

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Facteurs de risque de l'agression sexuelle à l'âge adulte chez les victimes d'une
agression sexuelle à l'enfance

Par

Stéphanie Lemieux

Mémoire présenté à la faculté d'éducation

En vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences (M.Sc.)

Maîtrise en psychoéducation

Janvier 2015

© Stéphanie Lemieux, 2015

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de l'éducation

Facteurs de risque de l'agression sexuelle à l'âge adulte chez les victimes d'une
agression sexuelle à l'enfance

Stéphanie Lemieux

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marc Tourigny _____ Directeur de recherche

Geneviève Paquette _____ Autre membre du jury

Luc Touchette _____ Autre membre du jury

Mémoire accepté le 4 février 2015

SOMMAIRE

Les victimes d'agression sexuelle à l'enfance (ASE) sont exposées à un risque plus élevé que les non-victimes de vivre une agression sexuelle subséquente une fois adulte (ASA). Ce phénomène préoccupant en raison de son ampleur et de la sévérité des séquelles qui s'ensuivent réfère à la revictimisation sexuelle. Cette étude longitudinale vise à identifier les facteurs de risque de l'ASA chez les victimes d'ASE en se basant sur le modèle intégratif élaboré par Hébert, Daigneault et Van Camp (2012). L'échantillon de convenance se compose de 514 participants provenant de quatre écoles secondaires de trois villes du Québec. Ces derniers ont été interrogés à trois reprises entre l'âge de 18 ans et de 21 ans. L'échantillon final est formé de 68 participants qui ont déclaré avoir vécu une ASE et, de ce nombre, 33 (49 %) déclarent avoir subi une ASA. Diverses variables indépendantes se rapportant principalement à la sphère individuelle de la victime d'ASE ont été évaluées, dont les caractéristiques des agressions sexuelles et les séquelles comportementales et psychologiques d'une ASE. Des analyses de régressions logistiques ont été effectuées afin d'identifier les variables indépendantes qui caractérisent le groupe de participants ASE-ASA du groupe ASE. Les résultats indiquent que seul un niveau élevé de symptômes d'anxiété prédit de façon significative l'augmentation du risque d'agression sexuelle à l'âge adulte. La discussion des résultats mettra en lumière les implications cliniques à privilégier afin d'intervenir rapidement et adéquatement auprès des victimes d'ASE afin de prévenir la revictimisation sexuelle à l'âge adulte.

Mots clés : agression sexuelle à l'enfance, agression sexuelle à l'âge adulte, facteurs de risque, jeunes adultes, étude longitudinale.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
LISTE DES TABLEAUX	7
INTRODUCTION	8
PREMIER CHAPITRE – LA REVICTIMISATION SEXUELLE, UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE ET ALARMANT	10
1. LES AGRESSIONS SEXUELLES À L'ENFANCE, UN PHÉNOMÈNE SOCIAL PRÉOCCUPANT	10
2. AMPLEUR ET CONSÉQUENCES DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE	13
3. LA COMPLÉMENTARITÉ DES MODÈLES DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE	15
3.1. Le modèle des dynamiques traumagéniques	15
3.2. Le modèle déductif	16
3.3. Le modèle écologique.....	16
3.4. Le modèle «lire» - Réagir - Répondre (<i>Read-React-Respond</i>).....	18
3.5. Le modèle intégratif.....	20
4. RECENSIONS DES ÉCRITS EXISTANTES RELATIVES AUX FACTEURS DE RISQUE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE	22
4.1. Synthèse des résultats	23
4.2. Synthèse des limites des études empiriques sélectionnées dans les travaux de recensions des écrits	26
4.3. Limites des travaux de recensions des écrits	27
5. RECENSION DES ÉCRITS	29
5.1. Objectif et pertinence de la recension des écrits.....	29
5.2. Critères de sélection des études	30
5.3. Méthode d'identification des études recensées.....	31
5.4. Présentation des caractéristiques méthodologiques des études recensées	33

5.5. Limites des études recensées	37
5.6. Présentation des résultats des études recensées	38
6. OBJECTIF ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE	42
DEUXIÈME CHAPITRE – MÉTHODOLOGIE	45
1. DEVIS DE RECHERCHE	45
2. PROCÉDURE	45
3. ÉCHANTILLON	46
4. INSTRUMENTS DE MESURE	48
4.1. Variable dépendante	48
4.2. Variables indépendantes	48
5. STRATÉGIES D'ANALYSE	52
TROISIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS	54
1. FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'AGRESSION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE CHEZ LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE À L'ENFANCE	54
1.1. Analyses bivariées	54
1.2. Analyse de la régression logistique	57
QUATRIÈME CHAPITRE – DISCUSSION	59
1. PRÉVALENCE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE	59
2. DIFFÉRENCE DES TAUX DE PRÉVALENCE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE EN FONCTION DU SEXE	60
3. FACTEURS DE RISQUE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE	60
3.1. Anxiété	60
3.2. Abus physique	61
3.3. Autres variables indépendantes	62
4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	63
4.1. Validité interne	63
4.2. Validité externe	65
5. RETOMBÉES CLINIQUES	66
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	71

**ANNEXE A – CORRÉLATIONS ENTRE LES VARIABLES
INDÉPENDANTES DISTINGUANT SIGNIFICATIVEMENT LES ASE-ASA
DES ASE SANS ASA LORS DES ANALYSES BIVARIÉES76**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques méthodologiques des études sur les facteurs de risque de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte.	35
Tableau 2 - Synthèse des trajectoires de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte. .	39
Tableau 3 - Caractéristiques des agressions sexuelles vécues à l'âge adulte par le groupe ASE -ASA.	47
Tableau 4 - Résultats des analyses de Test-T: comparaisons des moyennes des variables indépendantes entre les groupes ASE-ASA et ASE.	54
Tableau 5 - Résultats des analyses de Chi-carré: comparaisons des fréquences des variables indépendantes entre les groupes ASE-ASA et ASE.....	56
Tableau 6 - Résultats des analyses de régression logistique des variables indépendantes associées à l'agression sexuelle à l'âge adulte chez les victimes d'agression sexuelle à l'enfance.	58

INTRODUCTION

Les agressions sexuelles à l'enfance (ASE) sont un phénomène prévalent dans notre société qui a grandement été étudié par de nombreux chercheurs. Les conséquences de ce type de maltraitance sont variées et peuvent compromettre le développement des enfants qui en sont victimes. L'une des conséquences préoccupantes de l'ASE est sans doute le risque élevé pour ces victimes de revivre une agression sexuelle une fois adulte (ASA). Ce phénomène réfère à la revictimisation sexuelle à l'âge adulte (RSA). Les raisons pour lesquelles certains enfants victimes d'ASE risquent davantage que d'autres d'être revictimisés sexuellement sont peu comprises, car un nombre limité de chercheurs se sont penchés sur cette question. Dans le cadre de ce mémoire, l'étude visera à identifier les facteurs qui prédisent une augmentation du risque d'ASA chez une population de victimes d'ASE. Cette étude permettra donc d'offrir une meilleure compréhension du phénomène de la RSA. Afin d'évaluer l'ampleur de ce phénomène, cette étude poursuivra comme objectif secondaire d'estimer le taux de prévalence des victimes d'ASE qui vivent une ASA.

Le premier chapitre abordera la problématique de la RSA et comprend six sections distinctes: a) la présentation de la problématique d'ASE en ce qui a trait à l'ampleur et ses conséquences ainsi que la force du lien entre l'ASE et l'ASA, b) la présentation de la problématique de la RSA en rapport à l'ampleur et ses conséquences, c) la présentation des modèles de la RSA, d) la présentation d'une synthèse des recensions des écrits les plus pertinentes portant sur les facteurs de risque de la RSA, e) la présentation de la recension des écrits portant sur les études longitudinales ayant évaluées les facteurs de risque de la RSA et f) l'objectif et la pertinence scientifique de l'étude réalisée aux fins de ce mémoire.

Le second chapitre décrira la méthodologie de cette étude en rapport au devis de recherche, aux procédures de recrutement des participants, à l'échantillon, aux instruments de mesure et aux stratégies d'analyse utilisées.

Le troisième chapitre portera sur les résultats des analyses descriptives, bivariées et de régression logistique multiple qui ont permis de répondre aux deux objectifs poursuivis par ce projet de recherche.

Finalement, les résultats seront discutés dans le quatrième chapitre, suivis des limites et des forces de cette étude. Une discussion sur les implications cliniques des résultats terminera ce chapitre.

PREMIER CHAPITRE – LA REVICTIMISATION SEXUELLE, UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE ET ALARMANT

1. LES AGRESSIONS SEXUELLES À L'ENFANCE, UN PHÉNOMÈNE SOCIAL PRÉOCCUPANT

Les agressions sexuelles à l'enfance (ASE) représentent un phénomène d'une grande ampleur sur le plan social. Stoltenborgh, Van IJzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg (2011) ont réalisé une méta-analyse sur la prévalence internationale de ce problème, comprenant 217 études publiées entre 1982 et 2008, soit 331 échantillons distincts totalisant 9 911 748 participants. Leurs résultats démontrent que 18 % des femmes et 8 % des hommes rapportent avoir vécu une forme d'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans. Lorsque la prévalence pour les enfants nord-américains est mesurée indépendamment de celle des autres continents, le taux d'ASE pour les femmes augmente légèrement à 20 % et demeure à 8 % pour les hommes.

Les conséquences négatives liées à cette forme de maltraitance sont également préoccupantes et interfèrent dans les diverses sphères de la vie des victimes et de leurs proches. Ces conséquences peuvent s'étaler sur une courte période, mais également à plus long terme, allant jusqu'à menacer le développement à l'adolescence et à l'âge adulte. Une recension systématique de 14 recensions des écrits scientifiques portant sur les effets à court et à long terme de l'ASE (Maniglio, 2009) démontre clairement que l'ASE contribue au développement de psychopathologies et a des répercussions importantes sur le plan psychologique, comportemental, sexuel et social.

Sur le plan psychologique, les victimes d'une ASE sont plus à risque que les non-victimes de manifester des symptômes de stress post-traumatique, des

symptômes de dépression, un trouble anxieux, un trouble obsessionnel-compulsif, des troubles alimentaires, un trouble de personnalité limite et des troubles de nature psychotique. Ces derniers se traduisent principalement par des idéations paranoïdes. Outre la présence de symptômes ou d'un trouble de santé mentale, ces victimes sont plus susceptibles de présenter une faible estime de soi, de l'hostilité, un concept de soi erroné et des idéations suicidaires. De surcroît, elles sont plus enclines à commettre des tentatives de suicide et à manifester des comportements d'automutilation que les non-victimes.

Au niveau comportemental, les victimes d'ASE s'engagent plus souvent que les non-victimes dans des comportements à risque, dont la consommation abusive de substances et l'adoption de comportements sexuels risqués. De manière plus précise, les comportements sexuels à risque s'expriment principalement par une précocité de l'engagement dans des activités sexuelles, des relations sexuelles non-protégées et par le fait que les victimes ont des relations sexuelles avec un plus grand nombre de partenaires. Elles sont également plus susceptibles de présenter des perturbations au niveau de leur développement sexuel. D'ailleurs, ces perturbations pourraient entre autres s'expliquer par le risque présenté par les victimes de développer des malaises physiques tels que des douleurs pelviennes chroniques chez les femmes.

Sur le plan social, les victimes d'ASE rapportent plus de difficultés interpersonnelles que les non-victimes. Maniglio (2009) suggère que ces difficultés sont causées par la présence d'un sentiment d'être inadéquat ou inférieur, ce qui provoque un inconfort dans leurs interactions avec autrui.

Finalement, l'une des conséquences les plus préoccupantes de l'ASE est sans doute le risque accru pour les victimes d'être à nouveau la cible d'une agression sexuelle (Maniglio, 2009). Ce phénomène réfère à la revictimisation sexuelle. Dans les écrits scientifiques, la revictimisation sexuelle se définit de différentes manières. Dans sa perspective la plus large, elle est associée à deux incidents indépendants

d'agressions sexuelles perpétrées par un agresseur différent. Aux fins de ce présent travail, la définition de la revictimisation sexuelle se limitera au fait de subir une ASE soit avant l'âge de 18 ans et de vivre une ASA, soit après l'âge de 18 ans.

La relation entre une ASE et une ASA est clairement démontrée empiriquement dans les écrits scientifiques. À la lumière d'une méta-analyse comportant 19 études dont l'un des objectifs visait à examiner l'ampleur de ce lien, Roodman et Clum (2001) ont démontré une relation modérée, soit une taille d'effet de 0,59. Cette relation a clairement été démontrée auprès d'échantillons cliniques, de la population générale et d'étudiantes de niveau collégial et universitaire (Roodman et Clum, 2001).

Dans un même ordre d'idée, les résultats d'une recension des écrits portant sur les facteurs associés à la revictimisation sexuelle à l'âge adulte (RSA) et qui comprend une trentaine d'études, ont démontré que les femmes victimes d'une ASE présentent un risque de deux à trois plus élevé que les femmes non-victimes d'ASE de vivre une ASA (Classen, Palesh et Aggarwal, 2005). Dans une recension des écrits récente portant sur les facteurs associés à la RSA, Ghimire et Follette (2011) corroborent les précédents résultats, tout en évaluant le risque en fonction de la nature de l'agression sexuelle à l'enfance et du lien avec l'agresseur. Il en résulte que lorsque seul le viol est considéré, ces femmes victimes s'exposent à un risque de deux fois plus élevé d'être à nouveau victime de cette forme d'agression que les femmes n'ayant pas vécu d'ASE. Quant aux hommes, selon les résultats d'une étude menée auprès d'un échantillon provenant de la population générale de 8000 hommes (Desai, Arias, Thompson et Basile, 2002), les hommes ASE présentent un risque approximativement cinq fois plus élevé de vivre une ASA perpétrée par un partenaire non-intime que ceux n'ayant pas vécu une ASE.

2. AMPLEUR ET CONSÉQUENCES DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE

Dans une méta-analyse réalisée en 2001, Roodman et Clum (2001) ont démontré des taux de RSA variant entre 15 % et 75 %. Plus récemment, Zlotnik (2014) a réalisé une méta-analyse composée de 78 études totalisant un échantillon de 35 378 participants. Il visait notamment à reproduire la méta-analyse de Roodman et Clum (2001), à estimer le taux de prévalence de la RSA et à identifier les facteurs de variation des taux. Il évalue ce taux à 42 %. Les écarts importants relatifs aux taux de prévalence de la RSA à travers la littérature scientifique s'expliqueraient par la taille et la provenance des échantillons ainsi que par le devis de recherche employé, mais également, par la définition retenue de l'ASA et de l'ASE (Zlotnik, 2014). Le lieu de publication des études entraîne également une variation dans les taux rapportés (Zlotnik, 2014).

Les conséquences associées à la revictimisation sexuelle sont inquiétantes, car, d'une part, elles affectent la rémission d'une première agression, mais également, parce qu'elles sont de nature cumulative. En effet, ces conséquences seraient de nature plus sévère que celles manifestées par les victimes d'une seule ASE ou ASA (Aosved, Long et Voller, 2011; Arata, 2002). La sévérité peut en partie s'expliquer par l'exacerbation ou l'accumulation des séquelles d'une victimisation sexuelle antérieure (Arata, 2002).

Dans sa recension des écrits, Arata (2002) a recensé 14 études portant sur les conséquences de la revictimisation sexuelle chez les femmes. Les résultats démontrent que les femmes revictimisées sexuellement sont plus souvent diagnostiquées pour des troubles psychopathologiques que les femmes n'ayant vécu qu'un seul incident de violence sexuelle. En ce sens, elles présentent un niveau de détresse psychologique plus élevé, davantage de symptômes de stress post-traumatique, de symptômes de dissociation et de symptômes de dépression. De surcroît, les taux de suicide et de tentatives de suicide sont supérieurs chez les

femmes revictimisées sexuellement. D'autre part, elles sont plus enclines à se blâmer et à blâmer la société pour leurs agressions sexuelles ce qui les amènent à utiliser des stratégies adaptatives inefficaces.

La revictimisation sexuelle engendrerait également des problèmes de nature interpersonnelle. Dans leurs relations avec autrui, les femmes revictimisées sexuellement sont plus portées que les femmes ayant vécu un seul incident d'agression sexuelle à adopter des comportements de soumission ou de contrôle et à ressentir un malaise dans leur relation intime.

Au plan de leur santé sexuelle, par rapport aux femmes victimes d'une seule ASE, elles sont plus à risque de présenter des infections vaginales répétées, des douleurs pelviennes lors de relations sexuelles avec pénétration et de rapporter un plus grand nombre de maladies transmises sexuellement. En plus, elles rapportent davantage de problèmes de fertilité, de grossesses accidentelles et un taux d'avortement plus élevé.

Quant aux conséquences de la revictimisation sexuelle chez les hommes, la littérature scientifique est limitée et Aosved *et al.* (2011) est la première étude à explorer l'ajustement psychologique des hommes à la suite d'une revictimisation sexuelle à l'âge adulte. Celle-ci a été menée exclusivement auprès d'une population d'étudiants au collège et l'échantillon comptait 1002 participants. Les résultats démontrent que les hommes revictimisés sexuellement présentent un niveau significativement plus élevé de détresse psychologique générale et tendent à manifester davantage de symptômes de stress post-traumatique que les hommes non-victimes ou que ceux ayant vécu uniquement une ASE ou une ASA.

3. LA COMPLÉMENTARITÉ DES MODÈLES DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE

Le phénomène de la revictimisation sexuelle s'étale sur une longue période de temps de sorte que suite à la première ASE le risque de vivre une autre victimisation sexuelle peut se produire plusieurs années plus tard soit au cours de l'âge adulte. Afin de mieux comprendre la relation entre ces deux épisodes d'agression sexuelle, différents modèles théoriques sont proposés. La prochaine section sera consacrée à la description de cinq modèles: 1) le modèle des dynamiques traumagéniques (Finkelhor et Browne, 1985), 2) le modèle déductif (Gold, Sinclair et Balge, 1999), 3) le modèle écologique (Graulerholz, 2000; Messman-Moore et Long, 2003), 4) le modèle « lire » - Réagir – Répondre (Noll et Grych, 2011) et 5) le modèle intégratif (Hébert, Daigneault et Van Camp, 2012).

3.1. Le modèle des dynamiques traumagéniques

Tout d'abord, le modèle des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985) conceptualise les conséquences négatives de l'ASE à l'intérieur de quatre processus différents: a) la sexualisation traumatique, b) la trahison, c) l'impuissance et d) la stigmatisation. La combinaison des séquelles de l'agression sexuelle rendrait les victimes davantage vulnérables à une victimisation sexuelle ultérieure. Premièrement, la sexualisation traumatique est représentée par les dysfonctionnements du développement sexuel par l'adoption de comportements sexuels inappropriés et par la présence de distorsions cognitives se manifestant par le développement d'une conception erronée de l'image de soi au niveau de la sphère de la sexualité. Ensuite, le concept de trahison réfère aux difficultés présentées par les victimes à faire confiance à autrui. La stigmatisation réfère, quant à elle, aux connotations négatives entourant l'agression sexuelle desquelles l'enfant intègre une image négative et une faible estime de soi. Finalement, l'impuissance se définit par l'émergence de croyances selon lesquelles les victimes n'ont pas le contrôle sur la situation concernant leur agression sexuelle et les séquelles qui s'ensuivent.

3.2. Le modèle déductif

Gold *et al.* (1999) proposent le premier modèle déductif basé sur les résultats scientifiques les plus prometteurs des études portant sur les facteurs de risque de la RSA. Les auteurs suggèrent que les conséquences négatives associées à l'ASE augmentent le risque de vivre une ASA. Or, la RSA résulte de l'interrelation entre diverses variables médiatrices, dont l'impact psychologique du trauma sexuel, l'attribution du blâme et les stratégies adaptatives, le style d'attachement, l'hyperféminité, la délinquance, la consommation abusive de substances ainsi que le nombre de partenaires sexuels. Ces variables contribuent de façon directe ou indirecte à accroître le risque de RSA. En définitive, les auteurs expliquent que les conséquences négatives liées à un trauma sexuel engendrent le développement d'un style d'attachement insécure, de l'attribution du blâme et de l'utilisation de stratégies adaptatives évitantes. Ces dernières prédiraient l'intégration de croyances rigides et stéréotypées au niveau des rôles sexuels, l'engagement dans la délinquance et la consommation abusive de drogues ainsi que l'engagement dans des activités sexuelles avec un nombre de partenaires sexuels élevés. De manière générale, ces variables ont été associées au risque de victimisation sexuelle dans la littérature empirique. En l'occurrence, Gold *et al.* (1999) proposent que ces variables prédisent également la RSA étant donné le risque accru des victimes d'une ASE de s'engager dans une telle trajectoire due aux conséquences négatives associées à leur agression sexuelle initiale.

3.3. Le modèle écologique

Graulerholz (2000) et Messman-Moore et Long (2003) conceptualisent la relation entre une ASE et une ASA en s'inspirant du modèle écologique développé par Bronfenbrenner (1977) et Heise (1998). Dans cette perspective, le processus de RSA doit être analysé par l'interaction entre quatre systèmes distincts soit a) le

développement ontogénique, b) le microsystème, c) l'exosystème, et d) le macrosystème.

Le développement ontogénique réfère aux conséquences négatives associées à des événements de vie personnelle de l'individu tels qu'une ASE ou les expériences familiales vécues à l'enfance. Les auteurs suggèrent que l'histoire personnelle de l'individu victime d'une ASE sera généralement ponctuée de conséquences négatives associées à une histoire de victimisation sexuelle initiale telles que les effets liés au trauma sexuel, la consommation abusive de substances, les troubles dissociatifs, l'intériorisation et la manifestation de comportements sexuels à risque, la faible estime de soi, le sentiment d'impuissance et de stigmatisation, l'isolement social et les comportements déviants.

Le microsystème est associé au contexte interpersonnel immédiat dans lequel survient le risque de revictimisation sexuelle. Ainsi, les auteurs isolent deux possibles interactions qui augmentent ce risque. La première concerne l'interaction entre les vulnérabilités de la victime et le risque que cette dernière soit en contact avec un agresseur potentiel. Autrement dit, certaines vulnérabilités individuelles associées aux séquelles de l'agression sexuelle, par exemple, la consommation abusive de substances, la manifestation de comportements sexuels à risque et le nombre élevé de partenaires sexuels augmentent la probabilité qu'une victime soit en contact avec un agresseur potentiel. La seconde possibilité réfère à l'interaction entre les vulnérabilités de la victime et les perceptions ainsi que les comportements de l'agresseur. De la sorte, les auteurs expliquent que certaines vulnérabilités individuelles associées aux séquelles d'une agression sexuelle augmentent le risque que la victime soit perçue comme une cible facile par l'agresseur et que ce dernier agisse de manière coercitive et violente à son égard. Il est également noté par les auteurs que ces vulnérabilités présentées par la victime diminueraient sa capacité à détecter le danger de même que sa capacité à utiliser des stratégies efficaces pour se protéger.

Quant à l'exosystème¹, celui-ci se rapporte à l'environnement et au statut social de la personne. Dans la littérature scientifique, les auteurs démontrent que les femmes victimes d'une ASE sont plus enclines, par exemple, à présenter un faible réseau social, un manque de soutien social et un statut socio-économique plus faible. Selon les auteurs, ces facteurs externes influencent les interactions interpersonnelles décrites dans le microsystème et contribuent à cristalliser les vulnérabilités individuelles de la victime. Plus encore, par l'environnement social dans lequel elle évolue, la probabilité que la personne se retrouve dans une situation à risque de revictimisation sexuelle est plus élevée.

Finalement, le macrosystème se situe au niveau sociétal et est représenté par les croyances et les valeurs culturelles à l'égard de l'agression sexuelle, par exemple, le fait de blâmer les victimes pour leur agression. Par conséquent, les victimes ne sont pas promptes à dévoiler leur agression et à recourir à une aide institutionnelle ou à un soutien social par crainte d'être jugées. Étant maintenues dans une spirale où elles ne sont pas aidées, elles s'exposent à un risque accru d'être à nouveau la cible d'un agresseur sexuel.

3.4. Le modèle «lire» - Réagir - Répondre (*Read-React-Respond*)

Contrairement aux modèles décrits précédemment, Noll et Grych (2011) suggèrent que l'apport du processus biologique requiert une attention particulière pour mieux comprendre la réaction et les comportements des victimes dans un contexte imminent de risque de RSA.

¹ Le modèle n'inclut pas le mésosystème tel que proposé par celui élaboré par Bronfenbrenner dans sa conception de l'approche écosystémique. Des erreurs des auteurs sont soulevées quant à la catégorisation de certains facteurs. Par exemple, le réseau social et le soutien social appartiennent au mésosystème, car ceux-ci se réfèrent aux interrelations de microsystèmes dans lesquelles la personne en développement est impliquée. L'exosystème se réfère aux interrelations entre les autres microsystèmes où la personne en développement n'est pas impliquée (Bronfenbrenner, 1977).

Ainsi, ces auteures suggèrent que les stratégies adaptatives utilisées en réponse au danger découlent de l'interaction entre les facteurs physiologiques et les aspects comportementaux, cognitifs et affectifs. Elles suggèrent trois principales étapes soit a) la lecture de la situation menaçante, b) la réaction physiologique déclenchée par la perception de la menace, et c) la réponse qui se réfère aux comportements adoptés par la personne.

Premièrement, la lecture de la situation se traduit par la capacité à reconnaître les indices associés au risque potentiel d'être la cible d'une agression sexuelle. Ensuite, lorsque la menace est perçue comme un danger immédiat par la personne, une réaction physiologique complexe se déclenche. Celle-ci augmente l'activation de l'organisme, ce qui motive la personne à adopter des comportements dans l'intention d'arrêter les avances sexuelles.

La capacité à détecter ou à prévenir des indices associés à la menace d'un danger peut être influencée par quatre facteurs associés aux séquelles de l'agression sexuelle a) les attitudes sexuelles, b) le style d'attachement, c) les habiletés à décoder les émotions de soi et d'autrui, et d) l'abus d'alcool et de drogues. Ces facteurs diminuent la capacité de la personne à déceler les indices associés à la menace. Conséquemment, la réaction physiologique sera inadaptée et se traduira par une sur activation ou une sous activation de l'organisme. Les capacités de l'individu à résoudre le problème seront alors freinées par l'utilisation de stratégies adaptatives inefficaces. Concrètement, selon ses auteures, les femmes survivantes d'une ASE sont plus enclines à se dissocier lorsqu'elles sont confrontées à des situations qui évoquent des souvenirs liés à leur ASE. Par exemple, face au danger, les victimes d'une agression sexuelle auront tendance à figer ou à ne rien faire ce qui affecte leurs capacités à adopter des comportements de résistance.

3.5. Le modèle intégratif

Hébert, Daigneault et Van Camp (2012) expliquent le phénomène de la revictimisation sexuelle par l'interaction entre quatre sphères inspirées du modèle écologique et écosystémique élaboré par Graulherholz (2000) et Messman-Moore et Long (2003) soit les sphères individuelle, relationnelle, communautaire et sociétale. Les auteures situent le phénomène de revictimisation sexuelle sur un continuum en tenant compte de la trajectoire individuelle de la victime et de l'agresseur. Il est donc suggéré que le risque de revictimisation sexuelle se présente lorsque ces deux individus sont en interaction. Il est à noter que ce modèle a été conçu pour la revictimisation sexuelle vécue à l'adolescence.

La sphère individuelle de la victime est illustrée par trois ensembles de caractéristiques soit a) les caractéristiques pré-agressions des enfants à risque d'être victime d'une première ASE, b) les caractéristiques de l'agression sexuelle durant l'enfance, incluant les quatre dynamiques traumagéniques et c) les séquelles associées à l'ASE engendrant un risque élevé de revictimisation sexuelle.

Les caractéristiques pré-agressions réfèrent aux facteurs de vulnérabilité des enfants augmentant le risque de subir une agression sexuelle (ex.: une déficience). Quant aux caractéristiques de l'ASE, elles réfèrent aux indicateurs de sévérité (ex.: nature, durée, lien avec l'agresseur, utilisation de la force). Finalement, les séquelles de l'ASE sont regroupées sous quatre domaines de fonctionnement soit a) le domaine cognitif (ex.: distorsions dans la perception de soi et des autres, difficulté au niveau des fonctions exécutives nécessaires à la planification, à la résolution de problèmes ou à la mentalisation), b) le domaine affectif (ex.: difficulté d'autorégulation des émotions), c) le domaine comportemental (ex.: comportement sexuel à risque, consommation d'alcool ou de drogues), et d) le domaine relationnel/attachement psychologique (ex.: symptôme de stress post-traumatique, symptôme de dissociation). Il est suggéré par les auteures que celles-ci augmentent le risque de

revictimisation sexuelle, car les agresseurs les cibleront davantage en raison de leurs vulnérabilités. La diminution de leurs habiletés à détecter le danger est également un facteur rendant les victimes moins aptes à se protéger face à des situations de violence potentielle.

La sphère individuelle de l'agresseur regroupe les facteurs associés aux caractéristiques pré-agressions affectant le développement de l'individu relié à l'agression sexuelle (ex.: victimisation sexuelle antérieure, victime de mauvais traitement) et les caractéristiques des agresseurs liées au passage à l'acte sexuel. Ces dernières sont également regroupées à l'intérieur de quatre domaines de fonctionnement général a) cognitif (ex.: cognition internalisée associée à une perception négative des femmes ou des victimes justifiant des comportements de dominance), b) affectif (ex.: sexualisation traumatique, difficulté d'autorégulation des émotions), c) comportemental et relationnel/attachement (ex.: déficit relationnel) et d) psychologique. Ainsi, le passage à l'acte peut s'actualiser lorsque l'agresseur est en mesure de surmonter ses inhibitions internes plus facilement.

Finalement, les sphères relationnelle, communautaire et sociétale se caractérisent par les facteurs se référant à l'environnement dans lequel l'agresseur et la victime ont grandi (ex.: isolement social, stigmatisation, adversité familiale, milieu familial dysfonctionnel, discipline coercitive, renforcement des rôles sociaux rigides, dévalorisation des femmes, tendance à blâmer la victime ou banaliser la violence). Cet environnement influence la perception, les cognitions et les émotions des individus.

En somme, l'apport de ces modèles théoriques doit être considéré dans une perspective de complémentarité étant donné la complexité du phénomène de RSA. De la sorte, il ne peut être expliqué que par des facteurs indépendants, mais plutôt par l'interaction entre de multiples facteurs. Chacun de ces modèles démontre que le risque de subir une revictimisation sexuelle se développe sur un continuum. Le

modèle intégratif d'Hébert *et al.* (2012) résume bien l'ensemble de ces modèles. Il tient compte non seulement des facteurs distaux et proximaux, mais également de leurs interactions. Tout comme Noll et Grych (2011), Hébert *et al.* (2012) proposent que la revictimisation sexuelle survienne dans un contexte spécifique nécessitant la présence d'un agresseur potentiel. Bien que les caractéristiques des agresseurs soient sans contredit un élément indispensable à sa compréhension, pour des raisons méthodologiques, nous choisirons de nous concentrer uniquement sur la trajectoire des victimes d'ASE. De la sorte, telle que conceptualisée dans le modèle intégratif élaboré par Hébert *et al.* (2012), notre étude s'intéressera aux possibles conséquences associées à l'ASE qui augmentent le risque de revivre une ASA.

4. RECENSIONS DES ÉCRITS EXISTANTES RELATIVES AUX FACTEURS DE RISQUE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE

À la lumière d'une recherche des recensions des écrits et des méta-analyses existantes dont au moins un des objectifs visait à identifier les facteurs de risque de la RSA, trois recensions des écrits ont été retenues en fonction du nombre d'études incluses et de l'année de publication récente (Classen, Paresh, Aggarwal, 2005; Ghimire et Follette, 2011; Messman-Moore et Long, 2003). De plus, une méta-analyse a été identifiée (Zlotnik, 2014). Deux des recensions des écrits (Classen *et al.*, 2005 et Ghimire et Follette, 2011) s'apparentent davantage à des travaux visant à faire l'état des connaissances générales entourant le phénomène de la RSA en ce qui concerne la prévalence, les facteurs de risques, les conséquences, la prévention et les traitements. Celle de Messman-Moore et Long (2003) a pour objectif d'élaborer un modèle théorique à partir des facteurs de risque examinés dans les études empiriques recensées. Seule la méta-analyse de Zlotnik (2014) présente comme objectif principal l'approfondissement des connaissances scientifiques des facteurs prédisant la RSA.

4.1. Synthèse des résultats

De manière générale, les facteurs mesurés par les études sélectionnées dans les quatre recensions se réfèrent à l'histoire d'ASE, à la concomitance avec d'autres formes de mauvais traitements à l'enfance, au fonctionnement familial, aux symptômes psychologiques, à l'engagement dans des comportements à risque et aux habiletés à détecter le risque.

En premier lieu, les caractéristiques des ASE ont été examinées par plusieurs études. Classen *et al.* (2005) soulèvent que différents indicateurs de la sévérité de l'ASE (la nature, le type de relation victime/agresseur, la fréquence, la durée de même que l'utilisation de la menace et de la force comme moyen de coercition) accroissent le risque de RSA. Lorsque l'effet de chacun de ses indicateurs de sévérité est quantifié par une méta-analyse, seule la nature est significativement associée à l'augmentation du risque de RSA (Zlotnik, 2014). Ainsi, les ASE impliquant une tentative de pénétration ou une pénétration sont associées à un risque modéré de RSA. De surcroît, l'âge auquel survient l'ASE influence le risque de RSA de sorte qu'une agression sexuelle vécue au cours de l'adolescence serait un meilleur prédicteur qu'une agression sexuelle qui est vécue avant l'adolescence (Classen *et al.*, 2005).

Quant à la concomitance des autres formes de mauvais traitements au cours de l'enfance, l'abus physique est la forme la plus souvent étudiée à travers la littérature scientifique. Les victimes d'ASE ayant subi de l'abus physique sont plus susceptibles de vivre une RSA (Classen *et al.*, 2005; Zlotnik, 2014). Ce facteur démontre une taille d'effet élevé (Zlotnik, 2014). Classen *et al.* (2005) soulèvent que la combinaison de l'ASE et de l'abus physique prédit mieux l'augmentation du risque de RSA que l'ASE uniquement.

En ce qui concerne les comportements sexuels à risque, nombreuses sont les études qui se sont penchées sur leur relation avec la RSA. Cette variable est fortement associée au risque de RSA, mais le rôle de chacun des comportements n'a pas été clairement démontré et ne fait pas consensus (Messman-Moore et Long, 2003). Par conséquent, il demeure difficile de conclure sur les types de comportements qui contribuent le plus à l'augmentation du risque de RSA. Les facteurs considérés en lien avec ces activités sont la précocité sexuelle, le nombre de partenaires sexuels, une plus grande fréquence d'activités sexuelles et l'engagement dans la prostitution (Classen *et al.*, 2005; Ghimire et Follette, 2011). Ghimire et Follette (2011) suggèrent que le fait de s'engager dans des activités sexuelles à risque augmente le nombre de contextes dans lequel les victimes d'ASE sont susceptibles de se retrouver en présence d'un agresseur potentiel.

Quant à la consommation de substances, dans sa méta-analyse, Zlotnik (2014) a démontré que la consommation de substances augmente de façon modérée le risque d'ASA chez les victimes d'ASE. À la lumière des recensions des écrits, l'ensemble des auteurs suggère qu'elle est fréquemment utilisée en réponse à des symptômes traumatiques associés à une histoire d'ASE. Cependant, Classen *et al.* (2005), Ghimire et Follette (2011) et Messman-Moore et Long (2003) soulèvent un manque de consensus quant à sa relation avec l'ASA chez les victimes d'ASE à travers les études et précisent qu'elle est souvent associée à l'augmentation du risque de l'ASA, et ce, indépendamment d'une histoire d'ASE.

D'autre part, un niveau davantage élevé de symptômes de stress post-traumatique (SSPT) est manifesté chez les victimes de RSA comparativement à celle n'ayant vécu qu'une histoire d'ASE ou d'ASA (Ghimire et Follette, 2011). Ces auteures rapportent des évidences empiriques rigoureuses selon lesquelles les SSPT agissent comme médiateur entre l'ASE et l'ASA. La relation entre les SSPT et la RSA présente une taille d'effet modéré (Zlotnik, 2014). Par contre, un manque de consensus est rapporté quant aux symptômes spécifiques de l'état de stress post-

traumatique influençant le risque de revivre une agression subséquente. Ainsi, les rôles joués par ceux-ci dans la séquence développementale du risque de RSA demeurent imprécis (Ghimire et Follette, 2011).

En ce qui a trait aux autres symptômes psychologiques tels que les symptômes liés à l'humeur ainsi que les symptômes associés à l'anxiété, la méta-analyse de Zlotnik (2014) démontre que chacun d'eux distingue significativement les ASE des ASE-ASA et ils présentent une taille d'effet modéré (Zlotnik, 2014). Les victimes de RSA présenteraient un niveau plus élevé de symptômes psychologiques. En ce sens, Zlotnik (2014) démontre qu'il y a un effet de taille modéré chez les personnes revictimisées sexuellement qui manifestent une sévérité de symptômes psychologiques importants.

Finalement, les recensions des écrits de Classen *et al.*, (2005), Ghimire et Follette (2011) et Messman-Moore et Long (2003) relatent d'autres facteurs potentiels pouvant influencer le risque de revictimisation sexuelle à l'âge adulte. Ces facteurs réfèrent à la régulation des émotions, à l'estime de soi, aux habiletés à détecter les risques, au fonctionnement familial et social, au blâme et la honte de soi, aux déficits associés aux traitements de l'information, au dévoilement des ASE (Classen *et al.*, 2005), aux problèmes interpersonnels (Classen *et al.*, 2005; Messman-Moore et Long, 2003), aux déficits au niveau du risque de reconnaissance (Ghimire et Follette, 2011; Messman-Moore et Long, 2003) ainsi qu'aux stratégies adaptatives (Classen *et al.*, 2005; Ghimire et Follette, 2011). Cependant, la contribution de ces facteurs dans le processus de RSA demeure imprécise compte tenu du nombre insuffisant d'études les examinant ou étant donné le manque de consensus à leur égard (Classen *et al.*, 2005; Ghimire et Follette, 2011; Messman-Moore et Long, 2003).

4.2. Synthèse des limites des études empiriques sélectionnées dans les travaux de recensions des écrits

L'ensemble des travaux de recensions (Classen *et al.*, 2005; Ghimire et Follette, 2011; Messman-Moore et Long, 2003; Zlotnik, 2014) témoigne de la présence de lacunes méthodologiques importantes dans les études recensées.

D'abord, ces auteurs soulignent la prédominance de devis de recherche rétrospectifs et transversaux ne permettant pas de conclure sur le rôle précis des variables examinées de sorte qu'étant donné qu'elles ont été mesurées après l'histoire de RSA, elles peuvent donc représenter à la fois, un facteur de risque ou une conséquence.

Les auteurs rapportent également que la plupart des études utilisent des échantillons tirés de populations d'étudiants collégiaux ou universitaires, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres types de populations. En effet, Messman-Moore et Long (2003) soutiennent que les étudiants ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population, car ils présentent généralement un meilleur fonctionnement psychologique comparativement aux personnes provenant d'échantillons cliniques ou de la population générale. Messman-Moore et Long (2003) soulignent également que la plupart des échantillons des études étaient formés de personnes caucasiennes.

Enfin, un nombre limité d'études ont été menées auprès d'échantillons de sexe masculin. Zlotnik (2014) a recensé seulement trois études dont l'échantillon est composé exclusivement de participants de sexe masculin. Il est à noter que le devis utilisé par les auteurs de ces études était de nature transversale et rétrospective.

4.3. Limites des travaux de recensions des écrits

Les recensions des écrits actuelles présentent plusieurs limites méthodologiques lorsqu'elles sont évaluées en fonction des critères utilisés pour réaliser une recension systématique. Ces critères réfèrent à la stratégie d'identification des études, à la sélection des études, à l'évaluation de la qualité des études, à l'extraction des données et à la synthèse des résultats.

Tout d'abord, en ce qui concerne les objectifs poursuivis par les auteurs, à l'exception de Zlotnik (2014), aucune question n'est clairement formulée quant à l'identification des facteurs de risque de la RSA. Ces auteurs visent plutôt à faire l'état des connaissances générales entourant le phénomène et à valider ou à élaborer un modèle théorique. Cela laisse croire que les facteurs de risque sont considérés en second plan et ne représentent pas l'objectif principal de ces travaux.

Ensuite, la définition de la RSA retenue pour sélectionner les études empiriques à l'intérieure d'une même recension des écrits varie d'une étude à une autre. Par exemple, Ghimire et Follette (2011) ont utilisé une définition plus large de la revictimisation sexuelle de sorte que ces auteurs réfèrent à trois formes de définitions, soit au fait de vivre une agression sexuelle à l'enfance ou à l'adolescence et une autre à l'âge adulte, mais également, par le fait qu'une survivante d'une ASA soit revictimisée au cours de cette même période. Les travaux de Messman-Moore et Long (2003) et Zlotnik (2014) adoptent une définition plus restrictive selon laquelle la revictimisation sexuelle est définie par le fait d'avoir vécu une ASE et une agression subséquente à l'âge adulte. Cependant, il est à noter que les points de coupure de l'âge permettant de distinguer les différentes périodes développementales sont très larges. Seule la recension de Classen *et al.* (2005) a délimité des points de coupure davantage arbitraires entre les périodes développementales. Or, comme les auteurs rapportent les résultats des études indépendamment des définitions, il s'avère

difficile de distinguer, pour la majorité des travaux des écrits recensés, les facteurs de risque qui sont exclusivement associés à l'ASA chez des survivantes d'une ASE.

Quant à la présentation de la démarche pour identifier les études, seule la méta-analyse de Zlotnik (2014) la décrit de manière détaillée. Pour les autres, ni les critères de sélection des études, ni la méthode de recension ne sont disponibles, ce qui empêche d'une part, leur reproduction, mais également, de porter un jugement sur l'exhaustivité de la démarche. À l'exception de la recension de Messman-Moore et Long (2003) et celle de Zlotnik (2014), le nombre d'études identifiées n'est pas indiqué. En estimant le nombre d'études inclus dans chacune des recensions, des discordances sont observées, entre le nombre d'études qui y sont recensées. Par exemple, dans la recension la plus récente (Ghimire et Follette, 2011) douze des dix-sept études identifiées dans la recension de Messman-Moore et Long (2003) sont absentes. Dans la recension la plus rigoureuse (Zlotnik, 2014), sept études sur les dix-sept identifiées dans la recension de Messman-Moore et Long (2003) sont manquantes.

D'autre part, tous les travaux de recension incluent des études rétrospectives et transversales afin d'identifier les facteurs de risque de la RSA. La sélection de ce type d'études contribue à un certain avancement des connaissances sur les facteurs potentiellement associés au risque de RSA, mais ne permet pas de statuer sur les facteurs de risque qui le prédisent.

En somme, les résultats obtenus par les recensions des écrits scientifiques offrent des pistes intéressantes et prometteuses quant aux facteurs associés à la RSA. Cependant, les faiblesses méthodologiques présentées par ces recensions ne permettent pas de conclure sur les facteurs qui contribuent à augmenter le risque des victimes d'ASE de vivre une ASA. Par conséquent, une recension des écrits plus rigoureuse s'avère nécessaire.

5. RECENSION DES ÉCRITS

5.1. Objectif et pertinence de la recension des écrits

L'objectif de cette recension a pour but d'identifier les facteurs qui augmentent le risque d'ASA chez des victimes d'au moins une ASE (avant 18 ans). La transparence de la démarche permettra la reproduction des stratégies de recherche par d'autres chercheurs, mais également de porter un jugement sur son exhaustivité. D'autre part, l'utilisation de stratégies de recherche plus sensibles et inclusives permettra de repérer l'ensemble des études répondant aux critères de sélection.

Dans un autre ordre d'idée, cette recension inclura uniquement les études prospectives et longitudinales, car ce devis a l'avantage de distinguer les facteurs qui ont précédé le phénomène de ceux qui y ont succédés. En ce sens, ce type de devis est le plus probant pour informer sur la manière dont le développement chronologique des séquelles associées à l'ASE influence le risque d'ASA et d'élucider les facteurs qui sont en relation entre l'ASE et l'ASA (Macy, 2008).

En plus, une définition plus restrictive de la RSA sera utilisée afin de départager les facteurs de risque qui lui sont spécifiquement liés. Pour ce faire, des critères quant à l'âge seront établis afin de délimiter les périodes développementales, soit celle de l'adulte de celle de l'enfance (0-17 ans).

En définitive, l'inclusion d'études présentant un devis longitudinal et prospectif ainsi que l'utilisation d'une définition plus restrictive permettra une meilleure compréhension du processus par lequel le risque d'ASA se développe chez les victimes d'ASE.

5.2. Critères de sélection des études

Afin de procéder à la sélection des études les plus pertinentes, des critères ont préalablement été établis en fonction de la population à l'étude, de la définition de la RSA retenue et du devis de recherche à privilégier. Pour qu'une étude soit retenue, elle devait donc présenter les critères suivants:

1. Il doit s'agir d'une étude empirique, ce qui implique que le texte doit comprendre une présentation des objectifs, de la méthodologie, des résultats et une discussion des résultats;
2. L'étude doit être de nature quantitative;
3. Elle doit avoir pour objectif d'identifier les facteurs de risque associés à la RSA et ce, en comparant deux groupes de sujets ayant été victimes d'au moins une ASE, et que l'un des deux groupes ait vécu une ASA;

ou

4. Elle doit permettre d'identifier des facteurs intermédiaires associant l'ASE à l'augmentation du risque d'ASA (i.e. des études utilisant des analyses d'équation structurale). L'échantillon doit donc inclure une portion de victimes d'ASE;
5. Pour qu'une ASE soit considérée, elle devait avoir été vécue avant l'âge de 18 ans;
6. Pour qu'une ASA soit considérée, elle devait avoir été vécue après l'âge de 18 ans;

7. La notion de facteurs de risque implique que le devis doit être longitudinal et prospectif au moins pour la question de la victimisation sexuelle une fois adulte, c'est-à-dire que l'on mesure dans un premier temps les ASE ainsi que les facteurs de risque de l'ASA et, dans un deuxième temps, les ASA survenues depuis le premier temps de mesure;

8. L'étude doit être écrite en langue française ou anglaise.

Enfin, les études sont rejetées si l'histoire d'agression sexuelle s'est produite dans un contexte de fréquentations amoureuses, autrement dit, que les gestes de violence sexuelle aient été perpétrés par un partenaire intime. De plus, les études non publiées dans une revue scientifique ne sont pas retenues.

5.3. Méthode d'identification des études recensées

Préalablement, une recherche sur les recensions des écrits existantes a été réalisée afin de vérifier l'état des connaissances actuelles sur les facteurs de risque de l'ASA chez les victimes d'ASE. Chacun de ces travaux a fait l'objet d'une analyse quant à la méthodologie utilisée et aux limites qu'ils présentent. Cette analyse a été présentée précédemment. Ensuite, une recherche à partir des références bibliographiques des travaux de recension existants a permis d'identifier au total quatre études pertinentes (Gidycz, Coble, Latham et Layman, 1993; Orcutt, Cooper et Garcia, 2005; Sandberg, Matorin et Lynn, 1999; Testa, Hoffman et Livingston, 2010).

Dans un deuxième temps, une recherche des études à partir des banques de données a été réalisée. Pour ce faire, une stratégie de recherche a été élaborée avec l'aide d'une bibliothécaire afin de valider la sensibilité du protocole en ce qui concerne les banques de données sélectionnées et les termes de recherche identifiés. Ainsi, nous avons procédé à une recherche multibanques dans le domaine des

sciences humaines et sociales. Les banques de données retenues sont PsycINFO, Academic Search Complete, CINAHL PLUS with Full Text, FRANCIS, PsycARTICLES, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Social Work ABSTRACT et SocINDEX.

Quant aux termes de recherche pour chacun des concepts, ils ont été identifiés à partir des revues de littérature existantes et des études sélectionnées lors d'une recherche initiale. De plus, nous avons utilisé le thésaurus de la banque de données de PsycINFO et un site du gouvernement du Québec pour repérer les synonymes utilisés dans la littérature scientifique. Les combinaisons des termes de recherche retenues sont les suivantes: « sexual revictimization » OR « sexual AND aggression OR abuse OR violence OR maltreatment OR assault OR victimization » AND « subsequent OR later OR multiple OR double OR repeated » AND « risk factor OR mediat* OR predict* OR relat* OR mechanism OR associat* OR causal* OR correat*».

Aux fins de cette recherche réalisée en juin 2014, 1992 articles ont été localisés après avoir retiré les doublons. Après la lecture des titres, de la lecture des résumés et d'une lecture approfondie des études les plus pertinentes, cette stratégie de recherche a permis de repérer quatre articles de plus dont deux se rapportent à la même étude (Katz, May, Sörensen et DelTosta, 2010; Miller, Canales, Amacker, Backstrom et Gidycz., 2011; Miller, Markman et Handley, 2007; Reese-Weber et Smith, 2011).

Finalement, une recherche a été effectuée à l'intérieur de quatre revues scientifiques dont l'un des principaux sujets est la violence sexuelle, soit *Journal of Interpersonal Violence*, *Journal of Child Sexual Abuse*, *Violence and Victims*, *Journal of Traumatic Stress*. Cette stratégie a été utilisée afin de vérifier si certaines études pertinentes ont échappé aux stratégies de recherche décrites précédemment. Subséquemment, aucune autre étude n'a été trouvée.

En conclusion, cette démarche a permis d'identifier au total huit articles, totalisant sept études distinctes. Celles-ci sont identifiées par un astérisque dans la bibliographie.

5.4. Présentation des caractéristiques méthodologiques des études recensées

La prochaine section sera consacrée à la présentation de la synthèse des caractéristiques méthodologiques des études recensées en ce qui a trait au devis de recherche utilisé, à la description de l'échantillon et aux définitions des ASE et des ASA retenues. Une description des principales limites sera ensuite abordée.

Le tableau 1 présente de manière détaillée chacune des sept études recensées en ce qui concerne les caractéristiques méthodologiques. Ces études ont été identifiées par un numéro. Ce sont ces numéros qui se retrouvent dans la première colonne (Gidycz *et al.*, 1993¹; Katz *et al.*, 2010²; Miller *et al.*, 2007^{3a}; Miller *et al.*, 2011^{3b}; Orcutt *et al.*, 2005⁶; Reese-Weber et Smith, 2011⁷; Sandberg *et al.*, 1999⁵; Testa *et al.*, 2010⁴).

5.4.1. Échantillons

Les études ont été exclusivement menées auprès d'un échantillon de sexe féminin. L'échantillon de six des sept études est formé de victimes et de non-victimes d'ASE et le nombre de sujets varie grandement, allant de 87 (Gidycz *et al.*, 1993) à 927 (Katz *et al.*, 2010). Dans les échantillons formés de victimes et de non-victimes d'ASE et/ou d'agression sexuelle vécue à l'adolescence (ASAdo), le taux de prévalence d'ASE et/ou d'ASAdo varie de 8 % (Sandberg *et al.*, 1999) à 54 % (Gidycz *et al.*, 1993). Seules les études de Miller *et al.* (2007) et Miller *et al.* (2011) ont restreint leur échantillon à une population de victimes d'ASE. Il est à noter que leur échantillon était composé uniquement de victimes n'ayant pas dévoilé leur ASE à une autorité. Pour l'ensemble des études, l'âge moyen des participants au premier

temps de mesure était de 18 ans. Pour la majorité, les participantes ont été recrutées à partir d'une population d'étudiantes dans le domaine de la psychologie qui entamaient leur première année universitaire ou collégiale. Parmi ces sept études, les auteurs de quatre d'entre elles ont recruté leur échantillon à partir d'une université du Midwest (Gidycz *et al.*, 1993; Miller *et al.*, 2011; Miller *et al.*, 2007; Reese-Weber et Smith, 2011; Sandberg *et al.*, 1999). Seule l'étude d'Orcutt *et al.* (2005) a été menée auprès d'un échantillon provenant de la population générale. Pour l'ensemble des études, les sujets ont accepté volontairement de participer à l'étude en échange de crédits scolaires additionnels ou d'une compensation financière.

5.4.2. *Devis*

Le devis de recherche utilisé pour l'ensemble des études est de nature longitudinale et prospective. La procédure de collecte de données est semblable entre les études. Au T1, les participantes devaient rapporter de manière rétrospective les ASE. À ce même temps de mesure, les variables indépendantes représentant les facteurs prédictifs de l'ASA ont été mesurées. Quant à la présence d'une histoire d'ASA, elle a été évaluée au temps suivant. L'intervalle de temps dans lequel est évalué l'ASA est relativement court pour la majorité des études. Celui-ci varie de huit semaines (Reese-Weber et Smith, 2011) à un an (Testa *et al.*, 2010), à l'exception de l'étude d'Orcutt *et al.* (2005) dont l'intervalle s'étend sur six ans.

Tableau 1
Caractéristiques méthodologiques des études sur les facteurs de risque de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte

	N/provenance	ASE (âge)/%		ASAdo (âge)/%		ASA* (%)	Taux de RSA (ASE/ASA)/%	Âge moyen (année)	Intervalle de temps/Taux d'attrition
		< 14	> 14	> 14	> 14				
1	927 Convenance Université USA	< 14	53,9	> 14	50,7	18,0	ASE-ASA: 39,6 ASADO-ASA: 31,7	NP (72,2 % = 18-19 ans)	9 sem. 7,6 %
2	87 Convenance Université USA	NE	-	> 15	46,0	31,0	ASAdo-ASA: 45,0	18,1	7 mois 6,0 %
3 ^a et 3 ^b	167 Convenance Collège USA	NE	-	> 14	100,0	27,8	ASAdo-ASA: 27,8	NP (82,0 % = 18-19 ans)	4,2 mois 12,2 %
4	469 Aléatoire Université USA	NE	-	> 14	47,5	37,0	ASAdo-ASA: 70,2	18,1	NP 7,3 %
5	349 Convenance Université USA	< 16	8,0	> 15	25,0	8,0	NP	NP Majorité = 18-19 ans	10 sem. 7,5 %
6	800 Convenance Communauté USA	< 16	24,0	NE	-	5,8	ASE-ASA: 9,8	21,2	6 ans 22,6 %
7	124 Convenance Université USA	< 16	22,4	>16	35,8	21,5	ASE-ASA: 29,4	18,4	8 à 12 sem. 24,0 %

NOTE : * les ASA ont été vécues au-delà de l'âge de 18 ans, NE signifie non évalué par l'étude, NP signifie non précisé dans le texte

5.4.3. Définition des ASE, ASAdo et ASA

Par rapport aux ASE, elles ont été mesurées de façon rétrospective au premier temps de mesure par l'ensemble des études à l'aide du *Child Sexual Questionnaire* développé par Finkelhor (1979, dans Sandberg *et al.*, 1999) ou par le *Sexual Experience Survey* (Koss et Oros, 1982). La définition quant à la nature des gestes d'agression sexuelle est relativement homogène à travers les études et implique au moins un contact sexuel. Seule l'étude de Gidycz *et al.* (1993) utilise une définition plus large incluant les gestes à caractère sexuel n'impliquant pas de contact (i.e. exhibitionnisme). Pour chacune de ces études, c'est l'agression sexuelle la plus sévère qui a été retenue. La période dans laquelle est évaluée l'ASE diffère entre les études. En effet, certaines études distinguent les agressions sexuelles vécues à l'enfance de celles vécues à l'adolescence alors que d'autres les évaluent conjointement pour ne former qu'une seule variable. Trois études considèrent quant à elles exclusivement les ASAdo (Katz *et al.*, 2010; Miller *et al.*, 2011; Miller *et al.*, 2007; Testa *et al.*, 2010). L'âge délimitant ces deux périodes développementales est hétérogène et varie de 14 à 16 ans.

La majorité des études ont mesuré les agressions sexuelles subies à l'âge adulte à l'aide du questionnaire *Sexual Experience Survey* (SES) (Koss et Oros, 1982). Pour la majorité des études, afin qu'une ASA soit considérée, elle devait se rapporter à au moins un contact sexuel, à une tentative de pénétration ou à une pénétration. De manière générale, les formes d'ASA ont été mesurées par des questions oui/non et c'est la forme d'agression sexuelle la plus sévère qui était retenue pour les analyses statistiques. Seules Orcutt *et al.* (2005) ont employé une définition plus restrictive de l'ASA en incluant uniquement le viol. Les taux d'ASA recensés à travers les échantillons se situent de 5,8 % (Orcutt *et al.*, 2005) à 37,0 % (Testa *et al.*, 2010). Quant aux taux d'ASA observés spécifiquement chez les victimes d'ASE, ceux-ci varient entre 9,8 (Orcutt *et al.*, 2005) et 70,2 (%).

5.5. Limites des études recensées

Les études précitées comprennent certaines limites méthodologiques qui nuisent au plan de la validité interne et externe. D'abord, au niveau de la validité interne, l'ASA a été évaluée à l'intérieur d'un court intervalle de temps pour la majorité des études. Or, cela restreint la définition de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte à une courte période et sous-estime le nombre de victimes pouvant être à risque de revictimisation sexuelle au-delà d'un an.

En plus, une mesure rétrospective a été utilisée à travers toutes les études pour rapporter les ASE et les ASAdo vécues par les participantes au moment de la participation des sujets à l'étude. Ainsi, le nombre de victimes peut avoir été sous-estimé, car avec le temps, il peut être difficile pour une victime de se remémorer un évènement traumatisant telle une agression sexuelle.

En ce qui concerne les définitions en fonction de la nature des agressions sexuelles considérées à travers les études, elles sont hétérogènes. En effet, Orcutt *et al.* (2005) la définissent de manière plus restrictive en considérant uniquement les relations sexuelles complètes avec pénétration alors que dans l'étude de Gidycz *et al.* (1993), l'agression sexuelle est vue dans une perspective plus large puisque les auteurs y ont inclus les gestes à caractère sexuel sans contact physique (ex.: exhibitionnisme). Concernant le point de coupure par rapport à l'âge pour délimiter la période de l'adolescence, il diffère entre les études et il ne respecte pas la définition généralement reconnue pour la définir qui, normalement, est de 13 à 18 ans.

Des variables composites ont été formées dans trois des sept études (Gidycz *et al.*, 1993; Orcutt *et al.*, 2005; Testa *et al.*, 2010). Bien que ces variables aient démontré un lien significatif avec la RSA, il est difficile de déterminer le rôle précis de chacun de ces facteurs, qui les composent, dans le processus de la RSA.

Sur le plan de la validité externe, à l'exception d'une étude, elles ont toutes été menées auprès d'un échantillon de convenance d'étudiantes au collège ou de niveau universitaire. De plus, ces échantillons comportent une prédominance de femmes blanches et quatre des études ont recruté à l'intérieur d'une même université. Cela limite la généralisation des résultats obtenus sur les facteurs prédictifs de l'ASA chez les victimes d'ASE à d'autres types de populations, notamment à une population de sexe masculin.

5.6. Présentation des résultats des études recensées

Les résultats des sept études recensées seront présentés en deux parties distinctes, et ce, en fonction de la population à l'étude. En premier lieu, les résultats des six études visant à prédire le risque d'ASA seront présentés (Gidycz *et al.*, 1993; Katz *et al.*, 2010; Testa *et al.*, 2010; Sandberg *et al.*, 1999; Orcutt *et al.*, 2005; Reese-Weber et Smith, 2011). Afin de mieux comprendre la façon dont le risque de revictimisation sexuelle à l'âge adulte s'actualise, uniquement les trajectoires incluant l'ASE dans la prédiction de l'ASA seront considérées. Le tableau 2 fait état de ces différentes trajectoires. Les résultats associés aux facteurs de risque de l'ASA seront présentés en ordre d'importance c'est-à-dire en fonction du nombre d'études ayant démontré un lien significatif. En second lieu, les résultats de la seule étude visant spécifiquement à identifier les facteurs de risque de la RSA seront présentés.

Tableau 2
Synthèse des trajectoires de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte

-
- #1 Gidycz, Coble, Latham et Layman (1993)/ Analyse d'équation structurale
1. L'ASE prédit directement l'augmentation du risque d'ASA.
 2. L'ASAdo prédit directement l'augmentation du risque d'ASA.
 3. L'ASE augmente le risque de l'ASAdo qui prédit directement l'augmentation du risque d'ASA.
 4. L'ASAdo est associée à un faible ajustement psychologique au T1. Ce dernier prédit l'augmentation du risque d'ASA.
 5. L'ASE augmente le risque de l'ASAdo. L'ASAdo est associé à un faible ajustement psychologique au T1 qui, à son tour, prédit l'augmentation du risque d'ASA.*
 6. L'ASE prédit un faible niveau ajustement psychologique au T1. Ce dernier augmente directement le risque d'ASA.
- #2 Katz, May, Sorensen et DeTosta (2010)/ Analyse d'équation structurale
1. L'ASAdo prédit la présence du blâme de soi caractériel. Celui-ci diminue la capacité de refuser des activités sexuelles non-désirées augmentant directement le risque l'ASA.*
 2. L'ASAdo prédit la présence du blâme de soi catégoriel qui lui prédit l'augmentation de comportements associés au blâme de soi. Ces comportements diminuent la capacité de refuser des activités sexuelles non-désirées augmentant directement le risque d'ASA.*
 3. L'ASAdo prédit les comportements associés au blâme de soi. Ceux-ci diminuent la capacité à refuser des activités sexuelles non-désirées prédisant l'augmentation du risque d'ASA.*
- #4 Testa, Hoffman et Livingston (2010)/ Analyse d'équation structurale
1. L'ASAdo prédit directement l'augmentation du risque d'ASA.
 2. L'ASAdo prédit la présence de comportements à risque pendant la dernière année du secondaire qui est associée à une augmentation des comportements à risque pendant la première année du collège. Ceux-ci prédisent directement l'augmentation du risque d'ASA.*
- #5 Sandberg, Matorin et Lynn (1999)/ Analyse de régression logistique hiérarchique
1. Lors de la première étape, l'ASE est significativement associée à l'augmentation du risque d'ASA.
 2. Lors de la seconde étape, les symptômes de stress posttraumatique ont un effet modérateur significatif dans la relation entre l'ASE et l'ASA. Ainsi, en présence de symptômes de stress posttraumatique, l'ASE est plus fortement associée à l'ASA.
- #6 Orcutt, Cooper et Garcia (2005)/ Analyse d'équation structurale
1. L'ASE augmente directement le risque d'ASA.
 2. L'ASE augmente le niveau de détresse psychologique, qui à son tour, augmente directement le risque d'ASA.
 3. L'ASE est liée à l'augmentation de la détresse psychologique. Celle-ci est associée à l'augmentation de l'implication dans des activités sexuelles pour réduire l'affect négatif qui prédit directement l'augmentation du risque d'ASA.*
- # 7 Reese-Weber et Smith (2010)/ Analyse de régression logistique multiple hiérarchique
1. Lors de la première étape, l'ASE est significativement associée à l'augmentation du risque d'ASA.
 2. Lorsque le deuxième bloc est introduit, l'effet direct entre l'ASE et l'ASA disparaît. Seule la présence d'un attachement anxieux prédit de façon significative l'ASA.

NOTE: RSA signifie revictimisation sexuelle à l'âge adulte, ASE signifie agression sexuelle à l'enfance et ASAdo signifie agression sexuelle à l'adolescence. * indique les trajectoires complexes, c'est-à-dire, celles impliquant au moins deux prédicteurs autres que l'ASE.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le lien entre les ASE et/ou l'ASAdo et le risque d'ASA. Chaque fois que ce lien est étudié, les résultats ont démontré une relation significative. En effet, cinq études sur sept rapportent que les femmes victimes d'au moins une ASE sont exposées de façon directe ou indirecte à un risque plus élevé d'ASA. Des résultats similaires sont observés au niveau du lien entre l'ASAdo et l'ASA (Gidycz *et al.*, 1993; Katz *et al.*, 2010; Testa *et al.*, 2010). L'ensemble de ces sept études met en évidence des trajectoires du développement du risque de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte. Jusqu'à six trajectoires sont répertoriées à l'intérieur d'une même étude. Celles-ci présentent plusieurs facteurs de risque qui servent de médiateurs entre la relation entre l'ASE et/ou l'ASAdo et l'ASA. Ces facteurs de risque inclus dans ces différentes trajectoires seront présentés en ordre d'importance, c'est-à-dire de ceux inclus dans les trajectoires simples au plus complexes. Les trajectoires simples se caractérisent par la présence d'un seul facteur de risque associant l'ASE à l'ASA. Alors que les trajectoires plus complexes se définissent par l'intervention d'au moins deux facteurs de risque. À l'intérieur de ce type de trajectoire, de deux à trois facteurs de risque permettent d'expliquer le lien entre l'ASE et à l'ASA.

Quant aux facteurs de risque qui lient directement l'ASE à l'augmentation du risque d'ASA, seule l'étude de Gidycz *et al.* (1993) ont examiné la relation entre les histoires de victimisation sexuelle et démontrent que le risque d'ASAdo est plus élevé chez les victimes d'ASE et prédit significativement le risque d'ASA. Ils apportent une précision quant au rôle des caractéristiques de l'ASE et/ou de l'ASAdo sur le risque d'ASA. Ainsi, ils démontrent que plus la nature des gestes sexuels, allant de l'absence de victimisation au viol, est sévère plus le risque d'ASA s'accroît. Par ailleurs, un certain nombre d'études visaient à examiner le rôle des séquelles psychologiques conséquentes à une ASE dans le processus d'augmentation du risque de la RSA. Deux études ont trouvé que le niveau de détresse psychologique augmente directement le risque d'ASA chez les victimes d'ASE et/ou d'ASAdo (Gidycz *et al.*, 1993; Orcutt *et al.*, 2005). La détresse psychologique se réfère aux symptômes

d'anxiété (Gidycz *et al.*, 1993; Orcutt *et al.*, 2005), aux symptômes de dépression (Gidycz *et al.*, 1993; Orcutt *et al.*, 2005) et à l'hostilité (Orcutt *et al.*, 2005). L'étude de Reese-Weber et Smith (2011) est la seule à avoir examiné le rôle de l'attachement et démontre que les victimes d'ASE présentant un attachement anxieux s'exposent de façon significative à un risque plus élevé de vivre une ASA. Finalement, dans la seule étude qui a examiné les symptômes de stress post-traumatique, il apparaît que ces symptômes agissent en tant que modérateur dans la relation entre l'ASE et l'ASA (Sandberg *et al.*, 1999).

Parmi les facteurs de risque impliqués de façon significative dans les trajectoires plus complexes du processus d'augmentation du risque de l'ASA chez les victimes d'ASE, ceux-ci se réfèrent à la détresse psychologique (Gidycz *et al.*, 1993; Orcutt *et al.*, 2005), la consommation de substances (Testa *et al.*, 2010), aux comportements sexuels à risque (Katz *et al.*, 2010; Orcutt *et al.*, 2005; Testa *et al.*, 2010) ainsi qu'à l'attribution du blâme de soi (Katz *et al.*, 2010).

En ce qui concerne les résultats de l'étude de Miller *et al.* (2011) et Miller *et al.* (2007) dont l'échantillon est strictement composé de victimes d'ASE, ces auteurs mettent en évidence la relation entre l'attribution du blâme de soi et l'accroissement du risque de la RSA. Les résultats démontrent un lien direct entre le fait de s'attribuer le blâme d'un épisode de violence sexuelle vécu à l'enfance et l'augmentation du risque de la RSA. D'autre part, Miller *et al.* (2011) ont étudié le lien entre la menace associée à la stigmatisation menaçant le non-dévoilement de l'ASE et le risque de RSA. Cette variable s'est avérée significativement associée à l'augmentation du risque de RSA.

Finalement, de nombreuses variables indépendantes ont été étudiées dans ces études, mais résultent d'une absence de lien significatif avec l'augmentation du risque de l'ASA, notamment, les symptômes de dissociation (Sandberg *et al.*, 1999), l'attachement évitant, l'estime de soi, le sentiment d'auto efficacité (Reese-Weber et

Smith, 2011), les perceptions légales des comportements d'agression (Miller *et al.*, 2007), la minimisation des événements et des comportements de l'agresseur, prendre la responsabilité pour soi, la détresse péritraumatique, la dissociation péritraumatique et le temps écoulé depuis l'ASE (Miller *et al.*, 2011). Parmi l'ensemble des variables indépendantes qui ont démontré un lien significatif dans une seule étude, mais qui apparaissent non significatives dans une autre se trouve la fréquence de consommation d'alcool.

Pour conclure, cette synthèse des résultats met en lumière la complexité du phénomène de la RSA. En effet, le nombre de facteurs de risque pouvant être impliqués dans le processus du développement du risque de la RSA démontrent sans équivoque qu'il n'existe pas un processus commun et que le risque d'être exposé à une agression sexuelle subséquente peut se développer par le biais d'un ou plusieurs facteurs pouvant s'alimenter les uns les autres. L'ensemble des facteurs de risques significativement associés à l'augmentation du risque de la RSA s'inscrit dans le modèle intégratif conceptualisé par Hébert *et al.* (2012) et appartiennent tous à la sphère individuelle de la victime. Ils se regroupent à l'intérieur des caractéristiques et de la dynamique traumagénique, notamment, le processus de stigmatisation, ou des séquelles du domaine psychologique, affectif, comportemental, relationnel/attachement et psychologique. Ainsi, les sphères relationnelles, communautaires et sociétales n'ont fait l'objet d'aucune étude, ce qui ne permet pas de comprendre ce phénomène dans sa globalité.

6. OBJECTIF ET PERTINENCE DE L'ÉTUDE

Cette étude vise à identifier les facteurs augmentant le risque chez des victimes d'ASE de vivre une ASA.

Aucune étude québécoise de nature longitudinale n'a été menée jusqu'à maintenant sur les facteurs de risque de l'ASA chez une population de victimes d'ASE.

Cette étude présentera plusieurs forces méthodologiques. Dans un premier temps, au plan de la validité interne, l'utilisation d'un devis longitudinal représente l'une des recommandations importantes dans le cadre d'études sur les facteurs de risque (Macy, 2008). En ce sens, l'aspect longitudinal de cette étude permettra d'élucider les facteurs qui ont précédé et qui ont contribué à augmenter le risque de l'ASA chez les victimes d'ASE. Il est à noter que les conclusions tirées par les recensions existantes portant sur le sujet démontrent qu'il existe un nombre limité d'études utilisant un tel devis longitudinal, la grande majorité étant de nature transversale. Par ailleurs, l'intervalle de temps dans lequel sera évalué les ASA se situera parmi les plus grands permettant d'obtenir un portrait plus réaliste de la revictimisation sexuelle comparativement à la majorité des études longitudinales recensées dont l'intervalle de temps était de moins de sept mois.

Ensuite, l'apport de cette étude permettra également d'accroître la compréhension du processus du risque d'ASA chez une population de victimes d'ASE. D'abord, le choix des variables indépendantes a été réalisé à partir des variables examinées dans les études recensées qui se référaient principalement à la sphère individuelle du modèle d'Hébert *et al.* (2012). Également, cette étude permettra d'évaluer certains autres facteurs individuels proposés dans le modèle d'Hébert *et al.* (2012) n'ayant pas encore été étudiés à travers les recherches longitudinales existantes, par exemple, les autres formes de mauvais traitements. En effet, ces derniers représentent un facteur de risque prometteur dans les écrits scientifiques. Les études transversales ont démontré une évidence selon laquelle la concomitance d'une ASE aux abus physiques est un prédicteur de la RSA et ce, plus que quand les ASE sont examinées seules (Arata, 2002). En plus, cette étude sera la première étude longitudinale à intégrer des variables appartenant à la sphère

relationnelle (i.e. fonctionnement familial) et communautaire (i.e. perception du soutien du réseau social).

Dans un deuxième temps, sur le plan de la validité externe, l'utilisation d'un échantillon de convenance populationnel plutôt que d'étudiants de niveau collégial ou universitaire permettra d'améliorer la généralisation des résultats. Ces échantillons d'étudiants sont surreprésentés par des femmes présentant un meilleur ajustement psychologique et qui sont plus avantagées sur le plan économique (Arata, 2002).

Finalement, l'ensemble des études longitudinales sélectionnées a été mené auprès des femmes. Pourtant, Zlotnik (2014) constate dans sa méta-analyse que la revictimisation sexuelle est un phénomène substantiel chez les hommes agressés sexuellement dans leur enfance et renforce la nécessité d'explorer davantage les facteurs de risque et de protection afin d'augmenter notre compréhension de ce phénomène chez cette population. Par conséquent, notre étude inclura les hommes qui, dans la littérature scientifique, ont été plus souvent étudiés en tant qu'agresseur que victime (Widom, Czaja et Dutton, 2008).

DEUXIÈME CHAPITRE – MÉTHODOLOGIE

1. DEVIS DE RECHERCHE

Cette étude longitudinale² comporte trois temps de mesure. Au T1 (l'âge moyen des participants est de 17,6 ans), les agressions sexuelles depuis la naissance ainsi que les facteurs de risque potentiels (variables indépendantes) ont été mesurés. Au T2 (l'âge moyen des participants est de 19,6 ans) et T3 (l'âge moyen des participants est de 20,5 ans), les agressions sexuelles depuis l'âge de 18 ans ont été répertoriées. La victimisation sexuelle vécue à l'âge adulte a donc été mesurée sur un intervalle de temps moyen de 2,9 ans. Aux fins de cette étude, les victimes ayant vécu une ASE et une ASA seront comparées au groupe ayant vécu uniquement une ASE.

2. PROCÉDURE

Les participants ont été recrutés dans quatre écoles secondaires de trois grandes villes du Québec soit Sherbrooke, Québec et Trois-Rivières. Tous les élèves inscrits en première année du secondaire ont été invités à participer à la recherche. Les parents et les tuteurs légaux ont par la suite signé un formulaire de consentement écrit, leur assurant l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies. L'échantillon initial comptait 806 élèves de première secondaire, âgés entre 12 et 14 ans, dont 46 % des participants étaient des filles et 54 % des garçons.

² Ce mémoire a été réalisé à partir d'une banque de données d'une vaste recherche portant sur le décrochage scolaire et qui s'est échelonnée sur neuf ans. Le premier temps de mesure de cette vaste recherche a eu lieu alors que les participants étaient en secondaire 1. Le temps 1 de ce mémoire coïncide avec l'année suivant la fin du secondaire pour ces participants (Fortin, Royer, Marcotte, Potvin et Joly, 2005).

Dans le cadre de l'étude plus vaste, de 1996 à 2001 (première secondaire à cinquième secondaire), les élèves ont rempli, en groupe, des questionnaires papier-crayon auto-administrés dans le cadre d'un cours régulier avec l'aide de deux assistants de recherche formés. À la fin du secondaire qui correspond au Temps 1 de notre mémoire, diverses méthodes ont été employées pour rejoindre les participants, le plus régulièrement, par le biais d'appels téléphoniques. Ainsi, lorsque les participants consentaient à poursuivre leur implication dans la recherche, un rendez-vous était fixé afin de permettre la complétion des questionnaires au moment d'une entrevue individuelle avec un assistant de recherche. Dans le cas où une rencontre en face à face était impossible, les questionnaires étaient envoyés par la poste avec une enveloppe de retour pré-affranchie afin que les participants complètent seul le questionnaire. Cette étude a reçu l'approbation du comité éthique de l'Université de Sherbrooke.

3. ÉCHANTILLON

L'échantillon de convenance compte 547 participants qui ont accepté de remplir le questionnaire sur les agressions sexuelles à l'enfance au T1. Comparativement au début de l'étude plus vaste, on peut donc constater une attrition des sujets de 32,0 % (257/806). Parmi ceux ayant participé au T1, 502 ont participé au T2 et/ou T3 soit un taux d'attrition pour notre échantillon de 8,2 % (45/547). Afin de constituer l'échantillon de notre étude, seuls les sujets ayant répondu avoir été victimes d'une ASE impliquant au moins un contact sexuel au T1 ont été retenus, soit 68 participants (12,4 % de l'échantillon). De ce nombre, 35 participants ont vécu des ASE mais n'ont pas vécu d'ASA alors que 33 participants font partie du groupe de revictimisés sexuellement (soit 48,5 %) c'est-à-dire qu'ils rapportent avoir vécu une agression sexuelle depuis l'âge de 18 ans, et ce, soit au T2 ou au T3. Concernant l'échantillon final, l'âge moyen des participants est de 17,6 ans et 76,5 % sont des filles. Au T1, la majorité habitait avec au moins un parent.

Quant aux indicateurs de sévérité des agressions sexuelles vécues à l'enfance, de façon générale, on peut constater que les participants du groupe ayant été revictimisés sexuellement à l'âge adulte, rapportent une plus grande fréquence d'agressions sexuelles et celles-ci impliquaient plus souvent l'utilisation de la menace et de la force comme moyen de coercition. De plus, ces participants présentent une fréquence d'ASE plus élevée et comptent davantage d'agresseurs différents (voir Tableau 4 et 5).

Quant aux ASA, elles présentent des indicateurs sévères de sorte que ces agressions sexuelles se caractérisent par une relation sexuelle complète non désirée et le fait d'avoir vécu des agressions sexuelles de la part de plus d'un agresseur sexuel (Tableau 3).

Tableau 3
Caractéristiques des agressions sexuelles vécues à l'âge adulte par le groupe ASE-ASA.

Caractéristiques des ASA	ASE-ASA (n=33) %
Sexe	
Féminin	84,8
Masculin	15,2
Nature	
Contact sexuel	33,3
Tentative de pénétration	15,2
Relation sexuelle complète non désirée	51,5
Fréquence	
Une fois	21,2
Deux fois et plus	78,8
Identité de l'agresseur	
Intrafamiliale	9,1
Extrafamiliale	54,5
Intrafamiliale/Extrafamiliale	9,1
Données manquantes	27,3
Moyen de coercition *	
Argument/Pression	75,8
Menace/Force	48,5
Drogue/Alcool	30,3

* Comme une victime peut rapporter plus d'une histoire d'agression sexuelle, la somme totale du pourcentage est supérieure à 100.

4. INSTRUMENTS DE MESURE

4.1. Variable dépendante

La victimisation sexuelle à l'âge adulte (depuis l'âge de 18 ans) a été mesurée au T2 et T3 à l'aide de la version adaptée du *Sexual Experience Survey* (SES) (Koss et Oros, 1982; Koss et Gidycz, 1985; traduit et adapté par Pelletier, Tourigny, Clément et Lavoie, 1998). Cette mesure comprend sept énoncés permettant de nous renseigner sur l'ensemble des caractéristiques des agressions sexuelles subies, soit la nature (contacts sexuels, tentative de viol et viol), le type de coercition exercé (utilisation d'arguments/pression à utilisation d'alcool/drogues), le lien avec l'agresseur (intra et extrafamilial), le lien entre la victime et l'agresseur (parent, beaux-parents, fratrie, membre de la parenté, jeune du même âge ou autre adulte). Le participant indique la fréquence pour chacun des énoncés au moyen d'une échelle Likert en trois points variant de 0 à 3 (0= jamais, 1= une fois, 2= deux fois et plus) ce qui permet aussi de documenter la fréquence des agressions sexuelles vécues depuis l'âge de 18 ans et le nombre d'agresseurs sexuels différents. Dans le cadre de cette étude, cet instrument exclut les agressions sexuelles pouvant avoir eu lieu dans un contexte de relations amoureuses. Les participants ayant répondu avoir vécu une agression sexuelle depuis l'âge de 18 ans soit au T2 ou au T3 forment donc le groupe de ASE-ASA.

4.2. Variables indépendantes

L'ensemble des variables indépendantes a été mesuré au Temps 1 de l'étude.

4.2.1. *Sphère individuelle: caractéristiques des agressions sexuelles*

Les caractéristiques des agressions sexuelles vécues à l'enfance (0-17 ans) ont été mesurées rétrospectivement au T1 par la version adaptée du *Sexual*

Experiences Survey (SES) (Koss et Oros, 1982; Koss et Gidycz, 1985; traduit et adapté par Pelletier *et al.*, 1998). Cet instrument est détaillé ci-haut.

Les autres formes de mauvais traitements sont mesurées de manière rétrospective au moyen de deux items élaborés par Lavoie, Hébert, Vézina et Dufort (2001). L'un de ces items porte sur le fait d'avoir été témoin de violence conjugale dans son milieu familial et le second porte sur le fait d'avoir déjà été agressé physiquement par un parent ou un substitut parental. Une échelle de type Likert en quatre points permet de préciser la fréquence des mauvais traitements subis depuis la naissance. Aux fins de cette étude, ces variables ont été modifiées en variable dichotomique de type oui/non.

4.2.2. *Sphère individuelle: Séquelles connues de l'agression sexuelle à l'enfance*

Les informations sur les comportements sexuels ont été recueillies par trois items élaborés par Lavoie, Hébert, Vézina et Dufort (2001). Si le participant répond avoir déjà vécu une relation sexuelle complète consentante, il doit alors rapporter l'âge de sa première expérience sexuelle et, ensuite, le nombre de partenaires sexuels différents à vie.

La version française de l'Inventaire de la dépression de Beck (IDB) (Beck, 1978; traduit par Bourque et Beaudette, 1982) a été utilisée afin de mesurer la sévérité des symptômes et des attitudes caractérisant la dépression en fonction de trois composantes principales (affect négatif envers soi, difficultés psychologiques/aspects somatiques et notion d'humeur). Cette mesure d'auto-évaluation comprend 21 énoncés permettant d'évaluer la fréquence de ces symptômes dans les six derniers mois. Le score brut a été utilisé dans les analyses et il est obtenu par l'addition des énoncés. Celui-ci varie de 0 à 63. Plus le score est élevé, plus les symptômes sont fréquents. Cet instrument a été validé auprès d'étudiants universitaires francophones

et le coefficient alpha de 0,92 démontrant une bonne cohérence interne (Bourque et Beaudette, 1982).

La version française de l'Inventaire d'anxiété de Beck (IAB) (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988; traduit par Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon et Rhéaume, 1994) a été utilisée pour mesurer le niveau d'anxiété chez les participants. Cette mesure d'auto-évaluation comprend 21 énoncés gradués selon une échelle de type Likert à quatre points (0 = pas du tout à 3 = beaucoup, je pouvais à peine le supporter) où le répondant doit indiquer le degré selon lequel il a été affecté par chacun des symptômes au cours des sept derniers jours. Le score total se situe entre 0 et 63. Un score élevé traduit un niveau élevé de symptômes d'anxiété. Quant aux qualités psychométriques, cet instrument a été validé auprès d'une clientèle d'adolescents francophones et le coefficient alpha de 0,86 a été obtenu évoquant une bonne cohérence interne (Beaubien, 2003).

L'estime de soi a été mesurée par quatre items de l'instrument *Self-Esteem Scales-RSES* (RSES) (Rosenberg, 1965) traduit en français par Vallières et Vallerand (1990). Les répondants doivent répondre à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points variant de 1 (me décrit très mal) à 5 (me décrit très bien). Le score global obtenu se situe entre 4 et 20. Un score élevé indique une bonne estime de soi. Une étude sur la validation canadienne-française de cet instrument, menée auprès d'un échantillon d'étudiants de niveau collégial, démontre que ces échelles détiennent de bons indices de cohérence interne. Le coefficient alpha est de 0,70 démontrant un indice de cohérence interne satisfaisant. (Vallières et Vallerand, 1990).

La délinquance et la consommation de drogues et d'alcool ont été évaluées par le questionnaire Mesure de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois (MASPAQ) (Le Blanc, 1994). Cet instrument comprend 21 items, évaluant la fréquence de diverses activités délinquantes regroupées à l'intérieur de sept catégories; le vandalisme, les vols mineurs, les vols graves, l'agression, la

consommation d'alcool, la consommation de drogues et les autres comportements délinquants. Pour chacun des items, le répondant rapporte la fréquence à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points (0 = jamais à 3 = très souvent). Cet instrument a été validé auprès de 6604 jeunes québécois âgés de 10 à 18 ans et présente une bonne cohérence interne. Le coefficient alpha est de 0,82 (Le Blanc, 1994).

4.2.3. *Sphère relationnelle*

Le fonctionnement familial a été mesuré par une version abrégée de l'Échelle de l'environnement familial, traduction française du *Family Environment Scale* (FES) (Moos et Moos, 1986). Celle-ci se compose de 45 énoncés vrai/faux mesurant deux types de climat familial soit la dimension relationnelle et la dimension de structure du système familial. La dimension relationnelle est évaluée par trois sous-échelles, soit 1) cohésion, 2) expression, 3) conflits. Quant à la dimension de structure du système familial, elle est évaluée par deux sous-échelles, soit 1) organisation et 2) contrôle. Les scores-T de chaque sous-échelle ont été utilisés pour les analyses. Pour chacune d'entre elles, un score élevé signifie que la dimension évaluée est davantage présente. Par exemple, la sous-échelle se rapportant aux conflits s'interprète de la façon suivante: plus le score est élevé, plus il y a présence de conflits à l'intérieur du système familial. De même, pour la sous-échelle cohésion, un score élevé reflète un plus grand niveau de cohésion entre les membres de la famille. Les sous-échelles présentent des coefficients alpha variant de 0,67 à 0,78 démontrant une bonne cohérence interne.

4.2.4. *Sphère communautaire*

Les caractéristiques du réseau social sont évaluées par la version française adaptée par Larose et Roy (1994) de l'Inventaire du réseau social (IRS) (Perl et Trickett, 1988). Cet instrument mesure la perception du soutien social en rapport avec le réseau de personnes importantes pour le répondant. Celui-ci peut identifier jusqu'à

15 personnes. Aux fins de cette étude, pour chacune de ces personnes, le répondant doit répondre à quatre énoncés se référant aux caractéristiques interactionnelles et structurelles suivantes: a) une perception globale du soutien émotif (disponibilité et satisfaction à l'égard de la relation) et b) deux indices qualitatifs décrivant la relation (partage de confiance et conflits). Un score brut, variant de 0 à 4, a été calculé pour chacune des sous-échelles et l'interprétation de ce score diffère pour chacune d'entre elles (pour l'échelle de partage de confiance, un score élevé signifie un haut niveau de partage; pour l'échelle de conflits, un score élevé signifie un niveau élevé de conflits; pour l'échelle de la satisfaction à l'égard de la relation, un score élevé signifie, un plus grand degré de satisfaction et pour l'échelle de disponibilité, plus le score est élevé, plus le répondant perçoit la personne comme étant disponible). La version anglaise de cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques, mais celles de la version française sont inconnues.

5. STRATÉGIES D'ANALYSE

Les analyses ont été produites à partir du logiciel IBM SPSS Statistics version 20. Des analyses statistiques préliminaires de type bivarié de test-T pour les variables continues et de chi-carré pour celles catégorielles, ont été produites pour comparer le groupe ASE victime d'ASA au groupe ASE ne rapportant pas d'ASA, et ce, pour chacune des variables indépendantes (VI). Il a alors été possible d'identifier les VI susceptibles d'augmenter le risque d'agression sexuelle depuis l'âge de 18 ans. Pour être retenues, les VI devaient présenter un seuil de signification de $p \leq 0,1$. Une analyse de multicolinéarité a ensuite été effectuée afin de vérifier la présence d'une relation linéaire élevée ($r > 0,7$) entre les VI. Aucune corrélation entre les VI ne s'est avérée plus grande que 0,7 (Voir annexe A).

Une analyse de régression logistique multivariée de type ascendante « pas à pas » a été réalisée afin de vérifier l'effet combiné des VI sur la VD et d'identifier celles qui la prédisent le mieux. Celle-ci a été réalisée en deux étapes. Une régression

des VI correspondant aux facteurs de risque associés aux caractéristiques des agressions sexuelles à l'enfance et à ceux se rapportant à la sphère relationnelle a d'abord été réalisée. Dans un deuxième temps, les VI s'avérant significative ($p \leq 0,05$) lors de cette précédente étape ont été régressées avec les autres VI correspondant aux facteurs de risque associés aux séquelles connues de l'agression sexuelle à l'enfance et à ceux se rapportant à la sphère communautaire. Pour ce faire, le sexe a été contrôlé. Le critère de décision pour qu'une VI soit considérée comme un facteur de risque est de $p \leq 0,05$. Le R^2 de Nagelkerke a permis de quantifier la part de variance expliquée du modèle final. Enfin, le D de Cohen (d') a été utilisé afin de quantifier la taille d'effet de chacun des facteurs de risque sur la VD.

TROISIÈME CHAPITRE – RÉSULTATS

1. FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À L'AGRESSION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE CHEZ LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE À L'ENFANCE

1.1. Analyses bivariées

Les résultats des analyses bivariées, présentés aux tableaux 5 et 6, mettent en évidence neuf variables qui distinguent significativement les victimes d'ASE ayant vécu une ASA de celles ayant vécu uniquement une ASE.

Tableau 4
Résultats des analyses de Test-T: comparaisons des moyennes des variables indépendantes entre les groupes ASE-ASA et ASE.

Variables indépendantes	ASE n=35 Moy./(ET)	ASE-ASA n=33 Moy./(ET)	t (dl)
Fonctionnement familial			
Cohésion	53,1 (15,5)	50,9 (22,1)	0,48 (57,0)
Expression	57,4 (12,7)	59,4 (11,2)	-0,68 (66)
Conflit	46,0 (13,3)	46,7 (15,1)	-0,19 (66)
Organisation	51,7 (10,4)	52,4 (12,3)	-0,26 (66)
Contrôle	42,6 (11,7)	40,6 (9,7)	0,75 (66)
Profil psychologique			
Dépression	7,5 (5,4)	10,6 (7,3)	-1,98 (66) †
Anxiété	9,5 (6,1)	16,3 (12,0)	-2,91 (47)*
Estime de soi	15,2 (2,9)	14,3 (3,5)	1,18 (66)
Comportements délinquants (12 derniers mois)			
Délinquance criminelle			
Fréquence des comportements	0,1 (0,2)	0,1 (0,2)	-0,47 (64)
Nb de comportements différents	1,8 (2,9)	2,1 (3,3)	-0,44 (64)
Délinquance grave			
Fréquence des comportements	0,0 (0,1)	0,1 (0,2)	-1,37 (66)
Nb de comportements différents	0,1 (0,4)	0,3 (0,6)	-1,25 (66)
Agression physique			
fréquence des comportements	0,1 (0,2)	0,1 (0,2)	0,37 (64)

Nb de comportements différents	0,6 (1,1)	0,4 (0,8)	0,78 (64)
Vandalisme			
fréquence des comportements	0,0 (0,2)	0,1 (0,2)	-0,37 (66)
Nb de comportements différents	0,1 (0,2)	0,1 (0,4)	-0,79 (66)
Petit vol			
fréquence des comportements	0,2 (0,5)	0,3 (0,7)	-0,91 (66)
Nb de comportements différents	0,4 (0,9)	0,6 (1,0)	-0,63 (66)
Vol grave			
Fréquence des comportements	0,1 (0,2)	0,1 (0,3)	-1,14 (48)
Nb de comportements différents	0,2 (0,5)	0,3 (0,6)	-0,89 (58)
Consommation			
Fréquence de la consommation	0,7 (0,5)	0,9 (0,6)	-1,21 (65)
Nb de substances consommées	1,8 (1,2)	2,4 (1,3)	-2,06 (65)*
Réseau social			
Étendue (Nb de personnes dans le réseau)	7,9 (2,9)	8,8 (4,0)	-1,08 (57)
Partage confiance	2,4 (0,8)	2,6 (0,6)	-0,84 (60)
Conflit relation	0,9 (0,6)	1,0 (0,4)	-0,48 (64)
Satisfaction relation	3,2 (0,6)	2,9 (0,6)	1,68 (64) ^t
Disponibilité	3,0 (0,8)	3,1 (0,7)	-0,81 (64)
Comportements sexuels à risque			
Âge de la 1 ^{ière} relation sexuelle	14,7 (1,4)	14,5 (1,4)	0,50 (53)
Nb de partenaires sexuels à vie	3,5 (2,8)	5,7 (6,1)	-1,32 (63)
Caractéristique des ASE			
Nb moyen d'agresseurs	1,0 (0,2)	1,2 (0,5)	-2,06 (39)*

p < 0,1 ^tp < 0,05 * p < 0,01 **

Tableau 5
 Résultats des analyses de Chi-carrés: comparaisons des fréquences des variables indépendantes entre les groupes ASE-ASA et ASE.

Variables indépendantes	ASE n=35 %	ASE-ASA n=33 %	Valeur du χ^2 (dl)
Caractéristiques individuelles			
Sexe			
Féminin	68,6	84,8	2,50 (1)
Masculin	31,4	15,2	
Caractéristiques des agressions sexuelles dans l'enfance			
Fréquence			
1 fois	54,3	30,3	3,99 (1)*
2 fois et plus	45,7	69,7	
Nature			
Contacts sexuels	60,0	45,5	3,2 (2)
Tentative de pénétration	22,9	18,2	
Relation sexuelle complète	17,1	36,4	
Moyen de coercition			
Pression/argument			
Oui	85,7	93,9	NV
Non	14,3	6,1	
Menace/force			
Oui	20,0	42,4	4,00 (1)*
Non	80,0	57,6	
Alcool/drogues			
Oui	22,9	27,3	0,18 (1)
Non	77,1	72,7	
Lien entre la victime et l'agresseur			
Intrafamiliale			
Oui	14,3	33,3	3,43 (1) †
Non	85,7	66,7	
Extrafamiliale			
Oui	88,6	75,8	1,92 (1)
Non	11,4	24,2	
Les autres formes de mauvais traitements à l'enfance			
Témoin de violence conjugale			
Oui	20,0	30,3	0,96 (1)
Non	80,0	69,7	
Victime d'abus physique			
Oui	22,9	48,5	4,89 (1)*
Non	77,1	51,5	
Relation sexuelle complète consentante			
Oui	82,9	78,8	0,182 (1)
Non	17,1	21,2	

$p < 0,1$ † $p < 0,05$ * $p < 0,01$ ** NV: Test non valide; plus de 20 % des cellules ont une valeur inférieure à 5.

De façon générale, les victimes d'ASE ayant subi une ASA ont vécu plus d'adversités à l'enfance et rapportent un plus grand nombre de difficultés que celles ayant vécu uniquement une ASE. En effet, elles ont été exposées à plus de violence physique et une fréquence plus élevée de violence sexuelle pendant l'enfance et les caractéristiques de leur ASE témoignent d'indicateurs plus sévères. Elles présentent également davantage détresse psychologique et rapportent une plus grande variété de substances consommées. Finalement, elles perçoivent leurs relations interpersonnelles plus satisfaisantes que les non-victimes d'ASA.

1.2. Analyse de la régression logistique

Les analyses de régression logistique ont été réalisées en deux étapes et les résultats sont présentés au tableau 7. Ceux du premier bloc démontrent que le sexe et l'abus physique à l'enfance prédisent significativement l'ASA. Ainsi, les femmes victimes d'ASE ayant subi de l'abus physique à l'enfance sont plus à risque de vivre une ASA. Les caractéristiques des ASE (fréquence, utilisation de la force/menace, nombre d'agresseurs à vie, les ASE intrafamiliales) ne s'avèrent plus significatives et ont donc été exclues du modèle. Ce modèle explique 17,3 % de la variance. Le test d'ajustement d'Hosmer et Lemeshow s'avère non-significatif ($\chi^2 = 0,88$, $p > 0,05$). Le modèle prédit est donc comparable au modèle observé. Globalement, il classe correctement 66,2 % des cas dans chacun des groupes. Il est à noter que ce modèle classe mieux les participants du groupe de non-victimes d'ASA (91,4 %) que les participants du groupe de victimes d'ASA (39,4 %).

Lorsque le bloc 2 est intégré, les liens significatifs au bloc 1 disparaissent. Seule la présence de symptômes d'anxiété prédit significativement l'ASA chez les victimes d'ASE et les autres variables proximales incluses dans le modèle, soit les symptômes de dépression, le niveau de satisfaction des relations interpersonnelles ainsi que la variété des substances consommées dans les 12 derniers mois sont rejetés. Ainsi, il apparaît donc que plus le niveau des symptômes d'anxiété est élevé au T1,

plus susceptibles sont les victimes d'ASE de rapporter une histoire d'ASA 2,9 ans plus tard. La force de la relation entre l'ASA et les symptômes d'anxiété est quantifiée à 0,59. Cela coïncide à un effet moyen selon la nomenclature de Cohen (1988).

Tableau 6
Résultats des analyses de régression logistique des variables indépendantes associées à l'agression sexuelle à l'âge adulte chez les victimes d'agression sexuelle à l'enfance.

VI	B	E.S	Wald	Exp (B)	d'
BLOC 1					
Sexe	1,37	0,68	4,00	3,92*	0,52
Abus physique à l'enfance	1,47	0,59	6,14	4,33*	0,66
BLOC 1 et BLOC 2					
Sexe	1,04	0,73	2,04	2,83	0,46
Abus physique à l'enfance	1,13	0,64	3,14	3,10 ^t	0,52
Anxiété	0,08	0,04	5,49	1,09*	0,59

p < 0,1^t p < 0,05 * p < 0,01 **

Le modèle final obtenu explique 26,2 % de la variance de l'ASA chez les victimes d'ASE. Le test d'ajustement d'Hosmer et Lemeshow s'avère non significatif ($\chi^2 = 8,74$. p > 0,05). Le modèle prédit est donc comparable au modèle observé et permet de classer correctement 67,7 % des cas dans chacun des groupes. Ce modèle classifie mieux les non-victimes d'ASA (79,5 %) que les victimes d'ASA (54,8 %).

QUATRIÈME CHAPITRE – DISCUSSION

1. PRÉVALENCE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE

Cette étude démontre que la moitié (49 %) des victimes d'agression sexuelle à l'enfance a subi une forme d'agression sexuelle subséquente au début de l'âge adulte. Ce taux de prévalence de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte (RSA) est légèrement plus élevé que celui estimé (42 %) dans la méta-analyse de Zlotnik (2014). Lorsque le taux de prévalence de RSA de notre étude est comparé à celui rapporté par les études longitudinales sélectionnées dans notre recension des écrits décrites ci-haut, certaines disparités sont observées. En effet, pour la majorité de ces études, le taux de prévalence de la RSA est moins élevé. Ces taux varient entre 10 % (Orcutt *et al.*, 2005) et 45 % (Katz *et al.*, 2010). Seule l'étude de Testa *et al.* (2010) rapporte un taux plus élevé, soit de 70 %. Le taux légèrement plus élevé de notre étude peut s'expliquer par différents facteurs influençant significativement la variance du taux de RSA tels que ceux rapportés dans la méta-analyse de Zlotnik (2014). D'abord, le taux élevé de RSA peut s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. Selon les résultats de la méta-analyse de Zlotnik (2014) portant sur la taille de l'échantillon et incluant 78 études, plus l'échantillon est grand et moins le taux de prévalence de la RSA est élevé. Un second facteur identifié par Zlotnik (2014) a trait à la définition des agressions sexuelles: les taux les plus élevés ont été recensés dans les études dont la définition est plus inclusive telle que la définition des agressions sexuelles utilisées dans notre étude (i.e. une agression sexuelle impliquant au moins un contact sexuel). Finalement, une autre explication possible est l'intervalle de temps dans lequel sont mesurées les agressions sexuelles à l'âge adulte qui est d'au moins deux fois plus grand dans notre étude que celui utilisé dans la plupart des études longitudinales recensées.

2. DIFFÉRENCE DES TAUX DE PRÉVALENCE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE EN FONCTION DU SEXE

Lorsque les taux sont observés selon le sexe, 54 % des femmes et 31 % des hommes victimes d'ASE ont été exposés à une forme de RSA. Malgré l'écart entre ces taux, aucune différence significative n'a été trouvée ($\chi^2 = 2,50$. $p > 0,05$). Lorsque ces taux sont comparés à ceux résultant d'une étude menée auprès d'un échantillon mixte d'individus incarcérés, le taux de RSA rapporté par les femmes (71 %) demeure plus élevé que celui rapporté par les hommes (19 %) (Dietrich, 2004). Cette étude observe une différence significative en fonction du sexe démontrant que les femmes victimes d'ASE sont plus à risque que les hommes victimes d'ASE de vivre une ASA. Il importe de nuancer cette comparaison entre ces deux études compte tenu que les échantillons sont très différents. Par ailleurs, l'absence d'une différence significative au niveau du sexe dans notre étude peut s'expliquer par le manque de puissance statistique conséquent d'un petit nombre de sujets masculins.

3. FACTEURS DE RISQUE DE LA REVICTIMISATION SEXUELLE À L'ÂGE ADULTE

3.1. Anxiété

Le phénomène de la RSA est mieux expliqué par une seule variable que plusieurs. En effet, le modèle final démontre que seule la présence d'anxiété prédit significativement la RSA et démontre un effet modéré avec cette dernière. Ce résultat est comparable avec les autres études ayant évalué l'anxiété. En ce sens, dans sa méta-analyse, Zlotnik (2014) observe un effet faible à modéré pour la présence d'anxiété chez les adultes qui sont revictimisés sexuellement comparativement à ceux qui ont été victimes d'une seule agression sexuelle à l'enfance. De même, ce constat corrobore les résultats obtenus par deux études longitudinales qui ont trouvé un lien direct entre la présence d'anxiété et l'augmentation du risque de RSA (Gidycz *et al.*, 1993 et Orcutt *et al.*, 2005). Ces résultats doivent être néanmoins nuancés considérant

que ces deux études ont utilisé une mesure plus globale, soit la détresse psychologique, qui elle incluait une mesure d'anxiété.

Ce facteur sera discuté selon la perspective du modèle intégratif conceptualisé par Hébert *et al.* (2012) afin d'interpréter son effet dans la trajectoire de l'augmentation du risque de la RSA. Il est à noter que ce modèle a été précédemment présenté dans sa globalité dans la section concernant la problématique. Ainsi, les symptômes anxieux peuvent s'insérer dans la sphère individuelle de la victime au niveau des séquelles psychologiques vécues à la suite d'une agression sexuelle à l'enfance. Hébert *et al.* (2012) s'appuient sur deux propositions de trajectoire du modèle de Noll et Grych (2011) par l'entremise desquelles les séquelles de l'ASE sont liées à la revictimisation: 1) l'exposition des victimes à davantage de situations à risque par leur comportement ou par le fait que les agresseurs les cibleront davantage en raison de leur vulnérabilité, ou 2) une diminution des habiletés préventives des victimes d'ASE les rendant moins aptes à se protéger lorsqu'elles sont exposées à des situations de violence potentielle. Ainsi, selon le modèle « *read-react-respond* » de Noll et Grych (2011), ces deux trajectoires peuvent s'actualiser en présence d'un niveau élevé d'anxiété et s'inscrivent dans un processus biologique complexe de réponse au stress provoquant une hyperexcitation ou une hypoexcitation du système nerveux. Devant un danger potentiel tel qu'une situation d'agression sexuelle, la victime peut avoir du mal à détecter les indices de menaces d'une agression sexuelle. Par conséquent, la réponse au stress de la victime sera alors déficiente ce qui entraînera l'utilisation de stratégies adaptatives inefficaces la prédisposant à un risque de revictimisation sexuelle.

3.2. Abus physique

L'abus physique à l'enfance apparaît comme un facteur de risque prometteur de la RSA. En effet, les analyses de régression logistique démontraient que l'abus physiques à l'enfance était le seul facteur qui prédisait significativement la RSA

lorsque cette variable était régressée dans le bloc 1, mais ce facteur n'apparaît plus significatif dans le modèle final. Ce résultat ne va donc pas dans le sens des résultats obtenus par les études qui ont examiné cette variable selon lequel une plus grande portion de victimes de RSA rapportait une histoire d'abus physique au cours de leur enfance comparativement à celles ayant vécu uniquement une ASE (Zlotnik, 2014). Cependant, il est à noter que ce facteur obtient un seuil de signification très près du seuil de signification de 0,05, ce qui permet de croire qu'en présence d'une puissance statistique plus grande, cette variable pourrait s'avérer significative.

3.3. Autres variables indépendantes

Le résultat qui nous apparaît le plus surprenant est sans doute l'absence d'associations significatives pour certaines des variables lors des analyses multivariées, précisément, pour les facteurs qui ont reçu un support empirique important à travers la littérature scientifique tels que les comportements sexuels à risque, la consommation de substances et les caractéristiques des agressions sexuelles à l'enfance.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce résultat. Dans un premier temps, le manque de puissance statistique du modèle final peut avoir influencé la détection d'une différence significative. En effet, certaines des variables discutées dans le paragraphe précédent se sont avérées significatives dans les analyses bivariées, mais aucune d'entre elles n'apparaissait significative lors des analyses de régression logistique, par exemple, certains indicateurs de sévérité des ASE (fréquence, nombre d'agresseurs différents à vie, l'implication de la menace/force comme moyen de coercition, agression sexuelle de type intrafamilial) et la variété des substances consommées dans les 12 derniers mois.

Une autre explication possible est que la trajectoire du risque de RSA se développerait différemment pour les hommes et les femmes. Autrement dit, les

facteurs de risque de la RSA se différencieraient en fonction du sexe. En ce sens, comme nous avons contrôlé pour le sexe lors des analyses de régression logistique, les résultats s'appliquent indépendamment du sexe. Il nous est actuellement impossible de confirmer cette hypothèse, d'une part, étant donné le nombre limité d'études empiriques utilisant des échantillons mixtes et, d'autre part, parce que les modèles élaborés tiennent compte uniquement des femmes. Enfin, le faible nombre d'hommes dans l'étude ne nous permettait pas de réaliser des analyses séparées pour les femmes et les hommes.

Pour terminer, cette étude représente une des rares études menées auprès d'un échantillon composé entièrement de victimes d'ASE. La majorité des études longitudinales sélectionnées dans notre recension des écrits ont été menées auprès d'échantillons de personnes issues d'une population plus générale et incluaient une portion de victimes d'ASE. Ainsi, les victimes d'ASE constituent une population plus à risque de présenter un important nombre de séquelles associées à leur agression sexuelle, dont la consommation de substances et l'engagement dans des comportements sexuels à risque comparativement à la population générale. De la sorte, cela diminue forcément la sensibilité à détecter des différences significatives entre les deux groupes comme ces facteurs représentent également des conséquences d'une ASE (Maniglio, 2009).

4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

4.1. Validité interne

Cette étude présente diverses forces et limites au point de vue de la validité interne. D'abord, cette étude fait partie des rares études de type longitudinal menées à ce jour. En ce sens, ce devis est indispensable dans les études portant sur les facteurs de risque, car il permet de vérifier l'effet des facteurs qui ont précédé le phénomène examiné, dans ce cas, la RSA.

De plus, cette étude a l'avantage d'utiliser un intervalle de temps plus grand que la plupart des études longitudinales recensées, ce qui permet d'estimer un taux de prévalence plus réaliste de la RSA.

D'autre part, la sélection d'un échantillon uniquement composé de victimes d'ASE permettait d'analyser l'incidence des caractéristiques des ASE comme facteurs de risque de la RSA. De plus, le *Sexual Experience Survey* est l'un des instruments les plus reconnus pour mesurer les ASE ainsi que les ASA dans les recherches scientifiques (Macy, 2008). Cet instrument permet de rendre compte d'un portrait plus réaliste des agressions sexuelles vécues par les participants.

Dans un autre ordre d'idée, certaines limites ont été identifiées. L'une des plus importantes concerne la faible puissance statistique attribuable à un petit nombre de participants.

Ensuite, certaines variables prometteuses dans les écrits scientifiques n'ont pas été mesurées pour des raisons pratiques (nombre d'instruments limités dans l'étude afin d'avoir un temps de passation acceptable pour les participants) et mériteraient une attention particulière dans de futures études, comme par exemple, les symptômes de stress post-traumatique, la régulation des émotions et le blâme de soi. De même, la majorité des variables mesurées se rapportent principalement à la sphère individuelle de la victime du modèle intégratif élaboré par Hébert *et al.* (2012) alors que ce modèle proposait une compréhension écosystémique de la RSA. Cette étude ne permet donc pas de comprendre le phénomène de la RSA dans sa globalité comme peu de variables indépendantes se rapportent aux composantes des autres systèmes.

De surcroît, l'âge des participants à laquelle ont été vécues les ASE n'est pas documenté dans cette étude. Celle-ci ne permet donc pas de distinguer les ASE des ASA alors que cette distinction apparaît essentielle considérant que les auteurs de

trois recensions des écrits rapportent que les ASAdo expliqueraient mieux la RSA que les ASE (Arata, 2002; Classen *et al.*, 2005; Ghimire et Follette, 2011).

Une autre limite concerne la possibilité qu'une portion de participants du groupe ASE-ASA ait été agressée sexuellement à l'enfance et à l'âge adulte par le même agresseur, surestimant ainsi le taux de revictimisation sexuelle à l'âge adulte. En effet, malgré que l'instrument sur les agressions sexuelles permette à la victime d'identifier le lien avec l'agresseur, il ne permettait pas de valider l'identité de l'agresseur.

Finalement, tel que pour l'ensemble des études portant sur ce sujet, les ASE ont été rapportées rétrospectivement par les participants, soit au premier temps de mesure de l'étude alors qu'ils étaient âgés en moyenne de 17,6 ans. Par conséquent, il est possible qu'un nombre de victimes ait été négligé de sorte que plus le temps passe, plus il peut être difficile pour celles-ci de se remémorer leur agression sexuelle.

4.2. Validité externe

Diverses forces caractérisant la validité externe ont été identifiées. D'abord, l'échantillon final a été construit à partir de quatre écoles de trois régions différentes du Québec ce qui permet une meilleure représentation des victimes d'ASE et, par conséquent, les résultats se généralisent à une plus vaste étendue de la population d'ASE puisque au moment de la collecte de données, l'échantillon inclut une certaine proportion de jeunes qui n'ont pas poursuivi des études de niveau collégial ou universitaire. En ce sens, cette étude offre un portrait plus complet du phénomène de la revictimisation sexuelle à l'âge adulte, qui jusqu'à présent, a été plus souvent étudié auprès d'une population étudiante du niveau collégial ou universitaire ce qui rendait leurs résultats moins généralisables à une population de jeunes adultes.

Cette étude constitue également une première initiative en matière de l'identification des facteurs de risque de la RSA auprès d'un échantillon mixte. En effet, elle représente la première étude longitudinale à étudier simultanément une population de participants de sexe féminin et de sexe masculin ce qui permet d'augmenter notre compréhension du processus du risque de revictimisation sexuelle chez les hommes. Plusieurs auteurs soulignent le manque d'études scientifiques menées auprès des hommes, et ce malgré le fait que la RSA est également préoccupante au sein de cette population. Cependant, cette force apparaît aussi comme une limite importante et il est possible que cette étude n'ait pas cerné l'ensemble du processus de RSA étant donné que ce phénomène pourrait se traduire différemment en fonction du sexe. Considérant le petit nombre de participants masculins, nous n'avons pu explorer ces différences.

Pour terminer, cette étude a l'avantage de pallier à l'une des limites importantes soulignées par l'ensemble des recensions des écrits portant sur la revictimisation sexuelle en utilisant une définition précise de la revictimisation à l'âge adulte chez les victimes d'agressions sexuelles à l'enfance. En ce sens, nous avons établi des critères spécifiques au niveau de l'âge pour délimiter les agressions sexuelles à l'enfance de celles vécues à l'âge adulte.

5. RETOMBÉES CLINIQUES

Les constats soulevés par notre étude nous permettent de corroborer les divers écrits scientifiques portant sur la revictimisation sexuelle à l'âge adulte, sur la nécessité de développer des programmes de prévention afin de diminuer l'incidence de ce phénomène. Cet objectif devrait être un axe prioritaire puisque les conséquences de la RSA aggravent les séquelles d'une agression sexuelle initiale de même qu'elle place les victimes à risque de revictimisation sexuelle subséquente (Macy, 2007). La prévention de la RSA peut s'actualiser à travers trois types d'actions qui seront détaillées dans les paragraphes suivants: le traitement des

enfants/adolescents victimes d'ASE, la prévention universelle, secondaire et tertiaire auprès des jeunes adultes et, finalement, le traitement des adultes victimes d'ASE si aucun traitement au cours de l'enfance n'est venu atténuer les séquelles de l'ASE.

D'abord, il s'avère prioritaire de traiter les victimes d'ASE le plus rapidement possible à la suite d'une première agression sexuelle. Deux méta-analyses et une recension des écrits portant sur l'efficacité des programmes de traitement des ASE concluent que les interventions basées sur l'approche cognitivo-comportementale se retrouvent parmi les pratiques exemplaires (Harvey et Taylor, 2010; Hetzel-Riggin, Brausch et Montgomery, 2007; Silverman, Ortiz, Viswesvaran, Burns, Kolko, Putman et Amaya-Jackson, 2008). Dans sa recension, Silverman *et al.* (2008) identifient la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma comme étant l'intervention la plus efficace pour traiter les victimes d'ASE. Celle-ci s'inscrit dans un processus thérapeutique individuel ou de groupe auquel s'ajoute parfois l'implication du parent non-agresseur afin de l'aider à soutenir son enfant adéquatement (Simoneau, Daignault et Hébert, 2011). Pour la victime d'ASE, l'objectif poursuivi par cette forme de thérapie est la réduction des symptômes de stress post-traumatique par le biais d'une exposition graduelle à son récit de l'agression sexuelle (Simoneau *et al.*, 2011). Ainsi, cette exposition a pour but de soutenir l'enfant afin qu'il arrive à mieux vivre avec son trauma et à se défaire des associations forgées entre les émotions négatives et les pensées et souvenirs liés à l'agression sexuelle (Simoneau *et al.*, 2011). Silverman *et al.* (2008) concluent sur son efficacité à réduire les séquelles associées à l'ASE, plus spécifiquement, l'anxiété, la dépression, les symptômes de stress post-traumatique et les problèmes de comportements externalisés. Bien que cette thérapie n'intègre pas à son contenu un volet concernant la prévention de la RSA, elle agit sur la diminution d'un facteur de risque important de la RSA tel qu'identifié dans notre étude, soit l'anxiété. Nous croyons que de tels programmes devraient être implantés au sein des Centres jeunesse et devraient être offerts à toutes les victimes d'ASE à la suite d'une prise en charge pour agression sexuelle.

Dans un deuxième temps, la prévention universelle de la violence sexuelle au début de l'âge adulte représente une avenue d'intervention nécessaire pour prévenir les RSA. Ce type de prévention cible la population générale et, de ce fait, rejoint les victimes d'ASE. Vladutiu, Martin et Macy (2011) ont réalisé une recension systématique des recensions des écrits sur l'efficacité des programmes de prévention de la violence sexuelle destinés aux étudiants collégiaux et universitaires. Ces programmes sont offerts sous divers formats, certains sont présentés à des groupes unisexes alors que d'autres sont offerts à des groupes mixtes. Ces programmes visent généralement à conscientiser la population face à l'agression sexuelle et à prévenir la violence sexuelle faite aux femmes. Rares sont les programmes qui ont démontré un effet sur l'incidence de l'agression sexuelle à l'âge adulte. En fonction de leur format, ces derniers conscientisent les participants face à l'agression sexuelle, augmentent les connaissances et améliorent l'attitude ainsi que les croyances associées à l'agression sexuelle. Ils permettent également de développer l'empathie à l'égard de l'agression sexuelle et d'améliorer les intentions comportementales (Vladutiu *et al.*, 2011). Certaines lacunes importantes sont cependant observées, soit le fait que ces programmes adressés aux hommes visent principalement à réduire la violence sexuelle faite aux femmes et aucun ne vise à sensibiliser la population l'égard de la violence sexuelle faite aux hommes. Au Québec, le programme Viol-Secours et le programme J'AVISE visant la prévention de l'agression sexuelle auprès de la clientèle adolescente ont été évalués et ont démontré des résultats encourageants (Hébert *et al.*, 2012). Nous recommandons que de telles initiatives s'étendent aux milieux collégiaux et universitaires.

Dans une perspective de prévention ciblée de la RSA, Hébert *et al.* (2012) ont recensé six études d'efficacité évaluant des programmes de prévention de l'agression sexuelle à l'âge adulte s'adressant spécifiquement aux victimes d'ASE. Les études ont pour la majorité été réalisées sur l'efficacité de versions adaptées d'un même programme. Le programme de Réduction du risque a montré des résultats positifs (Gidycz *et al.*, 2001; Marx, Calhoun, Wilson et Meyerson, 2001). Ce

programme est basé sur trois modèles distincts: le modèle d'apprentissage social, le modèle d'élaboration de probabilité et le modèle de croyance à la santé. Globalement, celui-ci vise à prévenir la revictimisation sexuelle en augmentant les capacités du participant à identifier des situations à risque d'agression sexuelle et à développer des stratégies de protection (Gidycz *et al.*, 2001). Les résultats des études d'efficacité ont démontré que ce type de programme augmente les comportements préventifs chez les participants et diminue le risque de revictimisation sexuelle à court terme (Hébert *et al.*, 2012). Par contre, il est à noter que ces programmes ont été, à ce jour, offerts uniquement à une population d'étudiants de sexe féminin. Afin de rejoindre une plus grande portion de victimes d'ASE, notamment, les hommes, ce type de programme pourrait être inclus dans l'offre de service d'organismes tel que le CALAC.

Une autre façon d'intervenir en prévention des RSA est par le biais de programmes de traitement offerts aux adultes victimes d'ASE. À ce jour, différentes interventions individuelles ou de groupe ont été élaborées pour traiter les victimes d'ASE une fois adulte. Cyr et Payer (2011) ont recensé trois méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité de ces interventions. De même que pour le traitement pour les ASE, les plus probants demeurent les thérapies individuelles basées sur une approche cognitivo-comportementale (Cyr et Payer, 2011). Celles-ci ont démontré le plus d'effets positifs quant à la diminution des symptômes intériorisés (ex.: dépression, anxiété) et de l'état de stress post-traumatique. De plus, cette approche est autant validée auprès des femmes que des hommes. Pareillement au traitement offert durant l'enfance, le traitement cognitivo-comportemental semble ne pas offrir un volet de prévention des RSA, mais il a un effet direct sur la réduction des symptômes associés à l'anxiété (et les séquelles intériorisées), un facteur de risque que nous avons identifié comme étant lié à la RSA.

Pour conclure, les résultats de cette étude remettent à l'avant-plan l'importance de prodiguer des interventions visant à contrer les séquelles de l'ASE et à prévenir la RSA. Les programmes de traitement destinés aux victimes d'ASE

devraient porter une attention particulière aux symptômes d'anxiété et inclure un volet associé à la prévention de la RSA. De plus, il importe aux intervenants et aux chercheurs de poursuivre leurs efforts afin de bonifier les interventions à privilégier, notamment en les adaptant à une population d'hommes victimes d'ASE pour qui l'accessibilité à des programmes de prévention est limitée. Par conséquent, la contribution de futures études longitudinales portant sur les facteurs de risque de la RSA s'avère nécessaire pour contribuer à l'avancement des connaissances des mécanismes par lesquels se développe le risque d'ASA à la suite d'une première ASE tant chez les femmes que chez les hommes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arata, C.M. (2002). Child sexual abuse and sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), 135-164.
- Aosved, A.C., Long, P.J. et Voller, E.K. (2011). Sexual revictimization and adjustment in college man. *Psychology of Man and Masculinity*, 12(3), 285-296.
- Beaubien, M. (2003). *Anxiété et adaptation au premier trimestre d'études collégiales*. Mémoire de maîtrise en Science de l'éducation, Université Laval (Canada), Canada.
- Beck, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety-psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bourque, F. et Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de la dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Bronfenbrenner, U. (1977) Toward an experimental ecology model of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Cohen, H. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences* (2^e éd.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Classen, C.C., Palesh, O.G. et Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(2), 103-129.
- Cyr, M. et Payer, M. (2011). Les interventions curatives auprès des adultes ayant été victimes d'agression sexuelle pendant leur enfance. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants tome 1* (p. 205-252). Québec : Presses de l'université du Québec.

- Desai, S., Arias, L., Thompson, M.P. et Basile, K.C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of man and women. *Violence and Victims, 17*(6), 639-653.
- Dietrich, A. M. (2004). *PTSD and associated features as predictors of revictimization and perpetration with samples of adults abused during childhood*. Thèse de doctorat en philosophie, ProQuest Information & Learning, US.
- Finkelhor, D. et Browne, A. (1985). The traumagenic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530-541.
- Fortin, Royer, Marcotte, Potvin et Joly. (2005). Facteurs personnels, scolaires et familiaux différenciant les garçons en problèmes de comportement du secondaire qui ont décroché au non de l'école. *Nouveau cahier de la recherche en éducation, 8*(2), 79-88.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. et Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 20*(1), 47-55.
- Ghimire, D. et Follette, V.M. (2011). Revictimization: Experiences related to child, adolescent, and adult sexual trauma. In M.P. Duckworth and V.M. Follette (dir.), *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention*. (p. 317-344). New York, NY: Routledge / Taylor & Francis Ltd.
- Gold, S.R., Sinclair, B.B. et Balge, K.A. (1999). Risk of sexual revictimization: A theoretical model. *Aggression and Violent Behavior, 4*(4), 457-470.
- Graulerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreatment, 5*(1), 5-17.
- Gidycz, C.A., Coble, C.N., Latham, L. et Layman, M.J. (1993). Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences: A prospective analysis. *Psychology of Women Quarterly, 17*(2), 151-168. *
- Gidycz, C.A., Lynn, S.J., Rich, C.L., Marioni, N.L., Blackwell, L.M., Stafford, J. et Fite, R. (2001). The evaluation of sexual assault risk reduction program: A multisite investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (6), 1073-1078.

- Harvey, S.T. et Taylor, J.E. (2010). A meta-analysis of the effect of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Hébert, M., Daigneault, I. et Van Camp, T. (2012). Aggression sexuelle et risque de revictimisation à l'adolescence : Modèle conceptuels et défis liés à la prévention. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants tome 2* (p. 171-223). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Heise, L.L. (1998) Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4 (3), 262-290.
- Hetzl-Riggin, M.D., Brausch, A.M. et Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Katz, J., May, P., Sörensen, S. et DelTosta, J. (2010). Sexual revictimization during women's first year of college: Self-blame and sexual refusal assertiveness as possible mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 2113-2126. *
- Koss, M.P. et Gidycz, C.A. (1985). Sexual Experiences Survey: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 422-423.
- Koss, M.P. et Oros, C.J. (1982). Sexual Experiences Survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 455-457.
- Larose, S. et Roy, R. (1994). Le réseau social: un soutien potentiel à la transition secondaire-collégial. Document inédit. Sainte-Foy, QC: Cégep de Sainte-Foy.
- Lavoie, F., Hébert, M., Vézina, L. et Dufort, F. (2001). Facteurs associés à la violence dans les relations amoureuses à l'adolescence. Rapport de recherche. Sainte-Foy, QC : Université Laval.
- Le Blanc, M. (1994). Délinquance auto-révélee dans : Mesure d'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois. Montréal, QC : Université de Montréal, école de psychoéducation.
- Marx, B.P., Calhoun, K.S., Wilson, A.E. et Meyerson, L.A. (2001). Sexual revictimization prevention: An outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 25-32.

- Macy, R.J. (2007). A coping framework toward preventing sexual revictimization. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 177-192.
- Macy, R.J. (2008). A research agenda for sexual revictimization: Priority areas and innovative statistical methods. *Violence against Women*, 14(10), 1128-1147.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657.
- Messman-Moore, T. et Long, P.J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23(4), 537-571.
- Miller, A.K., Markman, K.D. et Handley, I.M. (2007). Self-blame among sexual assault victims prospectively predicts revictimization: A perceived sociolegal context model of risk. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(2), 129-136. *
- Miller, A.K., Canales, E.J., Amacker, A.M., Backstrom, T.L. et Gidycz, C.A. (2011). Stigma-Threat motivated nondisclosure of sexual assault and sexual revictimization: A prospective analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 35(1), 119-128. *
- Moos, R.H. et Moos, B.S. (1986). *Family Environment Scale manual (2nd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Noll, J.G. et Grych, J.H. (2011). Read-react-respond: An integrative model for understanding sexual revictimization. *Psychology of Violence*, 1(3), 202-215.
- Orcutt, H.K., Cooper, M.L. et Garcia, M. (2005). Use of sexual intercourse to reduce negative affect as a prospective mediator of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 729-739. *
- Perl, H.I. et Trickett, E.J. (1988). Social network formation of college freshmen: Personal and environmental determinants. *American Journal of Community Psychology*, 16(2), 207-224.
- Pelletier, V., Tourigny, M., Clément, M-E. et Lavoie, F. (1998). *Incidence et facteurs associés à la violence dans les fréquentations amoureuses chez les jeunes*. Rapport de recherche présenté au CALACS Laurentides. Hull : Université du Québec à Hull, Département de psychoéducation.
- Reese-Weber, M. et Smith, D. (2011). Outcomes of child sexual abuse as predictors of later sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(9), 1884-1905. *

- Roodman, A.A. et Clum, G.A. (2001). Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21(2), 183-204.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Sandberg, D.A., Matorin, A.I. et Lynn, S.J. (1999). Dissociation, posttraumatic symptomatology and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 127-138. *
- Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putman, F.W. et Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-Based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic event. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183.
- Simoneau, A.C., Daignault, I.V. et Hébert, M. (2011). La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants tome 1* (p. 364-398). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M.H., Euser, E.M. et Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Testa, M., Hoffman, J.H. et Livingston, J.A. (2010). Alcohol and sexual risk behaviors as mediators of the sexual victimization–revictimization relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 249-259. *
- Vallières, E.F. et Vallerand, R. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Vladutiu, C.J., Martin, S.L. et Macy, R.J. (2011) College- or University-based sexual assault prevention programs: A review of program outcomes, characteristics and recommendations. *Trauma, Violence and Abuse*, 12(2), 67-89.
- Widom, C.S., Czaja, C.J. et Dutton, M.A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 32, 785-796.
- Zlotnik, D. M. (2014). *Predictors of revictimization following child sexual abuse: A meta-analytic review*. Thèse de doctorat en philosophie, ProQuest Information & Learning, US.

ANNEXE A

Corrélations entre les variables indépendantes distinguant significativement les ASE-ASA des ASE sans ASA lors des analyses bivariées.

VI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexe ¹	1									
Anxiété ²	0,08	1								
Dépression ³	0,09	0,58**	1							
Consommation drogue/alcool- variété ⁴	-0,17	0,34**	0,16	1						
Satisfaction de la relation ⁵	0,03	-0,35**	-0,34**	-0,23	1					
Fréquence ASE ⁶	-0,06	0,07	0,10	0,36**	-0,20	1				
Ase intrafamiliale ⁷	0,14	0,27*	0,08	0,12	-0,07	0,13	1			
ASE menace/force ⁸	0,15	-0,11	-0,09	0,20	0,26*	0,58**	0,08	1		
ASE nb d'abuseurs différents ⁹	0,18	0,23	0,19	0,27*	-0,20	0,28*	0,30*	0,31*	1	
Abus physique dans l'enfance ¹⁰	-0,17	0,22	0,08	0,29*	-0,15	0,20	0,24*	0,11	0,02	1

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