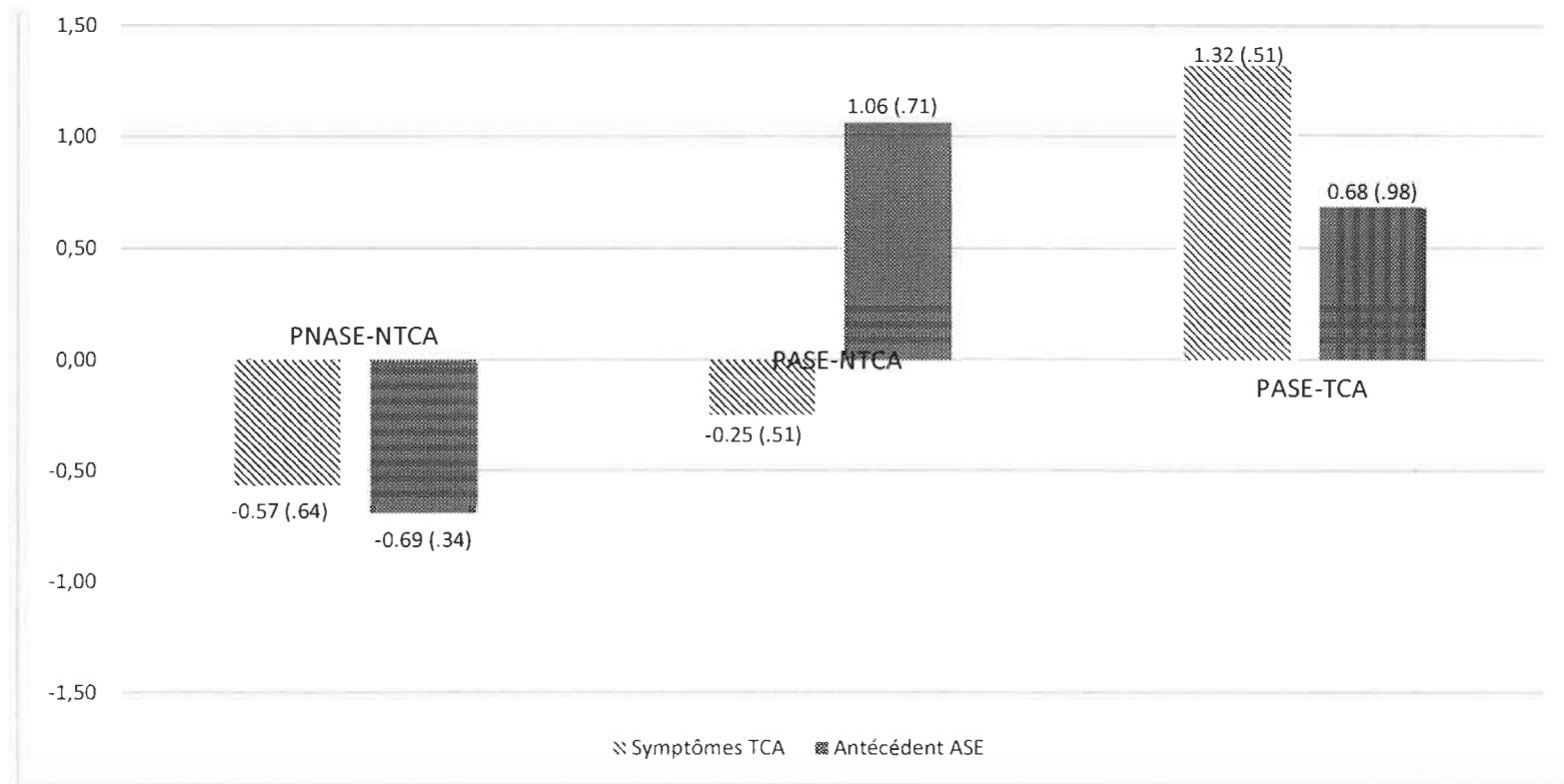


Figure 1. Niveau moyen des symptômes généraux de troubles alimentaires et des antécédents d'agression sexuelle en fonction des groupes

Modèle linéaire général

Un modèle linéaire général a été utilisé pour comparer les trois groupes en termes de symptômes et de comportements alimentaires, d'insatisfaction corporelle et de régulation émotionnelle.

Symptômes et comportements alimentaires. En ce qui concerne les symptômes alimentaires, le modèle linéaire général basé sur l'échelle globale du EDE-Q est significatif ($F[8,196] = 19,53, p < 0,001, \eta^2 = 0,44$). Les comparaisons post hoc basé sur les sous-échelles du EDE-Q indiquent que le groupe PASE-TCA rapporte plus de Restrictions, de Préoccupations liées à l'alimentation, de Préoccupations liées à la forme et de Préoccupations liées au poids que les deux autres groupes, $p < 0,01$ (Tableau 6), ce qui confirme que la classification regroupe efficacement les participantes ayant des expériences distinctes en termes de symptômes de TCA.

Tableau 6

Comparaison des 3 clusters en termes de symptômes de troubles alimentaires mesurés par le Questionnaire d'examen des troubles alimentaires (EDE-Q)

Variables	Groupe	Groupe	Groupe	<i>F</i>
	PNASE-NTCA (<i>n</i> = 57)	PASE-NTCA (<i>n</i> = 19)	PASE-TCA (<i>n</i> = 28)	
Symptômes généraux des troubles alimentaires	1,87(1,01) ^a	1,92(0,78) ^a	4,03(1,64) ^b	33,94**
Restriction	1,61(0,83) ^a	2,01(1,09) ^a	4,34(1,54) ^b	58,58**
Préoccupation pour l'alimentation	3,35(1,40) ^a	4,11(1,24) ^a	6,33(0,57) ^b	58,19**
Préoccupation pour la forme du corps	2,92(1,32) ^a	3,57(1,21) ^a	6,01(0,94) ^b	62,15**

Note. Les données continues sont présentées sous forme de moyenne (écart-type). PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, TCA= participantes rapportant des symptômes alimentaires. NTCA = Participantes ne rapportant pas de symptômes alimentaires.

^{a b} Analyses post-hoc de Scheffe.

** *p* < 0,01.

En termes de comportements alimentaires adaptatifs, le modèle linéaire général montre au moins une différence significative ($F[10,194] = 4,32, p < 0,001, \eta^2 = 0,18$). Les comparaisons post hoc indiquent que les participantes du groupe PNASE-NTCA déclare manger plus intuitivement et manger pour satisfaire un besoin physique que participantes du groupe PASE-NTCA et PASE-TCA ($p < 0,05$). Plus précisément, les participantes du groupe PNASE-NTCA obtiennent des scores plus élevés sur les sous-échelles de Permission inconditionnelle de manger, d'Écoute des signaux de faim et de satiété et de Congruence entre les besoins corporels et la prise alimentaire que les participantes du groupe PASE-TCA ($p < 0,01$). Enfin, la comparaison post hoc n'indique aucune différence significative entre les participantes du groupe PASE-NTCA et les participantes du groupe PASE-TCA (Tableau 7).

Tableau 7

Comparaison des 3 clusters en termes de comportements alimentaires mesurés par l'Échelle d'alimentation intuitive (IES-2)

Variables	Groupe	Groupe	Groupe	<i>F</i>
	PNASE-NTCA (<i>n</i> = 57)	PASE-NTCA (<i>n</i> = 19)	PASE-TCA (<i>n</i> = 28)	
Alimentation intuitive	3,51(0,65) ^a	3,03(0,51) ^b	2,69(0,54) ^b	4,11*
La permission inconditionnelle de manger	3,66(0,71) ^a	3,44(0,70) ^{ab}	2,93(0,83) ^b	19,00**
Manger pour satisfaire un besoin physique	3,43(0,93) ^a	2,70(0,80) ^b	2,50(1,04) ^b	8,90**
Écouter les signaux de faim et de satiété	3,32(0,97) ^a	2,88(1,09) ^{ab}	2,37(0,90) ^b	10,88**
Congruence entre les besoins du corps et la prise alimentaire	3,86(0,81) ^a	3,37(1,03) ^{ab}	3,27(0,86) ^b	8,94**

Note. Les données continues sont présentées sous forme de moyenne (écart-type). PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, TCA= participantes rapportant des symptômes alimentaires. NTCA = Participantes ne rapportant pas de symptômes alimentaires.

^{a b} Analyses post-hoc de Scheffe.

**p* < 0,05. ** *p* < 0,01.

Insatisfaction corporelle. En ce qui concerne l'insatisfaction corporelle, le modèle linéaire général ne montre aucune différence entre les trois groupes ($F[6,198] = .83$, $p = .55$, $\eta^2 = .03$). Ainsi, les participantes du groupe PNASE-NTCA, les participantes du groupe PASE-NTCA et les participantes du groupe PASE-TCA sont similaires pour les trois sous-échelles d'estime corporelle, l'Apparence, le Poids et l'Attribution (Tableau 8).

Tableau 8

Comparaison des 3 clusters en termes d'insatisfaction corporelle mesurée par l'Échelle d'estime corporelle (BES)

Variables	Groupe	Groupe	Groupe	F
	PNASE-NTCA (n = 57)	PASE-NTCA (n = 19)	PASE-TCA (n = 28)	
Apparence	3,51(0,65) ^a	3,03(0,51) ^a	2,69(0,54) ^a	1,51
Poids	3,32(0,97) ^a	2,88(1,09) ^a	2,37(0,90) ^a	2,88
Attribution	3,86(0,81) ^a	3,37(1,03) ^a	3,27(0,86) ^a	1,94

Note. Les données continues sont présentées sous forme de moyenne (écart-type). PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, TCA = participantes rapportant des symptômes alimentaires. NTCA = Participantes ne rapportant pas de symptômes alimentaires.

^{a,b} Analyses post-hoc de Scheffe.

Régulation émotionnelle. En ce qui a trait à la régulation émotionnelle, le modèle linéaire général est significatif ($F[12,192] = 2.23, p = .01, \eta^2 = .12$). Les comparaisons post hoc indiquent que les participantes du groupe PNASE-NTCA et les participantes du groupe PASE-NTCA rapportent moins de difficultés générales en matière de régulation émotionnelle, de non-acceptation des réponses émotionnelles et d'accès limité aux stratégies de régulation émotionnelle que les participantes du groupe PASE-TCA ($p < .05$). Les résultats indiquent également que les participantes du groupe PNASE-NTCA obtiennent des scores plus faibles dans la sous-échelle des Difficultés de contrôle des impulsions que les participantes du groupe PASE-TCA ($p < 0,05$). Enfin, les participantes du groupe PNASE-NTCA montrent plus de manque de conscience émotionnelle que celles du groupe PASE-TCA ($p < .01$) (Tableau 9).

Tableau 9

Comparaison des 3 clusters en termes de difficultés de régulation émotionnelle, mesurées par l'Échelle de difficultés de régulation des émotions (DERS)

Variables	Groupe PNASE-NTCA (n = 57)	Groupe PASE-NTCA (n = 19)	Groupe PASE-TCA (n = 28)	F
Difficultés générales de régulation des émotions	103.70(18.81) ^a	97.37(19.56) ^a	112.11(21.94) ^b	3.32*
Non-acceptation des réactions émotionnelles	16.81(6.05) ^a	15.84(5.45) ^a	20.75(6.65) ^b	4.96**
Difficulté à adopter des comportements axés sur les buts	16.37(4.00) ^a	14.95(3.29) ^a	17.11(4.24) ^a	1.71
Difficultés de contrôle des impulsions	13.61(4.12) ^a	13.84(3.93) ^{ab}	16.61(4.94) ^b	4.74*
Manque de conscience émotionnelle	22.96(5.21) ^a	19.53(5.91) ^{ab}	19.07(6.32) ^b	5.58**
Accès limité aux stratégies de régulation des émotions	20.53(7.31) ^a	19.95(5.86) ^a	24.36(9.48) ^b	3.74*
Manque de clarté émotionnelle	13.42(1.38) ^a	13.26(1.69) ^a	14.21(1.99) ^a	2.78

Note. Les données continues sont présentées sous forme de moyenne (écart-type). PASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, PNASE = participantes rapportant une agression sexuelle pendant l'enfance, TCA= participantes rapportant des symptômes alimentaires. NTCA = Participantes ne rapportant pas de symptômes alimentaires.

Analyses post-hoc de Scheffe.

*p < 0,05. ** p < 0,01.

Discussion

La présente section fait un retour sur les objectifs de recherche et met de l'avant les résultats obtenus aux différentes analyses selon les hypothèses. Ces résultats sont précédés d'observations générales sur la composition de l'échantillon. Les résultats principaux seront ensuite mis en relation avec ceux de recherches présentes dans la littérature afin de proposer des pistes d'explication et d'interprétation. S'ensuivra la présentation des forces et limites de l'étude ainsi que des pistes pour des recherches futures.

Lien entre les ASE et les comportements alimentaires

Les recherches ont montré une association entre les ASE et le développement d'un TCA. Certaines études montrent que l'insatisfaction corporelle et des difficultés dans la régulation des émotions sont associées à la fois à l'ASE et aux TCA (Brustenghi et al., 2019; Costin, 2018; Demirci, 2018; Waller, 1991). À ce jour, les chercheurs en appellent à une meilleure compréhension du lien qui unit toutes ces composantes. En réponse à ces préoccupations, l'objectif général de la présente étude était d'approfondir la compréhension du lien entre les ASE et les comportements alimentaires problématiques et adaptatifs, en accordant une attention particulière à l'insatisfaction corporelle et à la régulation émotionnelle. Plus spécifiquement, l'objectif était d'abord de comparer les participantes ne rapportant pas d'ASE (PNASE) aux participantes rapportant une ASE (PASE) en termes de comportements alimentaires et de symptômes, d'insatisfaction

corporelle et de capacités de régulation émotionnelle. Dans un second temps, le but était de mettre en évidence des sous-groupes naturels dans la population, sur la base des antécédents d'ASE et des symptômes généraux de TCA, pour ensuite les comparer entre eux quant à leurs comportements alimentaires adaptatifs, leurs niveaux d'insatisfaction corporelle et de régulation émotionnelle.

Prévalence et caractéristiques des ASE

Tout d'abord, il est intéressant de remarquer que plus d'une femme sur deux composant l'échantillon à l'étude a rapporté une expérience sexuelle qui remplissait les critères actuels d'ASE. Ce taux est bien supérieur aux 20 % généralement rapportés dans les études rétrospectives sur le sujet (Barth et al., 2013; Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011). Il semble que l'utilisation de questions concernant les ASE en utilisant des définitions objectives et subjectives a eu pour effet de recenser un plus grand nombre d'agressions. En effet, l'utilisation d'une seule définition amène à des prévalences plus faibles quoi qu'encore significativement plus élevées que ce qui était attendu, soit 48,1 % pour la définition objective et 42,3 % pour la définition subjective. Ainsi, l'utilisation des deux définitions en concomitance ne semble pas être suffisante pour expliquer l'écart à lui seul. Comme c'est souvent le cas dans le cadre des études rétrospectives, le recrutement des participantes, connaissant le thème à l'étude, a sans doute mené à un biais de sélection, les femmes qui se sentaient concernées par le sujet ayant davantage participé (Hernán, Hernández-Díaz, & Robins, 2004).

D'autre part, la plupart des participantes à l'étude avaient déjà dévoilé les ASE à quelqu'un (76,8 %, $n = 43$) contrairement à ce que McElvaney et ses collaborateurs (2020) ont rapporté dans leur étude (24,9%). Certains facteurs peuvent expliquer ce haut taux de dévoilement, particulièrement l'âge actuel des femmes participant à l'étude. En effet, l'étude de Hébert et ses collaborateurs (2009) avait montré que seulement 21,2% des adultes avaient dévoilé l'ASE dans le mois suivant la première agression, alors que plus la moitié (57,5 %) avaient dévoilé les événements plus de 5 ans après la première ASE. D'autres études suggèrent que les taux de dévoilement pendant l'enfance varient entre 31 et 41 % tandis que les taux à l'âge adulte (d'ASE) varient entre 58 et 72 % (Priebe & SvTCAin, 2008), similairement aux présents résultats (London et al., 2008; McGee, Garavan, deBarra, Byrne, & Conroy, 2002; Reitsema & Grietens, 2016; Smith et al., 2000; Swingle et al., 2016)..

Par ailleurs, les femmes n'ayant pas dévoilé leur ASE dans la présente étude ont été victimes d'ASE grave (pénétration ou tentative de pénétration) par un parent ou un professeur. L'enquête québécoise réalisée par Hébert et ses collaborateurs (2009) avait aussi révélé que les enfants qui ont vécu une agression sexuelle par un membre de la famille immédiate sont moins portés à dénoncer l'auteur de leur agression sexuelle que les enfants agressés sexuellement par un inconnu. Cela peut s'expliquer par le fait que les enfants qui connaissent l'auteur de leur agression sexuelle peuvent se trouver dans un conflit de loyauté, avoir peur de ne pas être cru ou anticiper toutes sortes de conséquences pouvant survenir à la suite de la dénonciation du membre de sa famille immédiate ou

élargie (London et al., 2008; Rosenthal et al., 2005). Même s'il est établi que de dévoiler ASE permet généralement de soutenir la victime et de potentiellement éviter la chronicisation des symptômes (Gupta et al., 2011; Jonzon & Lindblad, 2006; Paolucci et al., 2001), une étude effectuée auprès de 323 victimes d'ASE a également permis d'observer que la plupart des victimes perçoivent des réactions positives (97,1 %), mais aussi des réactions négatives (98,2 %) à la suite du dévoilement (Ullman & Filipas, 2001).

ASE et comportements alimentaires

La première hypothèse stipulant que les participantes PASE présenteraient plus de comportements alimentaires problématiques et moins de comportements alimentaires adaptatifs a été validée.

Tel que démontré dans la documentation scientifique, nos résultats montrent qu'une histoire d'ASE est liée à un niveau plus élevé de comportements alimentaires problématiques. Ce résultat appuie ceux des nombreuses études rapportant un lien significatif entre ces deux variables (Afifi et al., 2017; Connors & Morse, 1993; Smolak, & Murnen, 2002; Wonderlich et al., 1997). En ce sens, le fait que le score moyen de symptômes alimentaires chez les femmes rapportant une ASE soit significativement plus élevé que le score moyen des femmes ne rapportant pas de tels antécédents n'est pas surprenant. Qui plus est, l'intensité de l'écart entre les moyennes de ces deux sous-groupes est qualifiée d'éluee selon l'échelle de Cohen ($d = 0,78$; Cohen, 1988), ce qui témoigne de l'influence des ASE sur le développement des symptômes alimentaires. Plus

précisément, les femmes rapportant une ASE ont plus de comportements de restriction, plus de préoccupations par rapport à la nourriture, leur forme corporelle et leur poids. Malecki, Rhodes et Ussher (2018) avaient aussi trouvé que les préoccupations pour les formes corporelles et leur poids étaient plus grandes dans une population de femmes victime d'ASE présentant une anorexie mentale. Les résultats de Wonderlich et al. (2000) associaient aussi les comportements de restriction aux antécédents d'ASE. D'autre part, des études (Quilliot et al., 2019; Smolak & Murnen, 2002; Striegel-Moore et al., 2002) ont rapporté un lien plus fort entre ASE et les TCA impliquant des comportements désinhibés plutôt que des comportements restrictifs, alors que d'autres études ne l'ont pas fait (Thomas, Siliquini, Hillegers, & Jansen, 2020; Vize & Cooper, 1995). Dans la présente étude, les résultats montrent que les comportements restrictifs étaient aussi plus élevés chez les femmes ayant vécu des ASE avec une taille d'effet qualifiée de modéré selon le barème de Cohen ($d = 0,55$; Cohen, 1988).

En plus de répliquer les résultats antérieurs concernant les comportements alimentaires problématiques, cette étude suggère également que des différences peuvent aussi être soulevées entre les femmes rapportant une ASE et les femmes n'en rapportant pas en termes de comportements alimentaires adaptatifs. De façon générale, les femmes avec antécédent d'ASE rapportent des comportements alimentaires moins intuitifs, l'intensité de l'écart entre les moyennes de ces deux sous-groupes étant qualifiée de modéré selon l'échelle de Cohen ($d = 0,49$; Cohen, 1988). Les femmes rapportant une ASE se donnent moins une permission inconditionnelle de manger et écoutent moins leurs

signaux de faim et satiété que leurs homologues ne rapportant pas une ASE. Toutefois, les deux groupes ne sont pas différents quant au fait de manger pour satisfaire des besoins physiques et à la congruence entre les besoins du corps et la prise alimentaire. Peu d'études se sont intéressées aux comportements alimentaires positifs dans un contexte spécifique d'ASE. De manière plus large, Ivanoff (2018) a examiné les comportements alimentaires adaptatifs auprès de 275 adultes ayant vécu des événements négatifs pendant l'enfance. Ses résultats montrent qu'un plus grand nombre d'expériences négatives pendant l'enfance sont associées à des difficultés quant à manger pour satisfaire des besoins physiques. Ainsi, plus les jeunes ont vécu des situations défavorables pendant l'enfance, plus ils mangent en fonction de leurs émotions et moins ils se basent sur des signaux internes de faim et de satiété pour moduler leur prise alimentaire (Tylka & Kroon van Diest, 2013). Conséquemment, les femmes qui ont vécu une ASE et qui sont en proie à des sentiments négatifs (par ex., honte, déprime, dégoût du corps) peuvent manger en fonction de leurs émotions dans le but de ne pas avoir à les reconnaître ou les ressentir. Il est aussi probable que le fait de porter attention au corps soit vu de manière aversive. Ainsi, cette tendance à manger pour ne pas ressentir ou l'évitement des signaux du corps amènent les femmes qui ont vécu de l'adversité pendant l'enfance à ne plus savoir reconnaître les signaux de faim ou de satiété que leur corps leur envoie.

ASE et insatisfaction corporelle

L'hypothèse stipulant qu'une insatisfaction corporelle plus grande serait observée chez les femmes rapportant une ASE n'a pu être validée. En effet, aucune différence

significative n'a été observée quant à l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle, même en considérant chacune des dimensions de l'image corporelle séparément (Satisfaction corporelle liée à l'apparence, Satisfaction corporelle liée au poids, Perception de l'image corporelle projetée). Une étude de Wonderlich et al. (2000) visant à comparer 20 jeunes filles rapportant une ASE à 20 jeunes filles n'en rapportant pas, avait révélé que les victimes d'ASE étaient plus susceptibles que les enfants du groupe contrôle d'exprimer une insatisfaction liée au poids et à poursuivre des idéaux de corps mince. Dans cette étude, le recours à des participantes âgées entre 10 et 15 ans réduisait le risque de problèmes associés aux études utilisant le rappel rétrospectif. Leurs résultats ont montré que les enfants victimes d'agression sexuelle sont plus susceptibles de suivre un régime pour tenter de surmonter leur insatisfaction concernant la taille, la forme et le poids de leur corps. L'hypothèse que les enfants victimes d'agression sexuelle pouvaient développer des schémas cognitifs de faible estime de soi qui pourraient inclure une insatisfaction corporelle avait été avancée par les auteurs (Wonderlich et al., 2000). Cependant, la constatation actuelle des scores de satisfaction corporelle dans le groupe victime d'ASE n'est pas cohérente avec cette idée, bien que des analyses de médiation plus approfondies soient nécessaires pour clarifier le lien. L'analyse des résultats a toutefois permis d'observer une insatisfaction corporelle plus grande pour l'ensemble de l'échantillon à l'étude comparativement à ce qui est généralement trouvé en utilisant le *Body Esteem Scale*. En effet, il semblerait que toutes les femmes recrutées pour participer à l'étude étaient insatisfaites de leur image corporelle, indépendamment des antécédents d'ASE. D'autres études avaient aussi rapporté que parmi les femmes d'âge moyen,

l'insatisfaction corporelle est fréquemment élevée (Grippo & Hill, 2008; Lewis & Cachelin, 2001; McKinley, 1999; Tiggemann & Lynch, 2001; Webster & Tiggemann, 2003). Il est possible que le fait qu'une grande partie de l'échantillon ait été recrutée en milieu universitaire, lieu de performance et de comparaison, ait pour effet de masquer une part de l'insatisfaction corporelle appartenant aux antécédents d'ASE. Toutefois, si le *Body Esteem Scale* n'a pu déceler de différence entre les femmes qui rapportent des ASE et celles qui n'en rapportent pas dans la présente étude, les sous-échelles de préoccupations quant à l'apparence et au poids du *Eating Disorder Examination*, utilisé pour mesurer les symptômes de TCA, ont quant à elles montré des différences significatives. En effet, les femmes rapportant une ASE ont rapporté être plus préoccupées par rapport à leur poids et leur forme corporelle lorsque mesurées avec l'*Eating Disorder Examination*. La magnitude de l'écart entre les moyennes de ces deux sous-groupes est qualifiée de modérée selon l'échelle de Cohen ($d = 0,67$ et $0,76$; Cohen, 1988). Les items concernant l'insatisfaction corporelle du *Body Esteem Scale* (p. ex. Je me trouve belle, J'aime vraiment mon poids) pourraient être le reflet d'une insatisfaction corporelle normative alors que les items du *Eating Disorder Examination* (p.ex. Avez-vous clairement eu peur d'une possible prise de poids?, Est-ce que le fait de penser à votre silhouette ou à votre poids vous a beaucoup gênée pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent?) semblent référer davantage à des préoccupations excessives. Ainsi, bien que les résultats ne confirment pas l'hypothèse initiale, l'hypothèse que l'insatisfaction corporelle joue un rôle dans l'apparition de symptômes alimentaires à la suite d'une ASE ne peut être écartée.

ASE et régulation émotionnelle

Nos résultats montrent que les femmes qui rapportent des antécédents d'ASE éprouvent des difficultés à réguler les émotions, ce qui appuie les études démontrant que de vivre une ASE est lié à des difficultés de régulation émotionnelle à l'âge adulte (Ehring & Quack, 2010; Messman-Moore et al., 2010; Svaldi et al., 2012). De façon générale, la magnitude des écarts entre les moyennes aux sous-échelles du DERS des femmes rapportant une ASE et les femmes n'en rapportant pas est qualifiée de modérée selon l'échelle de Cohen (1988). L'échelle mesurant la conscience émotionnelle fait toutefois exception à ces résultats. En effet, les femmes rapportant une ASE semblent avoir une meilleure conscience des émotions qu'elles vivent. L'hypothèse que les femmes de l'échantillon rapportant une ASE aient davantage eu recours à l'aide d'un professionnel que les femmes ne présentant pas ces antécédents peut être avancée. Tel qu'indiqué dans la littérature, plusieurs traitements psychologiques incluent une composante d'apprentissage et d'entraînement à la reconnaissance des émotions (Briere & Scott, 2014; Bryant et al., 2013; Gallagher, 2017; Goldsmith et al., 2013). Il semblerait que le traitement aurait pour effet d'augmenter la conscience sans nécessairement améliorer la capacité à réguler les émotions (Sloan et al., 2017). Il est donc possible de supposer que les femmes qui ont eu recours à l'aide d'un professionnel ont vu leurs aptitudes de régulation se développer de manière significative (Goldsmith et al., 2013; Ullman, Peter-Hagene, & Relyea, 2014).

Analyse en grappes

Afin de comprendre comment les ASE ont des conséquences sérieuses sur une partie de la population alors que pour d'autres, les conséquences sont moins importantes, le deuxième objectif spécifique était d'explorer s'il est possible de mettre en évidence des sous-groupes naturels dans la population, sur la base de l'histoire d'ASE et des symptômes généraux de TCA. Il était attendu que quatre sous-types de femmes soient identifiés (présence ou absence d'ASE et présence ou absence de TCA). Nos résultats montrent que le modèle comprenant quatre sous-groupes est peu pertinent dans la mesure où, dans notre échantillon, les femmes n'ayant pas vécu d'ASE présentaient généralement peu de comportements alimentaires problématiques. Ainsi, le modèle à trois sous-groupes, éliminant le sous-groupe n'ayant pas vécu d'ASE et présentant des comportements alimentaires problématiques, est celui qui était statistiquement le plus intéressant et parcimonieux. Nos résultats suggèrent qu'une proportion des victimes d'ASE (34 %) ne développent pas de problématique alimentaire alors qu'une plus grande proportion (50 %) présente des symptômes d'ordre alimentaire.

La comparaison des trois sous-groupes a permis de constater que les femmes qui n'ont pas vécu d'ASE sont très similaires aux femmes qui en ont vécu une, mais qui n'ont pas développé de symptômes de TCA. Seule l'alimentation intuitive distingue ces deux groupes.

Nos résultats suggèrent que le groupe de participantes rapportant une ASE mais ne présentant pas de TCA est associé à moins de symptômes alimentaires et de difficultés de régulation émotionnelle que les participantes ayant vécues une ASE et en présence de TCA, confirmant un profil plus favorable malgré la présence d'antécédent d'ASE. Aussi, une revue systématique de la littérature menée par Domhardt, Münzer, Fegert, et Goldbeck (2015), qui a porté sur 37 études utilisant différentes méthodologies, échantillons et conceptualisations de la résilience, avait montré qu'un certain pourcentage de femmes rapportant une ASE adoptait un fonctionnement adaptatif. Leurs résultats suggèrent qu'une gamme de facteurs individuels et environnementaux modèrent les effets négatifs d'ASE pendant l'enfance à travers différentes périodes de développement. Plus précisément, des facteurs individuels tels que l'éducation et les relations interpersonnelles et la compétence émotionnelle, les croyances de contrôle, l'adaptation active, l'optimisme, l'attachement et l'attribution externe du blâme seraient associés à un meilleur pronostic (Cha & Nock, 2009; Daigneault et al. 2007; Leon, Ragsdale, Miller, & Spacarelli, 2008). L'ajout d'une ou de plusieurs de ces variables dans des réplications futures pourrait ainsi être d'intérêt

Les participantes ayant vécues une ASE et présentant un TCA montrent un profil beaucoup plus problématique. Par rapport aux deux autres sous-groupes, les femmes ayant vécues une ASE et présentant un TCA rapportent plus de restriction alimentaire, davantage de préoccupations pour la nourriture, leur forme corporelle et leur poids. Dans le but d'expliquer le lien entre les ASE et les TCA, des auteurs avaient avancé que les

victimes d'ASE développent des schémas cognitifs de faible estime de soi (Briere, 1992; Greger, Myhre, Klöckner, & Jozefiak, 2017) qui peuvent inclure une insatisfaction corporelle (Dunkley, Masheb, & Grilo, 2010). Cependant, la constatation actuelle de scores d'insatisfaction corporelle dans le sous-groupe PASE-TCA n'est pas cohérente avec cette idée. En effet, de nouveau, les scores recueillis à l'aide du *Body Esteem Scale* ne permettent pas d'appuyer cette hypothèse. Il est probable que l'utilisation d'un outil de mesure différent, qui reflèterait davantage l'aspect obsessionnel de l'insatisfaction corporelle par exemple, permettrait de soulever des dissimilarités. En ce sens, Dunkley et ses collaborateurs (2010) ont montré l'importance de la notion d'autocritique dans les liens qui unissent ASE, TCA et insatisfaction corporelle. Il semblerait que l'autocritique puisse refléter une partie importante de la vulnérabilité associée à l'image corporelle, dimension qui pourrait éclairer la nature de la cooccurrence fréquente de ces différentes variables.

D'autre part, les participantes ayant vécues une ASE et présentant un TCA présentent plus de difficultés générales de régulation émotionnelle, une moins bonne acceptation des réponses émotionnelles ainsi qu'un accès plus limité aux stratégies de régulation des émotions. Dans la littérature, il a été démontré que les comportements alimentaires problématiques peuvent être utilisés comme des tentatives de gestion des émotions négatives (Cooper et al. 2004, Corstorphine et al. 2006; Salvi et al., 2012). En effet, certaines recherches ont montré que des difficultés de régulation émotionnelle peuvent suivre des événements traumatisants, par exemple ASE pendant l'enfance, et devenir le

lien entre eux et les TCA, entraînant de la colère, de l'impulsivité et de la compulsivité (Burns, Fischer, Jackson, & Harding 2012, Trottier & MacDonald, 2017). De ce fait, nos résultats semblent suggérer que c'est la difficulté à réguler les émotions en contexte d'ASE est associée à la présence de symptômes alimentaires. Or, bien que les femmes n'aient pas toutes développé de TCA, elles n'ont pas non plus acquis de comportements alimentaires adaptatifs. Il ne s'avère donc pas suffisant de porter attention aux symptômes alimentaire, il semble pertinent de s'intéresser à la relation avec la nourriture de ces femmes en dehors des TCA. Ainsi, l'effet sur le corps n'apparaît pas assez grand pour causer des symptômes de TCA mais suffisant pour perturber la relation saine avec le fait de manger.

Forces et limites de l'étude

Plusieurs points positifs reliés à la réalisation de cette étude sont à considérer. En premier lieu, notre étude se démarque principalement par son originalité dans le domaine des ASE, car plutôt que d'étudier les ASE se référant uniquement à une définition normative ou subjective, nous nous sommes intéressés aux vécus des victimes, quelle que soit leur façon de définir leur ASE. Or, plutôt que de privilégier une forme de définition d'ASE, l'utilisation des deux définitions en concomitance permet de brosser un portrait plus complet du vécu des participantes. En effet, il est probable que les participantes s'identifiant à l'une ou l'autre des définitions vivent des conséquences différentes en terme de comportements alimentaires, d'image corporelle et de régulation émotionnelle. Cette approche est novatrice et constitue du coup une force de l'étude.

En second lieu, les comportements alimentaires ont été étudiés comme une problématique, mais aussi comme un comportement positif à adopter, conformément à la suggestion de nombreux chercheurs (Ivanoff, 2018; Tylka & Kroon Van Diest, 2013; Unthank, 2019). Alors que les comportements alimentaires positifs intéressent de plus en plus de chercheurs (Tylka & Kroon Van Diest, 2013; Warren, Smith, & Ashwell, 2017) et que l'alimentation intuitive semble associée à la capacité à réguler ses émotions (Kerin, Webb, & Zimmer-Gembeck, 2019; Tylka et al., 2019), l'évaluation de cette dimension dans la présente étude a permis de mesurer plus justement et de façon plus complète les conséquences des ASE. Il était également novateur d'étudier l'alimentation intuitive en lien avec ASE, ces deux éléments n'ayant pas été mis en relation par d'autres études auparavant.

En troisième lieu, en plus d'avoir comparé les femmes rapportant une ASE aux femmes n'en rapportant pas, les analyses ont permis d'établir des sous-groupes dans la population en se basant sur les antécédents d'ASE et les comportements alimentaires problématiques. La plupart des études qui se sont intéressées aux liens entre ces deux variables n'ont pas tenté de les diviser ainsi. Cette perspective est importante pour comprendre comment les ASE ont des conséquences sérieuses sur une partie de la population alors que pour d'autres, les conséquences sont moins importantes. En effet, l'utilisation d'analyse par grappes permet, entre autres, d'identifier des groupes de personnes à risque de développer des complications. Une meilleure connaissance de ces groupes à haut risque permettra ultimement de développés, de ciblés et d'intervenir de

manière appropriée auprès de la population à risque. La présente étude apparaît être un bon point de départ en ce sens, bien qu'elle ne permette pas encore une compréhension complète.

Certaines limites de cette étude doivent également être considérées, les résultats obtenus nécessitant une prudence dans l'interprétation. D'abord, la généralisation de nos résultats est limitée par l'utilisation d'un échantillon de convenance, recruté par une enquête en ligne, avec une forte proportion d'étudiantes universitaires et de participantes qui ont signalé des ASE. En effet, cette étude reposait exclusivement sur des mesures rétrospectives d'auto-évaluation, qui peuvent introduire des biais typiques, notamment des problèmes de sous-déclaration, de sur-déclaration et de rappel. L'utilisation de questionnaires autoadministrés peut amener les individus à répondre d'une manière socialement souhaitable, ou leurs réponses peuvent être limitées chez celles qui ont une faible capacité d'introspection, à savoir un faible niveau de conscience et de compréhension de leurs difficultés. Il est donc possible que les résultats obtenus reflètent ceux d'une population plutôt homogène.

D'autre part, il a été démontré que les symptômes alimentaires chez les femmes atteintes de TCA sont généralement égo-syntones. Cela signifie que certains aspects de leur maladie sont perçus positivement, voire valorisés, et donc la gravité de leurs difficultés est niée (Jenkins et al., 2011; Williams & Reid, 2010). Il est possible que ce phénomène d'égo-syntonicité ait influencé les résultats de certaines participantes. Les

biais liés à la désirabilité, à la faible introspection et à l'égo-syntonicité pourraient être évités dans les études futures en utilisant plus d'une méthode de collecte de données. En ce sens, il serait pertinent pour les études futures d'utiliser des mesures d'observation ou d'entretiens pour s'assurer que les liens obtenus ne soient pas uniquement dus à ces biais.

La taille de l'échantillon représente une autre limite de cette étude. L'estimation de la taille d'échantillon requise à l'aide de la formule de Howell (2008) a confirmé que la taille de l'échantillon dans cette étude était acceptable. La puissance statistique aurait cependant pu être augmentée par un échantillon plus large que celui-ci. Près de 29 participantes ont dû être exclues de l'analyse, car elles n'avaient pas fourni de données utilisables (c'est-à-dire qu'elles n'avaient pas répondu aux questions sur l'ASE et au moins un des trois questionnaires sur les comportements alimentaires). L'attrition de ces participantes peut avoir influencé la composition de notre échantillon. Celles qui ont cessé de répondre peuvent avoir montré des caractéristiques différentes de celles qui ont persévééré. Ces attritions peuvent aussi être dues au fait qu'il y avait plusieurs instruments et qu'il leur a fallu plusieurs minutes pour les compléter.

Finalement, le devis transversal de cette étude limite considérablement les interprétations découlant de nos résultats. Par conséquent, aucune conclusion sur les liens de causalité entre les variables ne peut être faite et les résultats doivent être compris avec beaucoup de prudence. Les résultats actuels doivent être reproduits dans un échantillon

plus large en utilisant un devis longitudinal pour accroître la confiance dans les résultats et pour aller plus loin dans l'interprétation de causalité.

Conclusion

Au terme de cette étude, il est possible de conclure que les ASE et les comportements alimentaires sont reliés entre eux de manière générale chez l'ensemble de l'échantillon. Quant à la nature du lien qui unit ces variables, les résultats de la présente étude, bien que préliminaires, suggèrent que l'insatisfaction corporelle n'est pas aussi importante que prévu, comparativement aux capacités de régulation émotionnelle. Par conséquent, nos résultats semblent suggérer que la difficulté à réguler les émotions en contexte d'ASE est associée à la présence de symptômes alimentaires. De plus, les résultats ont permis de mettre en évidence que certaines victimes d'ASE présentent des symptômes alimentaires importants alors que d'autres sont plus résilientes, bien qu'elles ne semblent pas non plus avoir une relation saine avec la nourriture. Dans le cadre de recherches futures, il serait important de tenir compte de plusieurs aspects, dont les circonstances entourant les ASE et le dévoilement. Ces recherches pourront permettre de dresser un portrait descriptif plus juste des femmes qui ont vécu une ASE qui ne développent pas de symptômes alimentaires. Il serait entre autres intéressant de comparer les conséquences des ASE selon le type de définition (objective ou subjective) utilisée. Il serait également pertinent de s'intéresser aux facteurs favorisant la résilience et de suivre les victimes d'ASE sur plusieurs années pour examiner comment le trauma affecte les comportements alimentaires au fil du temps. Cela dit, ces informations pourront être utilisées pour favoriser la résilience des femmes qui vivent une ASE en s'intéressant, par exemple, à la saine gestion des émotions et à l'image corporelle positive. De plus, ces informations

pourront être utilisées pour orienter les interventions pour les femmes qui vivent des conséquences alimentaires au long cours. L'étude de ces mêmes variables auprès d'échantillons cliniques permettrait aussi d'offrir une meilleure compréhension de ce phénomène complexe.

Références

- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1281-1296.
- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.
- Amado, B. G., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 49-62.
- Amédée, L. M., Tremblay-Perreault, A., Hébert, M., & Cyr, C. (2019). Child victims of sexual abuse: Teachers' evaluation of emotion regulation and social adaptation in school. *Psychology in the Schools*, 56(7), 1077-1088.
- Arnow, B. A., Hart, S., Scott, C., Dea, R., O'Connell, L., & Taylor, C. B. (1999). Childhood sexual abuse, psychological distress, and medical use among women. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 762-770.
- Aspen, V., Darcy, A. M., & Lock, J. (2014). Patient resistance in eating disorders. *Psychiatric Times*, 31(9), 32-32.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118.
- Benbouriche, M., & Parent, G. (2018). La coercition sexuelle et les violences sexuelles dans la population générale: définition, données disponibles et implications. *Sexologies*, 27(2), 81-86.
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S., & Roeger, L. (2003). Sexual abuse and suicidal behaviour: A model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309.

- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1998). Childhood trauma questionnaire. *Assessment of family violence: A Handbook for researchers and practitioners*.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(5), 434-443.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse and Neglect*, 19(12), 1401-1421.
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464-483.
- Brennan, S., & Taylor-Butts, A. (2008). *Sexual assault in Canada, 2004 and 2007* (p. 12). Ottawa, Ontario: Statistics Canada: Canadian Centre for Justice Statistics.
- Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update)*. Californie : Sage Publications.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 367-379.
- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 550-553.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571.
- Brown, T. A., Vanzhula, I. A., Reilly, E. E., Levinson, C. A., Berner, L. A., Krueger, A., ... & Wierenga, C. E. (2020). Body mistrust bridges interoceptive awareness and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*.

- Brustenghi, F., Mezzetti, F. A. F., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P., & Tortorella, A. (2019). Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina*, 31(3), 509-511.
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32-39.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 455-460.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629.
- Clément, M. È., Bernèche, F., Fontaine, C., & Chamberland, C. (2013). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2012: Les attitudes parentales et les pratiques familiales*. Institut de la statistique du Québec.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2012). Victimation sexuelle et troubles des conduites alimentaires: Les différentes facettes d'une relation complexe. *L'agression sexuelle envers les enfants*, 2.
- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 1-11.
- Costin, C. (2018). Body image disturbance in eating disorders and sexual abuse. Dans M.F., Schwartz, & L. Cohn, (Éds), *Sexual abuse and eating disorders* (pp. 109-127). New York : Routledge.
- Couture, S. (2010). Le rôle du sentiment d'efficacité personnelle, de l'insatisfaction corporelle et de l'alexithymie dans l'étiologie et le maintien des troubles des conduites alimentaires.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Oglöff, J. R., 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(11), 813-822.

- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 21*(3), 213-228.
- De Tyche, C., Laurent, M., Lighezzolo-Alnot, J., Garnier, S., & Vandelet, E. (2015). Prevalence of sexual abuse in childhood: some critical methodological reflections. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*(4), 401-411.
- Demirci, E. (2018). Non suicidal self-injury, emotional eating and insomnia after child sexual abuse: Are those symptoms related to emotion regulation?. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 53*, 17-21.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behaviour: a meta-analysis. *Pediatrics, 133*(5), e1331-e1344.
- Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients, 9*(11), 1274.
- Dolezal, C., & Carballo-Diéguez, A. (2002). Childhood sexual experiences and the perception of abuse among Latino men who have sex with men. *Journal of Sex Research, 39*(3), 165-173.
- 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*(4), 476-493.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine, 28*(5), 430-438.
- Dunkley, D. M., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 274-281.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire. *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders, 309*, 313.
- Farrell, C., Shafran, R. & Lee, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. *European Eating Disorders Review, 14*(5), 289-300.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774-786.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 664-674.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviours*, 14(2), 207-210.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596.
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 317-325.
- Goldman, J. D., & Padayachi, U. K. (2000). Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *Journal of Sex Research*, 37(4), 305-314.
- Gouvernement du Canada. (2009). Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46.
- Gouvernement du Québec. (2001). Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Québec, Canada: Publications du Gouvernement du Québec.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Klöckner, C. A., & Jozefiak, T. (2017). Childhood maltreatment, psychopathology and well-being: The mediator role of global self-esteem, attachment difficulties and substance use. *Child Abuse & Neglect*, 70, 122-133.
- Gregertsen, E. C., Mandy, W., & Serpell, L. (2017). The egosyntonic nature of anorexia: an impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 2273.

- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders, 31*(1), 1-16.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Taylor & Francis.
- Guerra, C., PerEDA, N., Guilera, G., & Abad, J. (2016). Internalizing symptoms and polyvictimization in a clinical sample of adolescents: The roles of social support and non-productive coping strategies. *Child Abuse & Neglect, 54*, 57-65.
- Gupta, S., Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., Keltner, D., & Trickett, P. K. (2011). Anger expression and adaptation to childhood sexual abuse: The role of disclosure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*(2), 171.
- 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*(5), 517-535.
- Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist, 55*(9), 1036.
- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behaviour problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders, 225*, 306-312.
- Hébert, M., Lavoie, F., & Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciencia & saude coletiva, 19*, 685-694.
- Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., McDuff, P., & Tremblay, R. E. (2008). Association of child sexual abuse and dating victimization with mental health disorder in a sample of adolescent girls. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 21*(2), 181-189.
- 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.
- Hepp, U., Spindler, A., Schnyder, U., Kraemer, B., & Milos, G. (2007). Post-traumatic stress disorder in women with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 12*(1), e24-e27.

- Hernán, M. A., Hernández-Díaz, S., & Robins, J. M. (2004). A structural approach to selection bias. *Epidemiology*, 615-625.
- Herrenkohl, T. I., Jung, H., Klika, J. B., Mason, W. A., Brown, E. C., Leeb, R. T., & Herrenkohl, R. C. (2016). Mediating and moderating effects of social support in the study of child abuse and adult physical and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 573.
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91.
- Himmerich, H., Kan, C., Au, K., & Treasure, J. (2020). Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacology & Therapeutics*, 107667.
- Hodge, L., & Bryant, L. (2019). Masking the self: Understanding the link between eating disorders and child sexual abuse. *Qualitative Social Work*, 18(2), 247-264.
- Holmes, W. C. (2008). Men's self-definitions of abusive childhood sexual experiences, and potentially related risky behavioural and psychiatric outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 32(1), 83-97.
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 393-407.
- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence*, 18(5), 295-300.
- Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010). Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse: A meta-analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 450-461.
- Ivanoff, A. A. (2018). Adverse childhood experiences mirrored in body appreciation and intuitive eating in adolescents and young adults. *Agora Psycho-Pragmatica*, 12(2), 173-185.
- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 174-179.

- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: a critical review. *Family Process*, 55(3), 577-594.
- Jonzon, E., & Lindblad, F. (2006). Risk factors and protective factors in relation to subjective health among adult female victims of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 127-143.
- Karazsia, B. T., Murnen, S. K., & Tylka, T. L. (2017). Is body dissatisfaction changing across time? A cross-temporal meta-analysis. *Psychological bulletin*, 143(3), 293.
- Kearney-Cooke, A., & Ackard, D. M. (2000). The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. *The journal of gender-specific medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia*, 3(6), 54-60.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.
- Kerin, J. L., Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*, 132, 139-146.
- Khan, S. R., Hirsch, J. S., Wambold, A., & Mellins, C. A. (2018). 'I Didn't Want To Be That Girl': The Social Risks of Labeling, Telling, and Reporting Sexual Assault. *Sociological Science*, 5, 432-460.
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907.
- Krug, E. G. (TCA.). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. World Health Organization.
- Latzman, N. E., & Latzman, R. D. (2015). Exploring the link between child sexual abuse and sexually intrusive behaviours: the moderating role of caregiver discipline strategy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 480-490.
- Li, D., Chu, C. M., & Lai, V. (2020). A developmental perspective on the relationship between child sexual abuse and depression: A systematic and meta-analytic review. *Child Abuse Review*, 29(1), 27-47.

- Li, J. C., Noll, J. G., Bensman, H. E., & Putnam, F. W. (2018). Childhood Sexual Abuse Increases Risks for Eating Disorder Symptoms and Eating Disorder-Related Health Problems in Females. In *Child Maltreatment Research, Policy, and Practice* (pp. 11-26). Springer, Cham.
- Liang, B., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2006). Relational outcomes of childhood sexual trauma in female survivors: A longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(1), 42-57.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 59*(2), 359-372.
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory, 16*(1), 29-47.
- MacMillan, H. L., Jamieson, E., & Walsh, C. A. (2003). Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse & Neglect, 27*(12), 1397-1408.
- Malecki, J., Rhodes, P., & Ussher, J. (2018). Childhood trauma and anorexia nervosa: from body image to embodiment. *Health Care for Women International, 39*(8), 936-951.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647-657.
- Maniglio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(2), 96-112.
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 131-148.
- McElvaney, R., Moore, K., O'Reilly, K., Turner, R., Walsh, B., & Guerin, S. (2020). Child sexual abuse disclosures: Does age make a difference? *Child Abuse & Neglect, 99*, 104121.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment, 76*(1), 90-106.

- Merwin, R. M., Zucker, N. L., Lacy, J. L., & Elliott, C. A. (2010). Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience. *Cognition and Emotion*, 24(5), 892-902.
- Ministère de la Sécurité publique du Québec (2015). Statistiques 2015 sur les infractions sexuelles au Québec. Québec, Canada : Publications du Gouvernement du Québec.
- Moazzez, R., & Austin, R. (2018). MEDical conditions and erosive tooth wear. *British Dental Journal*, 224(5), 326-332.
- Moelbert, S. C., Klein, L., Thaler, A., Mohler, B. J., Brozzo, C., Martus, P., ... & Giel, K. E. (2017). Depictive and metric body size estimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 57, 21-31.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753.
- Mora, F., Rojo, S. F., Banzo, C., & Quintero, J. (2017). The impact of self-esteem on eating disorders. *European Psychiatry*, 41(S1), S558-S558.
- Morrison, S. E., Bruce, C., & Wilson, S. (2018). Children's disclosure of sexual abuse: A systematic review of qualitative research exploring barriers and facilitators. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(2), 176-194.
- Muehlenkamp, J. J., Peat, C. M., Claes, L., & Smits, D. (2012). Self-injury and disorderED eating: Expressing emotion dysregulation through the body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(4), 416-425.
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 321-337.
- Oates, R. K. (2004). Sexual abuse and suicidal behaviour. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 487-489.
- Organisation mondiale de la santé (2012). *Comprendre et lutter contre la violence sexuelle à l'égard des femmes*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf?sequence=1
- Paine, M. L., & Hansen, D. J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 271-295.

- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- PerEDA, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338.
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R., & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 475-481.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Quilliot, D., Brunaud, L., Mathieu, J., Quenot, C., Sirveaux, M. A., Kahn, J. P., ... & Witkowski, P. (2019). Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 276, 134-141.
- Rellini, A., & Meston, C. (2007). PSYCHOLOGY: Sexual Function and Satisfaction in Adults Based on the Definition of Child Sexual Abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1312-1321.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410.
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198.
- Rosenthal, M. Z., Hall, M. L. R., Palm, K. M., Batten, S. V., & Follette, V. M. (2005). Chronic avoidance helps explain the relationship between severity of childhood sexual abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 25-41.
- RQCALACS (2020, avril). *L'agression à caractère sexuel*. Repéré à <http://calacsrimouski.com/a-propos-des-agressions-a-caractere-sexuel/lagression-a-caractere-sexuel/>
- Sack, M., Boroske-Leiner, K., & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 315-320.

- Schaeffer, P., Leventhal, J. M., & Asnes, A. G. (2011). Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 343-352.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2011). Self-defining as sexually abused and adult sexual risk behaviour: Results from a cross-sectional survey of women attending an STD clinic. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 353-362.
- Slevec, J. H., & Tiggemann, M. (2011). Predictors of body dissatisfaction and disorder eating in middle-aged women. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 515-524.
- Silvern, L., Waelde, L. C., Baughan, B. M., Karyl, J., & Kaersvang, L. L. (2000). Two formats for eliciting retrospective reports of child sexual and physical abuse: Effects on apparent prevalence and relationships to adjustment. *Child Maltreatment*, 5(3), 236-250.
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2018). Trauma, eating problems, and eating disorders. In *Annual Review of Eating Disorders*. (113-124). CRC Press.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 365-371.
- Stander, V. A., Olson, C. B., & Merrill, L. L. (2002). Self-definition as a survivor of childhood sexual abuse among Navy recruits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 369.
- Steever, E. E., Follette, V. M., & Naugle, A. E. (2001). The correlates of male adults' perceptions of their early sexual experiences. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 189-204.
- Steiger, H., & Bruce, K. R. (2007). Phenotypes, endophenotypes, and genotypes in bulimia spectrum eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 220-227.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206.

- 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.
- Striegel-Moore, R. H., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2002). Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(11), 1902-1907.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62*(3), 181.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research, 197*(1-2), 103-111.
- Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., & Polusny, M. A. (2011). Pathways from child sexual abuse to adult depression: The role of parental socialization of emotions and alexithymia. *Psychology of Violence, 1*(2), 121.
- Thomas, R., Siliquini, R., Hillegers, M. H., & Jansen, P. W. (2020). The association of adverse life events with children's emotional overeating and restrainED eating in a population-basED cohort. *International Journal of Eating Disorders, 53*(10), 1709-1718.
- Thompson, J. K., Covert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S. et Cattarin, J. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders, 18*(3), 221-236.
- Thompson, J. K., Van Den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., & Heinberg, L. J. (2004). The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *International journal of eating disorders, 35*(3), 293-304.
- Thompson, K. M., & Wonderlich, S. A. (2004). Child Sexual Abuse and Eating Disorders.
- Tolosa-Sola, I., Gunnard, K., Giménez Muniesa, C., Casals, L., Grau, A., & Farré, J. M. (2019). Body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Which factors interfere with sexuality in women with eating disorders?. *Journal of Health Psychology, 24*(11), 1526-1535.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology, 23*(2), 453-476.

- Tylka, T. L., Calogero, R. M., & Daniëlsdóttir, S. (2019). Intuitive eating is connectED to self-reportED weight stability in community women and men. *Eating Disorders*, 1-9.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). PrEDictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 369-389.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782.
- Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mEDIators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(1), 74-93.
- Unthank, K. W. (2019). How self-blame empowers and disempowers survivors of interpersonal trauma: An intuitive inquiry. *Qualitative Psychology*, 6(3), 359.
- Valentine, S. E., & Pantalone, D. W. (2013). Correlates of perceptual and behavioural definitions of abuse in HIV-positive sexual minority men. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 417.
- Van der Kolk, B. A. (2017). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Villarroel, A. M., Penelo, E., Portell, M. et Raich, R.M. (2012). Childhood sexual and physical abuse in Spanish female undergraduates: Does it affect eating disturbances? *Europen Eating Disorders Review*, 20(1), e32-e41.
- Vinette, S. (2001). Image corporelle et minceur: à la poursuite d'un idéal élusif. *Reflets: Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, 7(1), 129-151.
- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 159(5), 664-671.

- Wagenmans, A., Van Minnen, A., Slijpen, M., & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focusED treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1430962.
- Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structurED literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associatED potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272-283.
- Watson, B., & Halford, W. K. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationships. *Violence and Victims*, 25(4), 518.
- Williams, S., & Reid, M. (2010). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. *Psychology and Health*, 25(5), 551-567.
- Witkowska, P. (2019). Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research*, 276, 134-141.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jocic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107-1115.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Roberts, J. A., Haseltine, B., DeMUTH, G. A. I. L., & Thompson, K. M. (2000). Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1277-1283.
- Wyatt, G. E., & Peters, S. D. (1986). Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research. *Child Abuse & Neglect*, 10(2), 231-240.
- Yancey, C. T., Hansen, D. J., & Naufel, K. Z. (2011). Heterogeneity of individuals with a history of child sexual abuse: An examination of children presenting to treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(2), 111-127.

Appendice A
Questionnaire socio-démographique

Questionnaire d'informations générales

1. Quel âge avez-vous : _____ ans

2. Êtes-vous :

- Une femme
- Un homme
- Non-binaire
- Autre, spécifier : _____

3. À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Blanc / Caucasiens
- Noir (ex., Haïtien, Africain, Jamaïquain, Somalien)
- Latino / Hispanique
- Asiatique (ex., Chinois, Japonais, Vietnamien)
- Natif / Première Nation / Métis
- Autre, spécifier : _____

4. Quelle orientation sexuelle vous décrit le mieux ?

- Hétérosexuelle
- Homosexuelle
- Bisexuelle
- Asexuelle
- Pansexuelle
- Autre, spécifier : _____

5. Quel est votre statut civil actuel ?

- Célibataire
- En couple
- Mariée
- Veuve
- Séparée ou divorcée

6. Quel est votre revenu annuel ?

- 19 999\$ et moins
- 20 000\$ à 39 999\$
- 40 000\$ à 59 999\$
- 60 000\$ et plus

7. Quel est votre poids corporel actuel (en livres ou en kilos) ?

- _____ livres
- _____ kilos

8. Quel est votre taille (grandeur) actuel (en pieds ou en mètres) ?

- _____ pieds
- _____ mètres

Appendice B
Childhood Trauma Questionnaire

FP-04 Expériences familiales passées

Consigne : Les énoncés suivants portent sur des expériences difficiles pouvant avoir été vécues par les adultes au cours de leur enfance. Ils visent à indiquer dans quelle mesure vous avez vécu ces énoncés lorsque vous étiez enfant. Pour chaque énoncé, cocher la case qui correspond à votre réalité.

<i>Au cours de mon enfance...</i>	Never true	Rare- ly true	Occa- sion- ally true	Often true	Very often true
1. J'ai manqué de nourriture.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
2. Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
3. Les membres de ma famille me traitaient de «stupide», «paresseux(se)» ou «laid(e)».	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
5. Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé(e) à avoir une bonne estime de moi.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
6. J'ai dû porter des vêtements sales.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
7. Je me sentais aimé(e).	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
8. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
9. J'ai été frappé(e) par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
10. J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
11. J'ai eu des relations sexuelles avec un adulte ou quelqu'un de beaucoup plus vieux que moi (au moins 5 ans de plus que moi).	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
12. J'ai été battu(e) avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur).	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
14. Mes parents me disaient des choses blessantes et/ou insultantes.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
15. Je me croyais abusé(e).	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
16. J'ai été battu(e) au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
17. Je me sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
18. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○

FP-04 Expériences familiales passées

<i>Au cours de mon enfance...</i>	Jamais vrai	Rare-ment vrai	Quel-quefois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
19. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
20. Un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
21. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
22. Je croyais être abusé(e) émotionnellement.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
23. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin, lorsque nécessaire.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
24. Je croyais être abusé(e) sexuellement.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○
25. Ma famille était source de force et de soutien.	<input type="radio"/> 1○	<input type="radio"/> 2○	<input type="radio"/> 3○	<input type="radio"/> 4○	<input type="radio"/> 5○

Nom du questionnaire : Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et Fink, 1998).

Appendice C
Expérience sexuelle non désirée

Questionnaire expérience sexuelle non désirée

1. Lorsque vous étiez enfant, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous eu un acte à caractère sexuel non-désiré (alors que vous ne le vouliez pas) avec l'une des personnes suivantes :

- Je n'ai pas vécu d'acte à caractère sexuel non-désiré
- Mère, père, beau-père, belle-mère, figure paternelle ou maternelle
- Une personne de votre entourage (ami, professeur, etc.)
- Frère, sœur, demi-frère, demi-sœur
- Cousin ou cousine
- Ami(e), connaissance, partenaire amoureux(se)
- Ami(e) de la famille ou autre personne connue (ex., voisin(e) ou collègue)
- Professeur(e), gardien(ne), entraîneur(e) ou toute autre personne en position d'autorité par rapport à vous
- Un(e) étranger(ère)/inconnu(e)
- Autre, spécifier : _____

Répondez aux questions qui suivent en vous rapportant aux actes à caractère sexuel que vous venez de rapporter. Si vous avez rapporté plusieurs actes à caractère sexuel, veuillez indiquer tous les choix de réponse qui s'appliquent.

2. Quel âge aviez-vous (si vous avez vécu plusieurs expériences, inscrivez l'âge que vous aviez lors du premier acte à caractère sexuel non-désiré) :

_____ ans

3. De quel(s) type(s) d'acte à caractère sexuel s'agissait-il ? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent) ?

- Propositions verbales d'actes sexuels
- Exposition à des scènes/images/vidéos sexuelles
- Voyeurisme (quelqu'un voulait vous voir nu)
- Exhibitionnisme (quelqu'un vous a montré ses organes génitaux)
- Attouchements sexuels (toucher, caresser, embrasser)
- Sexe oral (cunnilingus, fellation)
- Tentative de pénétration (anale ou vaginale avec un pénis ou un objet)
- Pénétration, relation sexuelle (anale ou vaginale avec un pénis ou un objet)
- Autre, spécifier : _____

4. Avez-vous parlé d'un de ces actes à caractère sexuel à quelqu'un ?

- Oui
- Non

Appendice D
Eating Disorder Examination Questionnaire

**Questionnaire d'examen des troubles alimentaires
EDE-Q**

Consigne : Les questions suivantes concernent seulement les quatre dernières semaines (28 jours). Veuillez lire chaque question attentivement. Veuillez répondre à toutes les questions. Merci.

Questions 1 à 12 : Veuillez cocher le chiffre approprié à droite. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Pendant combien de jours durant les 28 jours passés... **Aucun 1-5 6-12 13-15 16-22 23-27 Chaque jour**

1. Avez-vous intentionnellement essayé de limiter la quantité de nourriture que vous mangez pour influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?

0 1 2 3 4 5 6

2. Avez-vous déjà passé de longues périodes (8 heures de veille ou plus) sans rien manger du tout dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids ?

0 1 2 3 4 5 6

3. Avez-vous essayé d'exclure de votre alimentation des aliments que vous aimez dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?

0 1 2 3 4 5 6

4. Avez-vous essayé de suivre des règles précises concernant votre alimentation (par exemple, une limitation de calories) dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids (que vous ayez réussi ou non)?

0 1 2 3 4 5 6

5. Avez-vous eu fermement envie d'avoir l'estomac vide dans le but d'influencer votre silhouette ou votre poids?

0 1 2 3 4 5 6

6. Avez-vous eu fermement envie d'avoir un ventre complètement plat ?

0 1 2 3 4 5 6

7. Est-ce que le fait de penser à la nourriture, au fait de manger ou aux calories vous a beaucoup gêné-e pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent (par exemple, travailler, suivre une conversation, ou lire)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Est-ce que le fait de penser à votre silhouette ou à votre poids vous a beaucoup gêné-e pour vous concentrer sur les choses qui vous intéressent (par exemple, travailler, suivre une conversation, ou lire)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Avez-vous clairement eu peur de perdre le contrôle sur votre alimentation?	0	1	2	3	4	5	6
10. Avez-vous clairement eu peur d'une possible prise de poids?	0	1	2	3	4	5	6
11. Vous êtes-vous senti-e gros-se?	0	1	2	3	4	5	6
12. Avez-vous eu une forte envie de perdre du poids?	0	1	2	3	4	5	6

Questions 13-18 : Veuillez compléter l'espace à droite avec les chiffres appropriés.
Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Durant les quatre semaines passées (28 jours) ...

13. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé ce que d'autres personnes considéraient comme une quantité anormalement grande de nourriture (étant donné les circonstances)?

14. Lors de ces épisodes, combien de fois avez-vous eu le sentiment de perdre le contrôle sur votre comportement alimentaire (au moment où vous mangiez)?

15. Durant les 28 derniers jours, pendant combien de JOURS ont eu lieu ces épisodes d'excès de nourriture (c.-à-d., vous avez mangé une quantité anormalement grande de nourriture et vous avez eu le sentiment de perdre le contrôle à ce moment)?

16. Durant les 28 derniers jours, combien de fois vous êtes-vous fait-e vomir comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids?

17. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des laxatifs comme moyen de contrôler votre silhouette ou votre poids?

18. Durant les 28 derniers jours, combien de fois avez-vous fait de l'exercice sans pouvoir vous en empêcher, de façon irrésistible, pour contrôler votre poids, votre silhouette ou votre quantité de graisse, ou pour brûler des calories?

Questions 19 à 21 : Veuillez entourer le chiffre approprié. Nous vous prions de noter que pour ces questions le terme « crises de boulimie » signifie manger une quantité de nourriture que les autres considéreraient comme anormalement grande pour les circonstances, accompagné d'un sentiment d'avoir perdu le contrôle sur le comportement alimentaire.

19. Durant les 28 derniers jours, Aucun 1-5 6-12 13-15 16-22 23-27 Chaque
pendant combien de jours jour jours jours jours jours jour
avez-vous mangé en secret 0 1 2 3 4 5 6
(c.-à-d., en cachette)?
...Ne comptez pas les
épisodes de crises de boulimie.

20. Combien de fois vous êtes- Aucune Quelques Moins de La moitié Plus de La plupart
Chaque fois fois la moitié des fois la moitié des fois fois
vous senti-e coupable de manger (avez-vous ressenti avoir fait quelque chose de mal) en raison des conséquences de ces prises d'aliments sur votre silhouette ou votre poids? ...Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie

21. Durant les 28 derniers jours, Pas du tout Légèrement Modérément
Fortement est-ce que l'idée que d'autres personnes pourraient vous voir manger vous a inquiété-e?
...Ne comptez pas les épisodes de crises de boulimie

Questions 22 à 28: Veuillez entourer le chiffre approprié à droite. Rappelez-vous que les questions se réfèrent seulement aux quatre dernières semaines (28 jours).

Durant les 28 jours passés... Pas du tout Légèrement Modérément Fortement

22. Est-ce que votre poids a influencé l'idée (jugement) que vous avez de vous-même

en tant que personne? 0 -1 2 3 4 5 6

23. Est-ce que votre silhouette a influencé l'opinion (jugement) que vous avez de vous-même en tant que personne? 0 1 2 3 4 5 6

24. A quel point cela vous aurait-il contrarié-e si on vous avait demandé de vous peser une fois par semaine (pas plus ou moins souvent) pendant quatre semaines? 0 1 2 3 4 5 6

25. A quel point avez-vous été insatisfait-e de votre poids? 0 1 2 3 4 5 6

26. A quel point avez-vous été insatisfait-e de votre silhouette? 0 1 2 3 4 5 6

27. A quel point étiez-vous mal à l'aise à la vue de votre corps (par ex., voir votre silhouette dans le miroir, dans le reflet d'une vitrine de magasin, en train de vous déshabiller ou de prendre un bain ou une douche)? 0 1 2 3 4 5 6

28. A quel point étiez-vous mal à l'aise du fait que les autres voient votre silhouette ou vos formes (par ex., dans des vestiaires communs, quand vous nagez, ou portez des habits serrés)? 0 1 2 3 4 5 6

Si vous êtes une femme : Durant les trois à quatre derniers mois, avez-vous eu une absence de règles?

.....

Si oui, combien de fois?

Avez-vous pris ou prenez-vous actuellement la pilule?

Appendice E
Intuitive Eating Scale

Attitudes et comportements reliés à l'alimentation

Directives: Pour chaque item, veuillez encercler la réponse caractérisant le mieux vos attitudes et vos comportements.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5
1.	J'essaie d'éviter certains aliments qui sont riches en gras, en glucides ou en calories.			1 2 3 4 5	
2.	Je me retrouve en train de manger lorsque je me sens émotive (ex. anxieuse, déprimée, triste) même si je n'ai pas physiquement faim.			1 2 3 4 5	
3.	Si j'ai vraiment envie d'un aliment en particulier, je me permets de le manger.			1 2 3 4 5	
4.	Je deviens fâchée envers moi-même lorsque je mange quelque chose qui est mauvais pour la santé.			1 2 3 4 5	
5.	Je me retrouve en train de manger lorsque je me sens seule même si je n'ai pas physiquement faim.			1 2 3 4 5	
6.	Je fais confiance à mon corps pour me dire quand manger.			1 2 3 4 5	
7.	Je fais confiance à mon corps pour me dire quoi manger.			1 2 3 4 5	
8.	Je fais confiance à mon corps pour me dire quelle quantité manger.			1 2 3 4 5	
9.	J'ai certains aliments interdits que je ne m'autorise pas à manger.			1 2 3 4 5	
10.	J'utilise la nourriture pour m'aider à apaiser mes émotions négatives.			1 2 3 4 5	
11.	Je me retrouve en train de manger lorsque je suis stressée même si je n'ai pas physiquement faim.			1 2 3 4 5	
12.	Je suis capable de gérer mes émotions négatives (ex. anxiété, tristesse) sans me tourner vers la nourriture pour me réconforter.			1 2 3 4 5	
13.	Quand je m'ennuie, je ne me mets PAS à manger juste pour m'occuper.			1 2 3 4 5	
14.	Quand je me sens seule, je ne me tourne PAS vers la nourriture pour me réconforter.			1 2 3 4 5	

15.	Je trouve des moyens autres que manger pour gérer mon stress et mon anxiété.	1 2 3 4 5
16.	Je me permets de manger les aliments dont j'ai envie sur le moment.	1 2 3 4 5
17.	Je ne suis PAS de règles alimentaires ou de diètes qui me dictent quoi, quand et/ou quelle quantité manger.	1 2 3 4 5
18.	La plupart du temps, j'ai le désir de manger des aliments nutritifs.	1 2 3 4 5
19.	Je mange principalement des aliments qui permettent à mon corps de bien fonctionner (ou de fonctionner efficacement).	1 2 3 4 5
20.	Je mange principalement des aliments qui fournissent énergie et vigueur à mon corps.	1 2 3 4 5
21.	Je me fie à mes signaux de faim pour m'indiquer quand manger.	1 2 3 4 5
22.	Je me fie à mes signaux de satiété (le fait de me sentir pleine) pour m'indiquer quand arrêter de manger.	1 2 3 4 5
23.	Je fais confiance à mon corps pour m'indiquer quand arrêter de manger.	1 2 3 4 5

Appendice F
Body-Esteem Scale

BODY-ESTEEM SCALE

Nous vous proposons une série d'affirmations. Lisez, s'il vous plaît, chaque affirmation et entourez la réponse de votre choix :

Jamais = 1 / Rarement = 2 / Quelques fois = 3 / Souvent = 4 / Toujours = 5

1. J'aime ce que je représente en photo	1	2	3	4	5
2. Les autres me trouvent beau/belle	1	2	3	4	5
3. Je suis fier/fière de mon corps	1	2	3	4	5
4. Je suis préoccupé(e) par l'envie de modifier ma masse corporelle	1	2	3	4	5
5. Je pense que mon apparence pourrait m'aider à obtenir un travail	1	2	3	4	5
6. J'aime ce que je vois lorsque je me regarde dans un miroir	1	2	3	4	5
7. Il y a beaucoup de choses que je changerai à mon apparence si je le pouvais	1	2	3	4	5
8. Je suis content(e) de mon poids	1	2	3	4	5
9. J'aimerais être plus beau/belle	1	2	3	4	5
10. J'aime vraiment mon poids	1	2	3	4	5
11. J'aimerais ressembler à quelqu'un d'autre	1	2	3	4	5
12. Les personnes de mon âge apprécient mon apparence	1	2	3	4	5
13. Mon apparence me dérange	1	2	3	4	5
14. Je suis aussi beau/belle que la plupart des gens	1	2	3	4	5
15. Je suis plutôt content(e) de mon apparence	1	2	3	4	5
16. Je pense que mon poids est proportionnel à ma taille	1	2	3	4	5
17. J'ai honte de mon apparence	1	2	3	4	5
18. Me peser me déprime	1	2	3	4	5
19. Mon poids me rend malheureux/malheureuse	1	2	3	4	5
20. Mon apparence m'aide à obtenir des rendez-vous amoureux	1	2	3	4	5
21. Je suis préoccupé(e) par mon apparence	1	2	3	4	5
22. Je pense que mon corps est bien	1	2	3	4	5
23. J'ai l'air aussi beau/belle que je le souhaiterais	1	2	3	4	5

Appendice G
Difficulties in Emotion Regulation Scale

DERS

No. Dossier _____
Date _____

Veuillez inscrire le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord à chacune des phrases suivantes.

- (1) Presque jamais**
- (2) Quelques fois**
- (3) La moitié du temps**
- (4) La plupart du temps**
- (5) Presque toujours**

1. Je comprends bien mes sentiments. _____
- 2) Je porte attention à ce que je ressens. _____
- 3) Mes émotions sont accablantes et impossibles à maîtriser. _____
- 4) Je ne sais pas du tout comment je me sens. _____
- 5) J'ai de la difficulté à saisir mes sentiments. _____
- 6) Je suis à l'écoute de mes sentiments. _____
- 7) Je sais exactement comment je me sens. _____
- 8) J'accorde de l'importance à ce que je ressens. _____
- 9) Je suis confus(e) par ce que je ressens. _____
- 10) Lorsque je suis contrarié(e), je tiens compte de mes émotions. _____
- 11) Lorsque je suis contrarié(e), je suis en colère contre moi-même. _____
- 12) Lorsque je suis contrarié(e), cette réaction finit par m'embarrasser. _____

- 1) Presque jamais**
- (2) Quelques fois**
- (3) La moitié du temps**
- (4) La plupart du temps**
- (5) Presque toujours**

- 13) Lorsque je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à faire mon travail._____
- 14) Lorsque je suis contrarié(e), je perds la maîtrise de la situation._____
- 15) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai l'impression que je vais le rester pour un bon moment._____
- 16) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai l'impression que je vais finir par devenir très déprimé(e)._____
- 17) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai l'impression que mes sentiments sont valables et importants._____
- 18) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai de la difficulté à passer à autre chose._____
- 19) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai l'impression de ne plus rien maîtriser._____
- 20) Lorsque je suis contrarié (e), j'arrive quand même à faire ce que j'ai à faire._____
- 21) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai honte de me sentir ainsi._____
- 22) Lorsque je suis contrarié (e), je sais que certains moyens peuvent m'aider à me sentir mieux._____
- 23) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai l'impression d'être vulnérable._____
- 24) Lorsque je suis contrarié (e), je sens que je peux maîtriser mon comportement._____
- 25) Lorsque je suis contrarié (e), je me sens coupable de me sentir ainsi._____
- 26) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai de la difficulté à me concentrer._____
- 27) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai de la difficulté à maîtriser mon comportement._____
- 28) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai l'impression qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux._____

- (1) Presque jamais**
- (2) Quelques fois**
- (3) La moitié du temps**
- (4) La plupart du temps**
- (5) Presque toujours**

- 29) Lorsque je suis contrarié (e), cette réaction finit par m'agacer._____
- 30) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai une très mauvaise opinion de moi._____
- 31) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai l'impression que je ne peux que me morfondre._____
- 32) Lorsque je suis contrarié (e), je perds la maîtrise de mon comportement._____
- 33) Lorsque je suis contrarié (e), j'ai de la difficulté à penser à autre chose._____
- 34) Lorsque je suis contrarié (e), je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment._____
- 35) Lorsque je suis contrarié (e), cela peut me prendre beaucoup de temps avant que je puisse me sentir mieux._____
- 36) Lorsque je suis contrarié (e), mes émotions me semblent insurmontables._____