

La résilience de femmes victimes d'agression sexuelle vécue à l'enfance : l'effet du dévoilement

Victoria MARTINEZ¹, Karine BARIL¹ et Marc TOURIGNY²

1 Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

2 Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Correspondance : Victoria Martinez, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais. 283, Alexandre Taché, Gatineau, QC, J8X 3X7

Courriel : marv37@uqo.ca.

Résumé

Objectifs : Déterminer, à partir d'analyses secondaires de données d'une enquête réalisée auprès de femmes victimes d'agression sexuelle vécue à l'enfance (ASE), l'effet du dévoilement sur la résilience à l'âge adulte.

Méthodes : L'échantillon est composé de 86 femmes victimes d'ASE et ne présentant pas de difficultés d'intensité clinique (groupe résilient) qui ont été comparées à 353 femmes victimes d'ASE présentant des difficultés d'intensité clinique (groupe non résilient) afin d'identifier les patrons de dévoilement qui prédisaient leur appartenance au groupe de résilience, en contrôlant pour les caractéristiques de l'ASE, les autres mauvais traitements subis dans l'enfance et différentes données sociodémographiques.

Résultats : Le patron de dévoilement est significativement associé à la résilience. Les participantes ayant dévoilé l'ASE et ayant perçu que l'aide reçue ne les a pas aidées étaient moins susceptibles d'appartenir au groupe de résilience que celles n'ayant jamais dévoilé l'ASE.

Implications : Les réactions envers la victime à la suite du dévoilement d'une ASE et la perception qu'elle a de celles-ci semblent être associées à la résilience des femmes adultes victimes d'ASE. Les résultats montrent la nécessité de programmes de prévention axés sur la proactivité dans la recherche d'aide pour les victimes d'ASE ainsi que des moyens pour sensibiliser et outiller les personnes susceptibles de recevoir un dévoilement d'ASE.

Mots clés : Agression sexuelle dans l'enfance; résilience; dévoilement; psychopathologie; victimes.

Introduction

Au Québec, on estime que près d'une fille sur cinq sera victime d'au moins une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Baril et Laforest, 2018). Les conséquences négatives associées à l'agression sexuelle vécue à l'enfance (ASE) sont nombreuses, peuvent affecter différents domaines de fonctionnement et persister jusqu'à l'âge adulte. Parmi les conséquences de l'ASE possibles à l'âge adulte, on retrouve les troubles de santé mentale, tels que les troubles dépressifs, les troubles liés à l'usage d'une substance, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), l'automutilation et les idéations suicidaires (Hailes et al., 2019; Pérez-Fuentes et al., 2013). D'autres conséquences sur le plan relationnel sont aussi documentées, dont un style d'attachement marqué par l'insécurité et une plus grande détresse conjugale (Vaillancourt-Morel et al., 2014). Ce ne sont toutefois pas toutes les victimes qui feront l'expérience de telles conséquences (Afifi et MacMillan, 2011). Différents auteurs estiment qu'environ 20 % à 45 % des victimes d'ASE ne démontreront pas de symptômes d'intensité clinique et conserveront un fonctionnement normal à l'âge adulte (Domhardt et al., 2015; Dufour et al., 2000). Cette absence de conséquences de niveau clinique est souvent qualifiée de résilience (Meng et al., 2018; Moen et Erickson, 1995). Les études sur la résilience des victimes d'ASE se sont surtout concentrées sur l'influence des caractéristiques individuelles des victimes, telles que leurs stratégies d'adaptation, ainsi que sur la qualité de leur soutien social (Schaefer et al., 2018; Wright et al., 2005). Or, peu ont exploré l'effet du dévoilement sur la résilience de ces victimes, alors que cette expérience implique à la fois le déploiement de stratégies d'adaptation, mais reflète aussi la qualité du soutien de l'entourage. L'objectif de cette recherche est donc d'explorer l'effet du dévoilement sur la résilience de femmes victimes d'ASE.

La résilience des victimes d'ASE

Malgré une absence de consensus sur sa définition (Herrman et al., 2011), différents auteurs définissent la résilience comme la capacité d'un individu à utiliser ses facteurs de protection de manière à conserver ou retrouver un niveau de fonctionnement adéquat ou une bonne santé mentale à la suite d'adversités ou d'événements traumatiques (Meng et al., 2018; Rutter, 1987). Selon le modèle explicatif de Rutter (1987), la résilience est un processus dynamique et fluctuant, modelé par ce qu'il identifie comme étant des facteurs de vulnérabilité (p. ex. un faible niveau d'éducation) et des facteurs de protection internes (p. ex. une satisfaction face à ses relations sociales) ou externes (p. ex. un environnement familial sain). Les facteurs de protection vont modifier ou améliorer les réponses adaptatives d'une personne et ont tendance à diminuer le risque d'effets négatifs que peuvent entraîner divers contextes traumatiques, tels que l'ASE. C'est l'interaction entre ces facteurs qui détermine la présence ou l'absence de résilience des victimes (Dufour et al., 2000; Rutter, 1985).

Il apparaît évident qu'une réalité aussi complexe, subjective et dynamique que la résilience s'accompagne de définitions opérationnelles qui varient selon les études (Luthar et al., 2000). Celles ayant porté sur les victimes d'ASE et autres mauvais traitements, et qui ont considéré la résilience en tant que variable dépendante, soit comme un processus (état de résilience; Luthar et al., 2000) et non comme un trait de personnalité (trait de résilience; Connor et Davidson, 2003), l'ont surtout mesurée par la présence d'un fonctionnement adaptatif ou par l'absence de psychopathologies (Meng et al., 2018). Dans une revue systématique de la littérature sur la résilience d'adultes victimes de mauvais traitements dans l'enfance, 52 % des 85 études recensées avaient utilisé l'absence de psychopathologie, souvent une seule, pour définir la résilience; les autres études considéraient par exemple l'absence de nouvelle victimisation, le fonctionnement relationnel ou des mesures de santé mentale positive (Meng et al., 2018).

Domhardt et ses collègues (2015) ont, quant à eux, réalisé une recension systématique des écrits spécifiquement sur la résilience de victimes d'ASE à différents moments de la vie. Parmi les études recensées considérant la résilience de manière dichotomique, la proportion de victimes d'ASE considérées résilientes à l'âge adulte variait entre 15 % et 47 %. Plus de la moitié des études recensées (57 %) examinaient un seul domaine de la résilience, le plus souvent la santé mentale ou bien le fonctionnement adaptatif sur le plan social, émotionnel ou comportemental. D'autres domaines moins fréquemment utilisés étaient l'estime de soi, la santé physique et la performance académique. Le nombre de domaines considérés était corrélé négativement au taux de résilience. Pour les études menées auprès d'adultes victimes d'ASE et ayant établi au moins un seuil de résilience pour le domaine de la santé mentale, la plupart déterminaient l'absence de psychopathologie en considérant un seul trouble, soit la dépression (p. ex. Liem et al., 1997; Wright et al., 2005) ou le stress post-traumatique (p. ex. Hyman et Williams, 2001).

Les auteurs de cette recension affirment que la définition de la résilience qu'ils ont retenue pour sélectionner les études s'inscrit dans une conceptualisation de la résilience qui est relative. La résilience est dite relative lorsqu'il est possible qu'un individu soit résilient dans un domaine (p. ex. la santé mentale), mais pas dans un autre (p. ex. le

fonctionnement relationnel; Daigneault et al., 2007; Lind et al., 2018). D'autres auteurs estiment cependant qu'une adaptation positive dans plusieurs domaines de fonctionnement est nécessaire pour qualifier une victime de résiliente, ce qui renvoie à la notion de résilience globale (Bogar et Hulse-Killacky, 2006; DuMont et al., 2007), ayant amené certains auteurs à tenir compte notamment des événements de vie stressants ou de difficultés relationnelles et conjugales dans leur conceptualisation de la résilience (Banyard et Williams, 2007; Lind et al., 2018). L'utilisation de plusieurs domaines permettrait d'obtenir une meilleure représentation du fonctionnement réel de la victime.

Les facteurs associés à la résilience des adultes victimes d'ASE

Les facteurs pouvant être associés à la résilience peuvent être d'ordres biologique, psychologique, spirituel, social ou familial (Luthar et al., 2000), et sont régulièrement classés en tant que facteurs liés à l'individu ou l'environnement (Domhardt et al., 2015). Les études ayant porté spécifiquement sur la résilience des adultes victimes d'ASE se sont surtout intéressées aux facteurs individuels de nature psychologique et ont montré que certains processus cognitifs et stratégies d'adaptation sont associés à la présence de résilience, tels qu'un style d'attribution externe, l'optimisme, une estime de soi positive, l'utilisation de stratégies actives de résolution de problèmes, la satisfaction face à la vie et face au rôle social, ou encore la capacité de se pardonner (Domhardt et al., 2015; Kaye-Tzadok et Davidson-Arad, 2017).

Concernant les facteurs environnementaux, il apparaît bien établi que la qualité des relations ainsi que le soutien fourni à différents moments de la vie par la famille d'origine (p. ex. la cohésion familiale, l'affection parentale, les soins prodigués par la mère, le soutien reçu de la part du père dans l'enfance), par le partenaire de vie, et au sein de la communauté (p. ex. le soutien d'adultes significatifs ou de sources formelles de soutien), mais également la satisfaction face au soutien social, contribueraient à la résilience des adultes victimes d'ASE (Domhardt et al., 2015; Lind et al., 2018).

D'autres études ont identifié des caractéristiques sociodémographiques des victimes d'ASE liées à la résilience, telles qu'un niveau d'éducation plus élevé (Hyman et Williams, 2001), une meilleure situation d'emploi (Dufour et Nadeau, 2001) et un revenu annuel plus élevé (Katerndahl et al., 2005). Concernant les caractéristiques des agressions sexuelles vécues, des études ont montré qu'un nombre moins élevé d'agresseurs (Katerndahl et al., 2005), le caractère extrafamilial de l'abus et l'absence de recours à la force physique étaient associés à la résilience des victimes à l'âge adulte (Hyman et Williams, 2001). En ce qui concerne la sévérité de l'abus, une ASE impliquant une pénétration a été associée à un score plus faible de résilience (Lind et al., 2018). Les résultats obtenus par Williams et Nelson-Gardell (2012) soutiennent que la présence d'une situation antérieure d'abus ou de négligence fondée par les services sociaux était négativement associée à la résilience d'adolescents victimes d'agression sexuelle.

Dévoilement de l'ASE et fonctionnement à l'âge adulte

Dévoiler une ASE renvoie au fait de rapporter à au moins une personne l'évènement, que ce soit de manière informelle ou dans un processus formel de recherche d'aide, et que ce soit volontaire ou à la suite d'une invitation à se confier par une autre personne (Ullman, 2002). Une majorité des victimes d'ASE ont dévoilé pour la première fois à l'âge adulte ou n'ont jamais dévoilé leur histoire d'abus (London et al., 2008; McGuire et London, 2020). De manière générale, on reconnaît que les filles, les enfants plus âgés et les enfants ayant vécu des ASE plus sévères et commises par une personne extérieure à la famille sont plus susceptibles de dévoiler ou de dévoiler promptement l'ASE qu'ils ont vécue (Alaggia et al., 2019; Tener et Murphy, 2015). Des facteurs individuels, tels le blâme envers soi-même, la honte ou la peur, mais aussi des facteurs environnementaux, tels des dysfonctions familiales ou un réseau social peu soutenant et qui peuvent laisser craindre les réactions à la suite du dévoilement, apparaissent comme des obstacles qui retardent ou empêchent le dévoilement (Alaggia et al., 2019; Tener et Murphy, 2015).

Les résultats de différentes études suggèrent qu'un long délai avant un premier dévoilement chez les victimes d'ASE est associé, à l'âge adulte, à la présence et la sévérité plus grande de symptômes dépressifs et de TSPT, et de troubles du comportement, en comparaison aux personnes ayant dévoilé promptement ou n'ayant jamais dévoilé (Hébert et al., 2009; Romano et al., 2019; Ruggiero et al., 2004). Même si des études ont mis en lumière les bénéfices d'un dévoilement sur l'adaptation d'enfants ayant été agressés sexuellement (p. ex. Gries et al., 2000), dévoiler n'est pas toujours associé à un meilleur fonctionnement, montrant l'importance de la réponse à ce dévoilement. Des réactions perçues positivement par les victimes à la suite du dévoilement d'une ASE ont été associées à un meilleur fonctionnement à l'enfance (Gries et al., 2000) et à l'âge adulte, incluant moins de symptômes psychologiques et de revictimisation en comparaison aux victimes ayant perçu négativement les réactions de soutien ou à celles n'ayant

jamais dévoilé (Alaggia, 2010; Brenner et Ben-Amitay, 2015; Hyman et al., 2003; Tener et Murphy, 2015; Ullman, 2002). Toutefois, une étude menée auprès de 253 hommes victimes d'ASE dont 78 % avaient effectué un dévoilement, a montré que le fait de rapporter une réponse jugée soutenante ou positive à la suite de leur première expérience de dévoilement n'était pas associée au bien-être ou à la résilience, comparativement à ceux ayant rapporté une réponse non soutenante (Romano et al., 2019).

Le doute, la désapprobation ou le blâme de la part des proches lors du dévoilement de l'ASE peuvent affecter le fonctionnement des victimes, les amener à s'isoler et compromettre leurs relations avec leur entourage (Ullman, 2007). Une réaction négative de la part des proches, telle que perçue par les victimes, a été associée à davantage de symptômes de TSPT (Ullman, 2007), de dissociation et de dénigrement de soi (Everill et Waller, 1995), ainsi qu'à des difficultés dans les stratégies employées pour traiter l'ASE (Simon et al., 2016) chez les victimes à l'âge adulte ou à l'adolescence. Les participants des études de Hong et ses collègues (2011, 2016) qui s'étaient sentis invalidés lors du dévoilement de l'ASE étaient plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression, d'anxiété et de TSPT, ainsi que des manifestations de troubles de la personnalité à l'âge adulte.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au lien entre le dévoilement de l'ASE et la résilience de femmes victimes. Compte tenu des liens bien établis entre la résilience et les stratégies cognitives et de résolution de problèmes des victimes d'ASE, ainsi que la qualité du soutien et des relations avec la famille et les pairs, il s'avère pertinent d'explorer l'association entre l'expérience du dévoilement et la résilience des victimes à l'âge adulte. Cette expérience semble impliquer des caractéristiques individuelles favorisant la recherche d'aide, et refléter la disponibilité d'un réseau social de qualité chez la victime. Ces facteurs ont été identifiés comme des conditions facilitantes au dévoilement ou ont été associés une meilleure satisfaction face au dévoilement, autant à l'enfance (Alaggia et al., 2019) qu'à l'âge adulte (Tener et Murphy, 2015). De plus, d'autres facteurs semblent influencer à la fois la probabilité de dévoiler ainsi que la résilience des adultes victimes d'ASE, tels que les caractéristiques de l'ASE vécue, la présence d'autres mauvais traitements subis dans l'enfance et les caractéristiques sociodémographiques des victimes. Dans ce contexte, l'objectif de cette recherche est de déterminer l'effet du dévoilement sur la résilience de femmes victimes d'ASE, indépendamment et au-delà, des caractéristiques de l'ASE, des autres formes de mauvais traitements vécues dans l'enfance et de leur profil sociodémographique.

Méthode

Échantillon

L'échantillon total comprend 439 femmes ayant rapporté avoir été agressées sexuellement avant l'âge de 18 ans. L'échantillon est issu de la combinaison de deux volets d'une étude plus large qui portait sur les conséquences de l'ASE chez des femmes adultes (pour plus de détails sur la procédure de ces deux volets, voir Baril et Tourigny, 2016), soit : 1) une enquête populationnelle téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 Québécoises ayant identifié 186 femmes victimes d'ASE, et 2) une enquête en ligne menée auprès de 253 femmes adultes victimes d'ASE. Ce nombre de sujets exclut les cas pour lesquels des données manquantes ne permettaient pas de statuer sur la résilience de ces femmes ($n = 29$). Le même questionnaire était utilisé pour les deux volets et comprenait un maximum de 78 questions fermées (choix de réponses). La présence d'ASE était déterminée par le fait d'avoir rapporté avoir vécu avant l'âge de 18 ans au moins une fois des attouchements ou une relation sexuelle complète forcée par un adulte ou un enfant plus vieux (3 ans et plus d'écart). Les deux items mesurant la victimisation sexuelle dans l'enfance des participantes étaient tirés des travaux de Finkelhor et al. (1990).

La majorité des femmes de l'échantillon étaient âgées de 35 à 64 ans (66,7 %) et avaient comme principale occupation un travail rémunéré (57,2 %) (Tableau 1). Plus du deux tiers (71,8 %) des femmes avaient atteint un niveau de scolarité postsecondaire, et près de 44 % rapportaient avoir fait des études universitaires, ce qui est plus du double de la proportion de diplomation universitaire de 2 % dans la population québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2010). Près des trois quarts (72,3 %) des participantes avaient au moins un enfant biologique ou adoptif.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes victimes d'ASE ($n = 439$) en fonction de leur appartenance ou non au groupe de résilience

Variables	Total	Groupe Résilient ($n = 86$)	Groupe Non résilient ($n = 353$)	X^2 (dl)
Âge au moment de l'enquête ($n = 433$)				
18-34 ans	23,8 %	15,1 %	25,9 %	21,71 (2)***
35-64 ans	66,7 %	62,8 %	67,7 %	
65 ans et plus	9,5 %	22,1 %	6,3 %	
Situation d'emploi ($n = 428$)				
Sans emploi (ex : aide sociale ou chômage)	18,0 %	5,8 %	21,1 %	28,68 (3)***
Travail (temps partiel et temps plein)	57,2 %	65,1 %	55,3 %	
Étudiante	10,5 %	2,3 %	12,6 %	
Retraitée	14,3 %	26,7 %	11,1 %	
Niveau de scolarité complété ($n = 429$)				
Primaire	3,7 %	5,8 %	3,2 %	2,79 (3)
Secondaire	24,5 %	27,9 %	23,6 %	
Collégial ou école technique	28,4 %	23,3 %	29,7 %	
Universitaire	43,4 %	43,0 %	43,4 %	
Volet de l'étude ($n = 439$)				
Enquête téléphonique	42,4 %	83,7 %	32,3 %	74,90 (1)***
Enquête en ligne	57,6 %	16,7 %	67,7 %	
Au moins un enfant biologique ou adopté ($n = 437$)				
	72,3 %	81,4 %	70,1 %	4,41 (1)**

Note. * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Procédure

Enquête téléphonique. Ce volet, réalisé en 2009, impliquait une sélection sans substitution des sujets réalisée en deux étapes. Les ménages étaient d'abord sélectionnés aléatoirement parmi les personnes abonnées au téléphone du Québec. Les répondantes ont ensuite été choisies sur la base des critères suivants: être des femmes âgées de 18 ans ou plus et être en mesure de répondre au questionnaire en français ou en anglais. L'engagement à la confidentialité était présenté au début de l'appel et le consentement verbal était obtenu pour toutes les femmes. Des 1 001 femmes issues de ce volet, 199 ont rapporté avoir vécu au moins un épisode d'ASE.

Enquête en ligne. Les participantes issues de ce volet étaient invitées à répondre en ligne à l'enquête de manière autoadministrée. Ces femmes ont été recrutées par l'entremise d'annonces diffusées sur des sites Internet francophones québécois, de type « santé » et « art de vivre », entre mai 2011 et janvier 2013, permettant aux participantes d'être redirigées au questionnaire où les informations concernant l'étude étaient présentées. Elles devaient alors donner leur consentement à participer après avoir pris connaissance des informations concernant l'étude. Au total, 269 participantes dont les réponses confirmaient qu'elles avaient vécu au moins une ASE ont rempli le questionnaire en ligne. Cette étude avait préalablement reçu l'approbation du Comité d'éthique et de la recherche en éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Mesures

Variables dépendantes

Résilience actuelle. À l'instar des définitions utilisées dans la majorité des études sur la résilience des victimes de mauvais traitements et d'ASE (Domhardt et al., 2015; Meng et al., 2018), les femmes du groupe résilient étaient celles qui ne rapportaient aucune des difficultés d'adaptation mesurées dans cette étude. À l'inverse, les femmes du groupe non résilient étaient celles qui avaient rapporté au moins une des sept conséquences suivantes : la présence au cours des 12 derniers mois d'une consommation nuisible d'alcool ou d'un risque de dépendance; la présence dans la dernière année de symptômes d'intensité clinique d'une dépression majeure, de dysthymie ou de TSPT; la présence d'idées suicidaires ou d'une tentative de suicide à l'âge adulte; et le fait d'avoir subi de la violence conjugale dans la dernière année (Tableau 2).

Tableau 2. Prévalence des conséquences de l'ASE au sein de l'échantillon ($n = 439$)

Conséquences à l'âge adulte de l'ASE	<i>n</i>	(%)
Consommation d'alcool nuisible/dépendance ($n = 439$)	68	(15,5 %)
Symptômes de dysthymie d'intensité clinique ($n = 438$)	90	(20,5 %)
Symptômes de dépression majeure d'intensité clinique ($n = 439$)	291	(66,3 %)
Symptômes de stress post-traumatique d'intensité clinique ($n = 439$)	139	(31,7 %)
Idéations suicidaires à l'âge adulte ($n = 300$)	112	(25,5 %)
Tentative de suicide avec ou sans assistance à l'âge adulte ($n = 379$)	79	(18,0 %)
Présence de violence conjugale au cours des 12 derniers mois ($n = 438$)	28	(6,4 %)

Consommation d'alcool nuisible ou risque de dépendance. Les problèmes liés à la consommation d'alcool au cours de la dernière année ont été évalués à l'aide des 10 items du Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001). Pour les femmes, une consommation nuisible d'alcool ou un risque de dépendance équivaut à un score minimal de 7 sur 40. Reinert et Allen (2002) ont accordé à l'AUDIT un coefficient alpha de Cronbach médian de ,80, une valeur qui témoigne de la bonne consistance interne du questionnaire.

Troubles dépressifs. Certains items provenant du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Essau et Wittchen, 1993; Pez et al., 2010) permettaient d'évaluer la présence des symptômes d'une dysthymie et d'une dépression majeure dans les 12 derniers mois (Kessler et Üstün, 2004). Les symptômes de dépression étaient considérés d'intensité clinique lorsque les participantes rapportaient au moins un épisode de dépression majeure d'une durée de deux semaines ou plus dans les 12 derniers mois (humeur déprimée et perte d'intérêt et de plaisir). Ces symptômes devaient aussi avoir persisté pendant au moins une semaine dans le dernier mois. Une humeur dépressive chronique survenant la plupart des jours sur une période minimale de deux ans, sans période asymptomatique de plus de deux mois, définissait les symptômes d'une dysthymie. La valeur prédictive de la section du CIDI portant sur les troubles dépressifs est estimée à 55 % pour la dépression, ce qui signifie que plus de la moitié des répondants atteignant un score clinique avec cet instrument recevrait un diagnostic de dépression majeure. Le CIDI a démontré une bonne validité de contenu et une bonne fidélité interjuges (Reed et al., 1998; Wittchen, 1994).

Trouble de stress post-traumatique. La présence de symptômes de TSPT dans le dernier mois était mesurée à partir de quatre items tirés de la version courte du Primary Care PTSD (Prins et al., 2003), évaluant les quatre facteurs propres au TSPT (selon le DSM-IV; APA, 2000), soit la reviviscence, la dissociation, l'évitement et l'hypervigilance. Une réponse positive à trois items sur quatre confirmait la présence de symptômes de TSPT d'intensité clinique. Cet instrument présente une bonne cohérence interne ($\alpha = ,79$) et une bonne fidélité test-retest ($r = ,84$) (Prins et al., 2003).

Idéations et tentatives suicidaires à l'âge adulte. Une première question demandait aux répondantes si elles avaient déjà sérieusement pensé s'enlever la vie. Une autre question détectait la présence de tentatives suicidaires. Des questions permettaient également de documenter l'âge au moment des premières idéations suicidaires et de la première tentative de suicide, afin de distinguer si elles sont survenues à l'âge adulte. Ces questions proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Kairouz et al., 2008).

Violence conjugale physique. Deux items provenant de l'Enquête sur la violence envers les femmes (Statistique Canada, 2004) ont mesuré la fréquence de violence conjugale physique subie dans la dernière année. La première question évaluait si la répondante avait été menacée d'être blessée par son ou sa partenaire dans les 12 derniers mois, tandis que la deuxième évaluait si elle avait été giflée, poussée ou frappée par son ou sa partenaire pour cette même période. Une réponse positive à l'une de ces questions confirmait la présence de violence conjugale dans les 12 derniers mois. Les répondantes qui ne rapportaient pas de conjoint.e au cours des 12 derniers mois étaient considérées comme n'ayant pas vécu de violence conjugale dans la dernière année.

Variables indépendantes

Dévoilement. Les participantes étaient questionnées quant au fait d'avoir déjà ou non dévoilé l'ASE qu'elles avaient subie, soit d'en avoir parlé à au moins une personne. Pour celles qui avaient dévoilé, une question permettait ensuite de documenter leur perception de l'aide reçue à la suite du dévoilement (« a plutôt aidé ou beaucoup aidé », « n'a ni aidé, ni nui », « a plutôt nui ou beaucoup nui »). Trois patrons de dévoilement ont été créés à partir de ces deux questions : 1) n'a jamais dévoilé l'ASE; 2) a déjà dévoilé et perçoit que l'aide reçue n'a pas aidé (« a ni aidé, ni nui », « a plutôt nui ou beaucoup nui »); et 3) a déjà dévoilé et perçoit que l'aide reçue a aidé (« a plutôt aidé ou beaucoup aidé »).

Caractéristiques des agressions sexuelles. La nature de l'ASE (avec ou sans pénétration), la fréquence (une seule fois ou plus d'une fois), l'âge au moment de la première ASE (0-5 ans; 6-11 ans; 12-17 ans), ainsi que le lien entre la victime et l'agresseur (membre de la famille immédiate, parenté, connaissance, inconnu) ont été documentées auprès des victimes d'ASE à partir de questions à choix de réponses.

Autres mauvais traitements vécus dans l'enfance. La violence psychologique et la violence physique vécues au cours de l'enfance ont été mesurées auprès des répondantes à l'aide de quatre items tirés de l'Enquête sur la violence familiale au Québec (Clément et al., 2000). Les participantes devaient rapporter la fréquence de mauvais traitements subis avant l'âge de 18 ans à l'aide d'une échelle Likert en quatre points allant de « jamais » à « très souvent ». La violence psychologique directe a été définie comme le fait d'avoir été menacée, humiliée ou ridiculisée « souvent » ou « très souvent » pendant l'enfance. La violence psychologique indirecte a été définie comme le fait d'avoir observé au moins « rarement » de la violence physique entre ses parents. La violence physique dans l'enfance a été évaluée à partir de deux items documentant d'abord la violence mineure, soit le fait d'avoir reçu la fessée « souvent » ou « très souvent » pendant l'enfance, et par un second item évaluant le fait d'avoir été frappée plus durement qu'une fessée au moins « rarement », soit la violence sévère. La négligence vécue pendant l'enfance a été mesurée à partir d'une adaptation de trois items du Comprehensive Child Maltreatment Scale for Adults (Higgins et McCabe, 2001), documentant le fait de ne pas avoir reçu les soins de base nécessaires, d'avoir été enfermée seule dans une pièce durant une longue période et que ses demandes d'attention aient été ignorées ou de ne pas s'être fait adresser la parole pendant une longue période. Comme proposé par les auteurs, les répondantes qui obtenaient un score plus élevé que la moyenne de l'échantillon ont été considérées comme ayant vécu de la négligence dans l'enfance (Higgins et McCabe, 2000).

Caractéristiques sociodémographiques. Les données sociodémographiques portaient sur le groupe d'âge auquel les répondantes appartenaient, leur situation d'emploi actuelle, leur niveau d'études complété, et le fait d'avoir un enfant biologique ou adopté, et ont été documentées à l'aide de questions maison. Une variable documentait aussi le volet de l'étude duquel étaient issues les participantes.

Analyses

Des analyses bivariées (chi-carré et test-*t*) ont d'abord été réalisées afin d'identifier les variables qui distinguaient les victimes selon qu'elles appartenaient ou non au groupe de résilience. Les variables montrant une différence significative ($p \leq ,05$) entre les deux groupes ont été incluses dans une régression logistique hiérarchique en trois blocs. Afin d'éviter la multicolinéarité, une variable du nombre total de mauvais traitements dans l'enfance a été créée et retenue pour la régression. Des analyses par blocs hiérarchiques ont été effectuées afin de déterminer la part d'influence de chacune des catégories de facteurs associés à la résilience et d'isoler l'effet des patrons de dévoilement. Tout d'abord, l'âge, la situation d'emploi, le fait d'avoir au moins un enfant et le volet d'étude ont été entrés dans un premier bloc afin de contrôler pour l'effet des caractéristiques sociodémographiques. Puis, les variables liées à la sévérité de l'ASE et au cumul des autres abus, soit la fréquence des ASE, l'ASE impliquant une pénétration et le nombre total d'autres mauvais traitements ont été ajoutées dans un deuxième bloc. Le troisième bloc comprenait la variable des patrons de dévoilement, afin de déterminer la contribution unique de cette variable, indépendamment des deux autres blocs.

Résultats

Analyses bivariées

Le groupe résilient était constitué de 86 participantes (19,6 %) tandis que le groupe non résilient était composé de 353 participantes (80,4 %). Les deux groupes de femmes se distinguaient significativement relativement à leur âge, à leur situation d'emploi, au volet d'étude et à la maternité; les femmes du groupe résilient étant plus susceptibles de provenir de l'enquête téléphonique et d'être mères d'au moins un enfant (Tableau 1). Les femmes ne différaient pas quant à leur niveau de scolarité. Pour ce qui est du dévoilement, les résultats ont révélé une association significative entre les différents patrons de dévoilement et l'appartenance au groupe résilient (Tableau 3). Concernant les caractéristiques de l'ASE et autres mauvais traitements, la présence de pénétration et le fait d'avoir vécu plus d'un épisode d'ASE étaient significativement associés au groupe non résilient. Cependant, l'âge au moment de la première ASE et la nature intrafamiliale de l'agression n'étaient pas associés à la résilience des victimes. Les deux groupes différaient de manière significative pour toutes les formes de mauvais traitements mesurées; les femmes du groupe

non résilient étant plus susceptibles d'avoir vécu de la violence psychologique, de la violence physique et de la négligence dans l'enfance.

Tableau 3. Caractéristiques des femmes victimes d'ASE ($n = 439$) en fonction de leur appartenance ou non au groupe de résilience

Variables	Total	Groupe Résilient ($n = 86$)	Groupe non résilient ($n = 353$)	χ^2/t (dl)
Expérience de dévoilement de l'ASE				
Patrons de dévoilement ($n = 431$)				18,82 (2)***
N'a pas dévoilé l'ASE	19,5 %	28,6 %	17,3 %	
A dévoilé et perçu que l'aide reçue ne l'a pas aidée	41,5 %	21,4 %	46,4 %	
A dévoilé et perçu que l'aide reçue l'a aidée	39,0 %	50,0 %	36,3 %	
Caractéristiques des agressions sexuelles				
Agression sexuelle avec pénétration ($n = 431$)	39,9 %	13,4 %	46,1 %	29,64 (1)***
Plus d'un épisode d'agression sexuelle ($n = 439$)	76,8 %	60,5 %	80,7 %	15,93 (1)***
Âge au moment de la première agression sexuelle ($n = 433$)				1,71 (1)
Enfance (0-11 ans)	66,7 %	60,7 %	68,2 %	
Adolescence (12-17 ans)	33,3 %	39,3 %	31,8 %	
ASE intrafamiliale ($n = 437$)	60,2 %	52,9 %	61,9 %	2,31 (1)
Autres mauvais traitements dans l'enfance				
Violence psychologique directe ou indirecte ($n = 439$)	57,2 %	30,2 %	63,7 %	31,71 (1)***
Violence physique mineure ou sévère ($n = 439$)	42,8 %	20,9 %	48,2 %	20,94 (1)***
Négligence ($n = 439$)	50,3 %	17,4 %	58,4 %	46,31 (1)***
Nombre de mauvais traitements dans l'enfance ($n = 439$)	2,5	1,7	2,7	8,72 (162, 11)***

Note. * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Analyses de régression logistique

Un modèle de départ (Tableau 4) incluant les variables sociodémographiques montre que la situation d'emploi est associée à la résilience; les participantes sans emploi étaient moins susceptibles de se retrouver dans le groupe résilient que les retraitées. Le volet d'étude est aussi associé à la résilience; il était moins probable que les participantes issues de l'enquête en ligne appartiennent au groupe résilient que celles provenant de l'enquête téléphonique. Ce modèle explique près de 31 % de la variance. Dans le modèle 2, où les variables concernant les expériences de victimisation dans l'enfance ont été ajoutées, en plus de la situation d'emploi et le volet d'étude qui demeurent significatifs, l'ASE impliquant une pénétration et le nombre de mauvais traitements dans l'enfance sont significativement associés à la résilience; les femmes qui avaient vécu une pénétration lors de l'ASE ou qui avaient vécu un plus grand nombre de mauvais traitements étaient moins susceptibles d'appartenir au groupe résilient. Ce modèle explique 39 % de la variance. Le modèle final révèle que les patrons de dévoilement, l'ASE impliquant une pénétration et le nombre de mauvais traitements dans l'enfance sont significativement associés à la résilience, et ce, tout en contrôlant pour l'âge, la situation d'emploi, le volet d'étude et le fait d'avoir au moins un enfant. Les femmes ayant dévoilé l'ASE et perçu que l'aide reçue ne les avait pas aidées étaient moins susceptibles de faire partie du groupe résilient que celles qui n'avaient jamais dévoilé. Celles ayant vécu une ASE impliquant une pénétration et celles rapportant un nombre plus élevé de mauvais traitements dans l'enfance étaient moins susceptibles d'appartenir au groupe résilient. Le modèle final explique 41 % de la variance et permet de classer correctement 82 % des participantes de l'échantillon (37 % du groupe résilient et 93 % du groupe non résilient).

Discussion

Notre étude est l'une des premières à explorer l'effet du dévoilement sur la résilience de femmes victimes d'ASE. Nos résultats montrent que, indépendamment de l'influence d'autres facteurs associés à la résilience des victimes, incluant certaines données sociodémographiques, des caractéristiques de l'ASE et la présence d'autres mauvais traitements dans l'enfance, le dévoilement est associé à la résilience des femmes victimes d'ASE. Ainsi, le fait pour une victime de percevoir que l'aide reçue à la suite du dévoilement de leur agression sexuelle ne les a pas aidées les rend moins susceptibles d'appartenir au groupe de résilience et de présenter une absence de conséquences cliniques à l'âge adulte, comparativement à celles n'ayant jamais dévoilé leur agression. Ce résultat montre bien l'importance, dans la compréhension du rétablissement et de l'adaptation des victimes, de s'intéresser à l'expérience du dévoilement plus largement, et non seulement au fait d'avoir ou non déjà dévoilé l'ASE.

La résilience des victimes d'ASE

Cette étude est l'une des rares à considérer plus d'un domaine de résilience et à inclure autant d'indicateurs dans la conceptualisation de la résilience (DuMont et al., 2007). Plusieurs études antérieures se sont limitées à mesurer la résilience des victimes d'ASE en prenant en considération un faible nombre de variables relatives aux psychopathologies, ou en considérant un seul domaine de fonctionnement (Domhardt et al., 2015; Dufour et Nadeau, 2001). Cette façon de définir la résilience ne permet pas d'exclure que les personnes considérées résilientes puissent présenter des difficultés dans d'autres sphères de fonctionnement ou selon différents indicateurs, ce qui affecte grandement la compréhension du phénomène et les facteurs qui y sont associés. Dans cette étude, nous avons conceptualisé plus globalement la résilience en la définissant par l'absence de plusieurs difficultés à long terme associées à l'ASE, à la fois sur les plans psychologique et relationnel, suggérant un niveau de fonctionnement adaptatif des victimes du groupe résilient dans diverses sphères à l'âge adulte. Malgré cette définition plus stricte, nous avons identifié dans notre échantillon près de 20 % de femmes victimes d'ASE qui rencontraient notre définition de la résilience, et notre étude a montré que des facteurs étaient associés à ce profil de fonctionnement distinct. Dans l'étude de Wright et ses collègues (2005), cette prévalence de résilience passait de 82 % à 21 % selon que les victimes étaient considérées comme étant résilientes dans un seul versus quatre domaines de fonctionnement. On observe qu'une définition de la résilience qui implique davantage de domaines de fonctionnement non affectés se reflète généralement par une prévalence plus faible de résilience, concordant avec la prévalence obtenue dans cette étude (Domhardt et al., 2015).

Le dévoilement des victimes d'ASE

Différentes études montrent qu'environ le tiers des adultes survivant d'ASE n'a jamais dévoilé les événements à quiconque, et pour les victimes qui l'ont fait, une proportion importante d'entre elles les ont dévoilés plusieurs années après (Hébert et al., 2009; London et al., 2008). Dans notre étude, 20 % des femmes rapportaient n'avoir jamais parlé à quelqu'un de l'ASE qu'elles avaient vécue. Pour les 80 % de femmes qui avaient dévoilé à au moins une personne, une importante proportion (52 %) soutenait que l'aide reçue à la suite de ce dévoilement ne les avait pas aidées. Nos résultats montrent que ces dernières sont plus susceptibles de présenter au moins une des sept conséquences de l'ASE mesurées dans notre étude, en comparaison à celles qui n'ont jamais dévoilé ces abus. Cela montre à quel point prendre seulement en compte le fait d'avoir dévoilé n'est pas suffisant pour comprendre le rétablissement des victimes d'ASE. Les réactions et les réponses faisant suite à ce dévoilement, ou du moins la perception qu'en a eu la victime doivent aussi être considérées comme de potentiels facteurs de résilience. Ce constat amène à montrer que le processus de guérison et l'adaptation des victimes d'ASE ne reposent pas uniquement sur leurs caractéristiques personnelles et leurs stratégies pour faire face à l'adversité, mais également sur les réactions de l'entourage, voire les réponses sociales à un dévoilement. Ces constats plaident en faveur d'une perspective de la prévention et du soutien aux victimes d'ASE qui tiennent compte à la fois de variables personnelles chez la victime et de conditions de l'environnement. Toutefois, considérant que le recours à des stratégies actives de résolution de problème ainsi que la disponibilité et la qualité des relations sont à la fois associées à une plus grande probabilité de dévoiler et une meilleure adaptation des victimes d'ASE (Alaggia et al., 2019; Domhardt et al., 2015; Lind et al., 2018; Tener et Murphy, 2015), nos résultats pourraient aussi refléter la présence de ces facteurs de protection dans la vie des victimes, et non seulement l'expérience du dévoilement.

Forces et limites

En plus du caractère novateur de notre étude, celle-ci satisfait presque tous les critères de qualité méthodologique évalués dans la recension de Domhardt et al. (2015) portant sur la résilience des victimes d'ASE et s'appliquant aux études sur les adultes, incluant les critères les moins rencontrés dans les études recensées. Sur la base de ces critères, le recours à un échantillon non clinique, une taille d'échantillon supérieure à 300 participants, une taille de groupe résilient supérieur à 50, une définition explicite de l'ASE, une définition explicite de la résilience, et la considération de plus d'un domaine de résilience constituent des forces de notre étude. L'utilisation d'un large échantillon non clinique a ainsi permis de mettre en lien le dévoilement avec la résilience des victimes d'ASE, et ce, en contrôlant pour l'influence de différentes variables, favorisant de bonnes validités interne et externe de l'étude.

Nous devons toutefois prendre en considération certaines limites dans l'interprétation des résultats de notre étude. D'abord, le fait de considérer le dévoilement en ne prenant pas en compte d'autres variables objectives, tels que l'âge lors du premier dévoilement, le délai de dévoilement, le nombre de dévoilements, les personnes à qui la personne a dévoilé ou encore les réponses et réactions à la suite du dévoilement limitent la compréhension des liens entre cette

expérience et la résilience des victimes. D'autres études devront se pencher sur ces caractéristiques pour mieux comprendre la résilience des victimes d'ASE, en plus de s'intéresser aux facteurs qui sont associés aux différents patrons de dévoilement. Une autre limite de l'étude est que la nature transversale du devis de recherche ne permet pas de savoir si la résilience évaluée chez les victimes à l'âge adulte est présente depuis toujours ou si elle reflète l'atteinte d'un niveau de rétablissement chez les victimes, ce qui expliquerait que les femmes du groupe résilient étaient plus susceptibles d'être âgées de 65 ans et plus. En plus de la nature rétrospective de cette étude qui entraîne un risque de biais de rappel chez les victimes, la collecte de données de l'étude originale a débuté il y a plus de dix ans. Les résultats doivent donc être interprétés en conséquence, puisque la réalité des participantes pourrait ne pas refléter les plus récents changements sociaux et les politiques mises en place en matière de violence sexuelle.

Enfin, malgré une conceptualisation de la résilience qui dépasse les limites de plusieurs études antérieures, il peut s'avérer réducteur d'un point de vue clinique de considérer la résilience de manière dichotomique par l'absence de troubles de santé mentale et de violence conjugale dans la dernière année. Force est de constater qu'évaluer la résilience à un moment précis de la vie d'un individu est un défi méthodologique et que peu d'études parviennent à refléter la complexité du phénomène avec leur opérationnalisation de la résilience. La mesure simultanée de plusieurs indicateurs de fonctionnement dans davantage de domaines, et plus particulièrement la considération de mesures de santé mentale positive, permettrait de mieux refléter la résilience des adultes victimes d'ASE (Domhardt et al., 2015). L'opérationnalisation de la résilience de manière continue pourrait permettre de mieux tenir compte des variations individuelles dans les réponses et l'adaptation à un événement traumatique comme l'ASE (Lind et al., 2018).

Implications

Les résultats de l'étude ont principalement des implications cliniques en matière de prévention secondaire et tertiaire des ASE. Historiquement, la prévention des ASE s'est centrée sur les enfants et les adolescents afin de les outiller à ce qu'ils ne soient pas agressés sexuellement, mais aussi à dévoiler une agression sexuelle à un adulte de confiance afin qu'ils puissent recevoir la protection et les services nécessaires (Tourigny et Baril, 2019). Nos résultats montrent qu'une proportion importante de victimes n'ont jamais dévoilé les abus, même plusieurs années plus tard, soutenant le maintien d'initiatives de prévention efficaces afin d'augmenter le dépistage des enfants agressés sexuellement. Nos résultats confirment aussi la nécessité que les programmes de prévention de l'ASE destinés aux enfants visent la proactivité dans la recherche de soutien pour favoriser leur résilience. Mais nos résultats montrent surtout l'importance de sensibiliser et d'outiller l'ensemble de la population, ainsi que les professionnels, afin que les victimes soient davantage susceptibles de percevoir le dévoilement comme une étape aidante dans leur rétablissement.

En effet, un résultat central de notre étude est que le fait de dévoiler n'est pas suffisant pour aider les victimes d'ASE, et peut même s'avérer nuisible si l'aide reçue n'est pas jugée aidante. Il faut ainsi améliorer la capacité des proches et des professionnels à offrir une réponse face à un dévoilement d'ASE qui favorise la guérison de la victime, c'est-à-dire de minimalement croire l'enfant et de s'assurer qu'il reçoive l'aide dont il a besoin, notamment en signalant la situation aux autorités. Il est aussi possible que des victimes ayant perçu leur dévoilement comme ne les ayant pas aidées n'aient pas obtenu cette réponse à la suite de leur dévoilement, mais aussi qu'elles n'aient pas reçu de services adaptés à leurs besoins, montrant bien l'importance d'offrir à tous les enfants victimes des services dont l'efficacité est reconnue et répondant à leurs besoins. Enfin, plus de 80 % des victimes d'ASE de notre échantillon présentent à l'âge adulte des difficultés d'adaptation, montrant bien la nécessité d'offrir des services thérapeutiques efficaces à ces personnes, même plusieurs années après les abus.

Conclusion

En somme, les résultats de cette étude montrent les limites d'une perception de la résilience en tant que caractéristique individuelle et appuient les modèles et recherches considérant l'environnement social dans la compréhension de la résilience. Un cadre d'analyse du dévoilement des victimes d'ASE reflétant la personne en interaction avec son environnement est à prioriser pour mieux comprendre les répercussions des ASE, et pour favoriser l'identification de moyens pour améliorer les environnements, non seulement pour faciliter le dévoilement, mais aussi pour favoriser des réponses de soutien associées à une meilleure adaptation (Mathews et Collin-Vézina, 2016). Ce constat encourage l'adoption d'une perspective écologique du dévoilement des victimes d'ASE, dans laquelle le rétablissement et l'adaptation des victimes seraient une responsabilité sociale partagée par l'ensemble de la communauté, et non seulement portée par les victimes (Alaggia et al., 2019).

Financement

Cette étude a été en partie financée par la Chaire de recherche interuniversitaire de la Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

Conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272. <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>
- Alaggia, R. (2010). An ecological analysis of child sexual abuse disclosure: Considerations for child and adolescent mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry/Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 19*(1), 32-39. <https://hdl.handle.net/1807/77651>
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 260-283. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd. rév.)*.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test*. (2^e éd.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Banyard, V. L., & Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 275-290. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.02.016>
- Baril, K., & Laforest, J. (2018). *Les agressions sexuelles. Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Baril, K., & Tourigny, M. (2016). Facteurs maternels associés au cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance parmi des femmes de la population générale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 48*(4), 266-277. <https://doi.org/10.1037/cbs0000052>
- Bogar, C. B., & Hulse-Killackey, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development, 84*(3), 318-327. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2006.tb00411.x>
- Brenner, I., & Ben-Amitay, G. (2015). Sexual revictimization: The impact of attachment anxiety, accumulated trauma, and response to childhood sexual abuse disclosure. *Violence and Victims, 30*(1), 49-65. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00098>
- Clément, M. E., Bouchard, C., Jetté, M., & Laferrière, S. (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-violence-familiale-dans-la-vie-des-enfants-du-quebec-1999.pdf>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny, M. (2007). Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 16*(2), 415-434. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.002>
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 476-493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2001). Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims, 16*(6), 655-672.
- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect, 24*(6), 781-797. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00141-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00141-1)
- DuMont, K. A., Widom, C. S., & Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect, 31*(3), 255-274. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.015>
- Essau, C. A., & Wittchen, H.-U. (1993). An overview of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3*(2), 79-85.
- Everill, J., & Waller, G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse & Neglect, 19*(1), 93-100. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)00102-Z](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)00102-Z)

- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect, 14*(1), 19-28. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90077-7](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90077-7)
- Gries, L. T., Goh, D. S., Andrews, M. B., Gilbert, J., Praver, F., & Stelzer, D. N. (2000). Positive reaction to disclosure and recovery from child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 9*(1), 29-51. https://doi.org/10.1300/J070v09n01_03
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry, 6*(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 258-265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review, 9*(1), 6-18. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0852\(200001/02\)9:1<6::AID-CAR579>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0852(200001/02)9:1<6::AID-CAR579>3.0.CO;2-W)
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). The development of the Comprehensive Child Maltreatment Scale. *Journal of Family Studies, 7*(1), 7-28. <https://doi.org/10.5172/jfs.7.1.7>
- Hong, P. Y., Ilardi, S. S., & Lishner, D. A. (2011). The aftermath of trauma: The impact of perceived and anticipated invalidation of childhood sexual abuse on borderline symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3*(4), 360. <https://doi.org/10.1037/a0021261>
- Hong, P. Y., & Lishner, D. A. (2016). General invalidation and trauma-specific invalidation as predictors of personality and subclinical psychopathology. *Personality and Individual Differences, 89*, 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.016>
- Hyman, B., & Williams, L. (2001). Resilience among women survivors of child sexual abuse. *Affilia, 16*(2), 198-219. <https://doi.org/10.1177/08861090122094226>
- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence, 18*(5), 295-300. <https://doi.org/10.1023/A:1025117311660>
- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Portrait social du Québec: données et analyses*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/portrait-social-du-quebec-donnees-et-analyses-edition-2010.pdf>
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L. P., Perreault, M., & Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois: enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2). Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/en/fichier/troubles-mentaux-toxicomanie-et-autres-problemes-lies-a-la-sante-mentale-chez-les-adultes-quebecois-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-cycle-12.pdf>
- Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N. (2005). Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(4), 258-264. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000158362.16452.2e>
- Kaye-Tzadok, A., & Davidson-Arad, B. (2017). The contribution of cognitive strategies to the resilience of women survivors of childhood sexual abuse and non-abused women. *Violence Against Women, 23*(8), 993-1015. <https://doi.org/10.1177/1077801216652506>
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13*(2), 93-121. <https://doi.org/10.1002/mpr.168>
- Liem, J. H., James, J. B., O'Toole, J. G., & Boudewyn, A. C. (1997). Assessing resilience in adults with histories of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*(4), 594-606. <https://doi.org/10.1037/h0080257>
- Lind, M. J., Brown, R. C., Sheerin, C. M., York, T. P., Myers, J. M., Kendler, K. S., & Amstadter, A. B. (2018). Does parenting influence the enduring impact of severe childhood sexual abuse on psychiatric resilience in adulthood? *Child Psychiatry & Human Development, 49*(1), 33-41. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0727-y>
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory, 16*(1), 29-47. <https://doi.org/10.1080/09658210701725732>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2016). Child sexual abuse: Raising awareness and empathy is essential to promote new public health responses. *Journal of Public Health Policy, 37*(3), 304-314. <https://doi.org/10.1057/jphp.2016.21>

- McGuire, K., & London, K. (2020). A retrospective approach to examining child abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 99, Article 104263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104263>
- Meng, X., Fleury, M.-J., Xiang, Y.-T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 453-475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Moen, P., & Erickson, M. A. (1995). Linked lives: A transgenerational approach to resilience. In *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10176-005>
- Pérez-Fuentes, G., Olsson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 16-27. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>
- Pez, O., Gilbert, F., Bitfoi, A., Carta, M. G., Jordanova, V., Garcia-Mahia, C., Mateos-Alvarez, R., Prince, M., Tudorache, B., & Blatier, C. (2010). Validity across translations of short survey psychiatric diagnostic instruments: CIDI-SF and CIS-R versus SCID-I/NP in four European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(12), 1149-1159. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0158-6>
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., Thrailkill, A., Gusman, F. D., & Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9(1), 9-14. <https://doi.org/10.1185/135525703125002360>
- Reed, V., Gander, F., Pfister, H., Steiger, A., Sonntag, H., Trenkwalder, C., Sonntag, A., Hundt, W., & Wittchen, H. U. (1998). To what degree does the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) correctly identify DSM-IV disorders? Testing validity issues in a clinical sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(3), 142-155. <https://doi.org/10.1002/mpr.44>
- Reinert, D. F., & Allen, J. P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02534.x>
- Romano, E., Moorman, J., Ressel, M., & Lyons, J. (2019). Men with childhood sexual abuse histories: Disclosure experiences and links with mental health. *Child Abuse & Neglect*, 89, 212-224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.010>
- Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., & Best, C. L. (2004). Is disclosure of childhood rape associated with mental health outcome? Results from the National Women's Study. *Child Maltreatment*, 9(1), 62-77. <https://doi.org/10.1177/1077559503260309>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Schaefer, L. M., Howell, K. H., Schwartz, L. E., Bottomley, J. S., & Crossnane, C. B. (2018). A concurrent examination of protective factors associated with resilience and posttraumatic growth following childhood victimization. *Child Abuse & Neglect*, 85, 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.019>
- Simon, V. A., Feiring, C., & Cleland, C. M. (2016). Early stigmatization, PTSD, and perceived negative reactions of others predict subsequent strategies for processing child sexual abuse. *Psychology of Violence*, 9(1), 112-123. <https://doi.org/10.1037/a0038264>
- Statistique Canada. (2004). *Recherche sur la violence contre les femmes*. Industrie, Science et Technologie Canada.
- Tener, D., & Murphy, S. B. (2015). Adult disclosure of child sexual abuse: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 391-400. <https://doi.org/10.1177/1524838014537906>
- Tourigny, M., & Baril, K. (2019). Les interventions en matière d'agressions sexuelles envers les enfants. Dans M.E. Clément & S. Dufour (Éds). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, tome 2 (pp. 157-170). Les Éditions CEC.
- Ullman, S. E. (2002). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121. https://doi.org/10.1300/J070v12n01_05
- Ullman, S. E. (2007). Relationship to perpetrator, disclosure, social reactions, and PTSD symptoms in child sexual abuse survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), 19-36. https://doi.org/10.1300/J070v16n01_02
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Godbout, N., Sabourin, S., Péloquin, K., & Wright, J. (2014). Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1(3), 21-41. <https://doi.org/10.3917/cnmi.132.0021>
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.004>
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28(1), 57-84. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(94\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0022-3956(94)90036-1)

Wright, M. O. D., Fopma-Loy, J., & Fischer, S. (2005). Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), 1173-1193. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.004>