

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CLARA BONNEAU

DOUBLE VULNÉRABILITÉ CHEZ LES ENFANTS MALTRAITÉS AYANT UNE
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : EXAMEN ET COMPARAISON DE
CONSÉQUENCES COMPORTEMENTALES ASSOCIÉES

AOÛT 2025

Résumé

Chaque année, au Québec, plus de 16 000 enfants sont victimes de maltraitance, avec un risque accru de quatre fois pour les enfants atteints de déficience intellectuelle (DI). Bien que les conséquences de la maltraitance soient bien documentées, ses effets spécifiques sur les enfants ayant une DI sont encore mal compris, notamment parce que les études ne comparent pas directement les enfants maltraités à ceux non maltraités ayant une DI. Ainsi, l'objectif de cet essai consiste à examiner les relations entre les différentes formes de maltraitance dans l'enfance, les différents degrés de DI, les comportements autodestructeurs (CA) et les comportements sexuels problématiques (CSP). Les données proviennent de l'étude longitudinale *Objectif protection*, qui implique des partenariats avec plusieurs services (Centres de Protection de la Jeunesse (CPJ), services en DI et commissions scolaires) de différentes régions du Québec. L'échantillon est composé de 290 parents (91,4% de femmes) non-agresseurs d'enfants (42,4% de filles) âgés entre 5 et 18 ans ($M = 10,90$, $ET = 3,341$) avec ou sans DI, et avec ou sans antécédent de maltraitance qui ont formé quatre groupes : 1) absence de DI et de maltraitance ($n = 76$); 2) absence de maltraitance et présence de DI ($n = 70$); 3) absence de DI et présence de maltraitance ($n = 71$); 4) présence de DI et de maltraitance ($n = 73$). Les parents ont participé à l'étude en répondant à des questionnaires validés évaluant les variables étudiées ainsi que d'autres données socio-démographiques pertinentes (p. ex., revenu, genre, âge, etc.). Des analyses de la covariance (ANCOVA), des analyses corrélationnelles et des analyses du khi-carré ont été effectuées afin d'explorer les liens entre les variables et répondre aux objectifs de recherche. Les résultats obtenus montrent que les enfants présentant à la fois une DI et des

antécédents de maltraitance manifestent plus de CA et de CSP en comparaison des enfants qui ne présentent aucune de ces caractéristiques (sans DI et sans maltraitance). Par ailleurs, aucune association significative entre les degrés de DI et les CA n'a été observée. En revanche, une association faible négative a été trouvée entre les degrés de DI et les CSP, indiquant que des degrés plus élevés de DI étaient liés à une moindre présence de CSP. Concernant les différentes formes de maltraitance, la majorité d'entre elles étaient positivement associées aux CA sauf pour l'AS et l'exposition à la violence conjugale, pour lesquelles aucune association significative n'a été relevée. Les formes de maltraitance étaient également liées aux CSP sauf pour la violence physique et la négligence émotionnelle. Enfin, aucune différence significative, en termes de CA et de CSP, n'a été trouvée selon le genre du jeune. Nos résultats mettent en lumière que les enfants présentant à la fois une DI et des antécédents de maltraitance constituent un groupe particulièrement vulnérable, étant exposés à un risque accru de présenter des CA et des CSP. Ainsi, ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge ciblée et adaptée pour les enfants présentant une DI et ayant été victime de maltraitance, afin de prévenir et d'atténuer les possibles conséquences délétères sur leur développement.

Mots-clés : maltraitance envers les enfants; déficience intellectuelle; comportements autodestructeurs; comportements sexuels problématiques

Table des matières

Résumé.....	ii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des abréviations.....	viii
Remerciements.....	1
Introduction.....	2
Contexte théorique.....	6
Maltraitance à l'enfance.....	7
Définition et types de maltraitance.....	7
Conséquences observées chez les enfants victimes de maltraitance.....	9
Déficience intellectuelle.....	11
Définitions de la déficience intellectuelle.....	11
Prévalence.....	14
Comportements spécifiques observés chez les enfants présentant une DI.....	14
Maltraitance et déficience intellectuelle.....	16
Considérations liées à la diversité de genre.....	16
Conséquences chez les enfants maltraités ayant une déficience intellectuelle.....	16
Comportements autodestructeurs.....	17
Comportements sexuels problématiques.....	19

Pertinence de l'étude	22
Objectifs et hypothèses de l'étude.....	23
Méthode.....	25
Participants	26
Procédure.....	28
Variables et mesures	30
Données socio-démographiques.....	30
Maltraitance envers les enfants	30
Déficience intellectuelle.....	31
Comportements autodestructeurs	32
Comportements sexuels problématiques.....	32
Stratégies d'analyses	33
Résultats	34
Analyses descriptives	35
Analyses de la covariance	36
Analyses de corrélation	38
Analyses de khi-carré.....	39
Discussion	41
Discussion en lien avec l'objectif de recherche principal	42

Discussion en lien avec les objectifs secondaires de recherche.....	44
Sous-échantillon d'enfants ayant été victimes de maltraitance.....	44
Sous-échantillon d'enfants ayant une DI	45
Forces de l'étude	47
Limites de l'étude.....	48
Conclusion	51
Bibliographie et références	54
Appendice A.....	68
Certification éthique.....	68
Appendice B.....	70
Questionnaire socio-démographique.....	70
Appendice C.....	75
Adverse Childhood Experience (ACE).....	75
Appendice D.....	79
Self-Destructive Behaviors Inventory (SDBI)	79
Appendice E	81
Child Sexual Behavior Inventory-III (CSBI).....	81

Liste des tableaux

Tableau

1	Définitions des types de violence envers les enfants.....	8
2	Compétences liées au comportement adaptatif.....	12
3	Degrés de sévérité de la déficience intellectuelle selon le DSM-5.....	13
4	Nombre d'individus pour chaque profil d'enfants.....	27
5	Caractéristiques socio-démographiques des parents répondants et des enfants.....	28
6	Fréquences et pourcentages des variables étudiées au sein de l'échantillon.....	35
7	Comparaisons des moyennes des CA et des CSP.....	37
8	Corrélations entre les formes de maltraitance, les degrés de DI et les CA et les CSP.....	39

Liste des abréviations

AS.....	Agression sexuelle
CA.....	Comportements autodestructeurs
CSP.....	Comportements sexuels problématiques
DI.....	Déficiência intellectuelle
DPJ.....	Direction de la protection de la jeunesse

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier sincèrement les membres du jury d'évaluation, Pre. Karine N. Tremblay et Pr. Daniel Lalande, pour leur temps, leur implication et leurs rétroactions. Un grand merci à ma directrice de recherche, Dre Jacinthe Dion, pour son soutien, ses conseils judicieux, son écoute et sa générosité. Je te remercie de m'avoir pris sous ton aile et d'avoir vu un potentiel en moi que je ne voyais pas. J'en profite pour offrir des remerciements à Dre Geneviève Paquette, Annie Lemieux et l'équipe d'*Objectif Protection* pour votre aide précieuse ainsi qu'au *Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)* d'avoir financé une année de ce projet de recherche.

Je souhaite également remercier mes parents, mes grands-parents et ma marraine. Merci d'avoir toujours cru en moi, vos encouragements et votre appui ont été des facteurs déterminants dans ma réussite. Un immense merci à mon amoureux sans qui ce projet n'aurait jamais pu être réalisé jusqu'au bout. Ton écoute, tes encouragements et ta présence au quotidien m'ont permis de réussir ce défi de taille. Je suis si reconnaissante de vous avoir dans ma vie.

Enfin, je tiens à remercier ma meilleure amie et mes merveilleux amis qui ont été présents pour moi depuis le baccalauréat, vous avez embelli mon parcours. Sans oublier nos nombreuses journées de rédaction au café qui ont, sans aucun doute, contribué à l'accomplissement de mon essai doctoral.

Introduction

Il a été démontré que les victimes de violence sont susceptibles de souffrir de conséquences négatives sur leur santé, et ce, à court et à long terme (Tarantola, 2018). Or, la gravité de ces conséquences est particulièrement importante en contexte de maltraitance infantile en raison de la grande vulnérabilité physique et psychologique des enfants (Tarantola, 2018). En effet, les événements délétères comme la maltraitance envers les enfants influencent les trajectoires de leur développement (adolescence et âge adulte) et sont liés à plusieurs conséquences néfastes sur les plans physique, cognitif et psychologique, à court et à long terme (Devries et al., 2014; Paquette et al., 2017).

Malheureusement, ce phénomène qu'est la maltraitance infantile constitue un enjeu de santé publique majeur qui touche toutes les sociétés et cultures (Chu et al., 2011). Au Québec, par exemple, plus de 16 000 enfants sont maltraités chaque année (Hélie et al., 2014). Plus inquiétant encore, il est estimé qu'un enfant sur quatre serait victime de maltraitance à un moment dans sa vie et qu'un enfant sur sept aurait été maltraité dans la dernière année (Lippard et Nemeroff, 2020). Les statistiques de cette triste réalité représenteraient une sous-estimation de la réelle prévalence de la maltraitance envers les enfants puisque la majorité des abus et des cas de négligence n'est pas signalée (Lippard et Nemeroff, 2020).

De surcroît, en plus du fait que la population infantile présente une certaine vulnérabilité comparativement aux autres êtres humains (Sandberg, 2015), les enfants en situation de handicap sont plus à risque d'être maltraités que les enfants sans incapacité (Jones et al., 2012). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette disparité. D'une part, le stress additionnel engendré par certains comportements difficiles de l'enfant (p. ex., l'agressivité ou l'automutilation) peut augmenter le risque de violence physique au sein de familles déjà fragilisées (Ammerman et al., 1994). On peut aussi faire référence à des difficultés au niveau des ressources d'empathie chez les parents et la fratrie du jeune (Ammerman et al., 1994; Groce, 2005; Jones et al., 2012; Scelles, 2022). D'autre part, les différentes limitations associées au handicap (p. ex., difficultés de communication) du jeune peuvent l'exposer à un risque accru d'abus sexuels; celui-ci pouvant être perçu comme une cible vulnérable (Ammerman et al., 1994; Groce, 2005; Jones et al., 2012; Scelles, 2022). Or, les enfants ayant une déficience intellectuelle (DI) semblent avoir une prévalence et un risque de subir de la violence plus élevés que les enfants présentant d'autres types de handicap (Jones et al., 2012). Ils sont également quatre fois plus à risque d'être maltraités avant l'âge adulte (Jones et al., 2012) et peuvent manifester des comportements autodestructeurs (CA) et des comportements sexuels problématiques (CSP) (Paquette et al., 2018).

En ce qui concerne les services de protection de l'enfance, les enfants en situation de handicap, y compris ceux ayant une DI, demeureraient plus longtemps dans ces services (Slayter et Springer, 2011) et selon les études recensées par Dion et al., (2018),

ils courent un risque plus élevé d'être placés hors de leur foyer que les enfants sans handicap. De plus, les familles d'enfants présentant une DI seraient plus fréquemment impliquées dans les services de protection de l'enfance (p. ex., les dossiers étaient plus souvent déjà ouverts) (Dion et al., 2018). Cette constatation va dans le même sens que d'autres études dans lesquelles les enfants présentant un handicap étaient plus susceptibles d'être réorientés vers les services de protection de l'enfance (Connell et al., 2007). Cela suggère que les enfants ayant une DI risquent de connaître d'autres épisodes de maltraitance et d'être à nouveau orientés vers les services de protection de l'enfance. Ce plus grand nombre de signalements aux services de protection de l'enfance peut résulter, notamment, de leurs problèmes de fonctionnement (p. ex., TDAH, comportements agressifs) pouvant accroître le risque de récurrence ou de chronicité de la maltraitance (Dion et al., 2018).

Toutefois, dans la littérature scientifique, les enfants (incluant tous les âges en bas de 18 ans) maltraités ayant une DI ne sont jamais comparés à des enfants non maltraités ayant une DI. Il est alors impossible de déterminer si les problèmes présents chez ces derniers sont associés à la DI ou à la maltraitance vécue antérieurement. Pourtant, les enfants ayant une DI présentent un risque de trois à cinq fois plus élevé de présenter des problèmes de santé mentale (Einfeld et al., 2011). Sans compter que peu d'études considèrent plusieurs formes de maltraitance et se concentrent plutôt sur une seule spécifique. Ces lacunes dans la littérature rendent difficile la mise en place d'interventions

appropriées pour soutenir les enfants ayant une DI dans leur développement, reflétant l'importance de la réalisation de ce projet de recherche.

Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude consiste à examiner les relations entre la maltraitance dans l'enfance, la DI ainsi que les CA et les CSP, des domaines peu explorés à ce jour.

Contexte théorique

Cette section vise à présenter une recension de la documentation scientifique sur la maltraitance subie dans l'enfance et la DI, plus précisément sur leur définition, leur prévalence et leurs répercussions dans le développement des enfants. L'essai traite ensuite des CA et des CSP pouvant être observés chez la population étudiée où les définitions et les prévalences sont abordées. Les objectifs et les hypothèses de recherche sous-tendant le présent essai sont finalement énoncés dans cette section.

Maltraitance à l'enfance

Définition et types de maltraitance

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2016), la maltraitance envers les enfants englobe tous les types de violence ou de négligence envers une personne de moins de 18 ans, incluant les violences physique et psychologique, l'agression sexuelle (AS), les négligences matérielle et émotionnelle, l'exploitation à des fins commerciales et l'exposition à la violence conjugale (Organisation mondiale de la santé, 2016). D'ailleurs, la *Loi sur la protection de la jeunesse* reconnaît que l'exposition à la violence conjugale constitue un motif de compromission de la sécurité et du développement de l'enfant, au même titre que les autres formes de maltraitance (Gouvernement du Québec, 2018). Ce présent essai examine tous ces types de maltraitance, à l'exception de l'exploitation à des fins commerciales (voir Tableau 1).

Tableau 1*Définitions des types de violence envers les enfants*

Type de violence	Définition
Violence physique	Atteinte directe au corps de l'enfant en un acte unique ou en actes répétés (p. ex., secouer fortement un enfant, le frapper, lui couper la peau ou le brûler).
Violence psychologique	Recours à des attitudes et à des gestes visant à humilier, dénigrer, intimider et dévaloriser l'enfant.
Agression sexuelle	Tout acte sexuel commis sur un enfant. Il peut s'agir d'une pénétration sexuelle, d'actes sexuels suggestifs (p. ex., attouchements, baisers ou étreintes inappropriés) et le fait d'inciter ou de contraindre un enfant à réaliser un acte sexuel ou une relation sexuelle.
Négligence émotionnelle	Ignorance ou rejet de la réaction émotionnelle d'un enfant, pouvant être de façon verbale (p. ex., employer des mots désobligeants, traiter l'enfant de noms blessant ou le rabaisser) et/ou non verbale (p. ex., ne pas reconnaître les besoins affectifs de l'enfant, ignorer les appels à l'aide de celui-ci.).
Négligence matérielle	Le fait de ne pas répondre aux besoins de l'enfant (p. ex., privation de nourriture, de vêtements, d'un environnement adéquat, d'un accès à des services de santé, d'un accès à une éducation).
Exposition à la violence conjugale	Témoin de comportements associés à la violence conjugale entre ses parents (ou figures parentales), en couple ou séparés. L'exposition peut à la fois directe (voit ou entend la violence) qu'indirecte (climat instable, insécurisant et imprégné de peur et de tension).

Source : adapté d'Al Odhayani, Watson et Watson (2013); Lewis et al., (2011); Institut de la statistique du Québec (2019).

Conséquences observées chez les enfants victimes de maltraitance

La maltraitance envers les enfants est liée à plusieurs conséquences néfastes sur la santé, tant à court qu'à long terme sur les plans psychologique, cognitif, physique et comportemental (Devries et al., 2014; Hughes et al., 2017; Lepage et al., 2010; Paquette et al., 2017; Yates et al., 2008).

Sur le plan psychologique, la maltraitance subie dans l'enfance est associée à des tentatives de suicide et elle augmente le risque de problèmes de santé mentale à l'âge adulte, notamment l'état de stress post-traumatique et la dépression (Devries et al., 2014; Gilbert et al., 2009; Habetha et al., 2012; Higgins et McCabe, 2001; Norman et al., 2012; Paquette et al., 2017; Widom, 2014). D'autres études recensées par Szanto et al., (2012) indiquent que les enfants maltraités présentent davantage de symptômes psychiatriques.

Sur le plan cognitif, il est rapporté par De Bellis et ses collègues (2005) que le stress induit par la maltraitance est associé à des altérations des systèmes neurobiologiques du jeune. Ces systèmes jouent un rôle important dans la maturation du cerveau, le développement cognitif ainsi que la régulation des émotions et des comportements (De Bellis et al., 2005).

Sur le plan physique, le fait d'avoir subi plusieurs expériences négatives dans l'enfance, dont la maltraitance, correspond à un facteur de risque majeur pour de nombreux problèmes de santé (Hughes et al., 2017; Norman et al., 2012; Szanto et al.,

2012). Par exemple, une mauvaise santé autoévaluée, un cancer, une maladie cardiaque ischémique, des problèmes pulmonaires chroniques ainsi que d'autres conditions de santé sans lien étiologique direct ou connu avec les événements survenus durant l'enfance (Haven, 2009; Hughes et al, 2017; Norman et al., 2012; Szanto et al., 2012).

Sur le plan comportemental, la maltraitance infantile représente également un facteur de risque pour le tabagisme, la consommation problématique d'alcool et de drogues, la prise de risques sexuels, la violence interpersonnelle et la violence autodirigée (Hughes et al, 2017; Norman et al., 2012; Szanto et al., 2012). Par ailleurs, des études recensées par Cyr *et al.* (2005) mettent en évidence une association claire entre les CA et le fait d'avoir été victime d'AS dans l'enfance. Une autre étude rapporte des résultats indiquant des associations positives entre différents types de maltraitance (violence physique, négligence et AS) et la présence de CA (Yates et al., 2008). D'autre part, plusieurs études rapportent des liens significatifs entre les CSP et les mauvais traitements (séviages physiques, abus psychologiques et négligence) (Burton, 1996; Friedrich et al., 2003; Greco, 2015; Hall et al., 1998; Hershkowitz, 2011; Merrick et al., 2008). Des associations significatives ont également été documentées entre les CSP et l'exposition des enfants à différentes formes de violence (violence familiale, activités criminelles, violence à l'école, violence dans la communauté) (Lepage et al., 2010 ; Szanto et al., 2012). Chez les enfants présentant des CSP, il semblerait que les résultats les plus appuyés par la littérature indiquent que ces derniers sont davantage susceptibles d'avoir été

victimes d'AS (Araji, 1997; Boisvert, 2016; Chaffin et al., 2006; Friedrich, 2007; Gagnon et Tourigny, 2011).

Déficiences intellectuelles

Définitions de la déficience intellectuelle

D'abord, d'un point de vue linguistique, le terme « déficience intellectuelle » peut également être nommé « handicap intellectuel » ou encore « trouble du développement intellectuel » dans la traduction française du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2015)*. Selon l'Office québécois de la langue française (2025) les termes à privilégier sont « déficience intellectuelle » et « trouble du développement intellectuel » tandis que d'autres anciens termes comme « retard mental » sont considérés désuets et péjoratifs.

Il existe différents systèmes de classification de la DI comme la *Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexe (CIM-11)*, l'*American Psychiatric Association (APA)* et l'*American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)*. Les définitions proposées par ceux-ci ont en communs les trois critères suivants : 1) des limitations significatives du fonctionnement intellectuel (raisonnement, résolution de problèmes, planification, abstraction, jugement) ayant des effets directs sur les apprentissages (apprentissage scolaire et apprentissage par l'expérience); 2) des limitations significatives, de sévérité suffisante pour nécessiter un besoin de soutien, du comportement adaptatif affectant les compétences conceptuelles,

sociales et pratiques (voir Tableau 2). Ces limitations des fonctions adaptatives altèrent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne, et ce, dans des environnements variés (maison, école, travail, collectivité); 3) les difficultés débutent durant la période de développement (enfance) et non à l'âge adulte (Haute autorité de santé, 2022).

Tableau 2
Compétences liées au comportement adaptatif

Compétences	Exemples
Conceptuelles	Langage et alphabétisation, notions d'argent, de temps et de nombres, autodirection.
Sociales	Compétences interpersonnelles, responsabilité sociale, estime de soi, crédulité, naïveté (méfiance), résolution de problèmes sociaux et capacité à suivre les règles, obéir aux lois et à éviter d'être victime.
Pratiques	Activités de la vie quotidienne (soins personnels), compétences professionnelles, soins de santé, voyages, transports, horaires, routines, sécurité, utilisation de l'argent, utilisation du téléphone.

Source : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (2025). *Defining Criteria for Intellectual Disability*. AAIDD. <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition>

La DI fait partie des troubles neurodéveloppementaux et présente quatre degrés de sévérité : léger, moyen, grave et profond (Haute autorité de santé, 2022). Ceux-ci sont désormais définis par le *DSM-5* sur la base du fonctionnement adaptatif et des besoins de soutien de l'individu tandis qu'auparavant, dans le *DSM-IV*, ils étaient déterminés davantage selon le quotient intellectuel (Haute autorité de santé, 2022; voir Tableau 3).

Tableau 3*Degrés de sévérité de la déficience intellectuelle selon le DSM-5*

Degrés	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge.	La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; a un jugement social immature pour son âge.	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles.
Moyen	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle.	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales.	Présence, chez une minorité importante, de comportements mésadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social.
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent.	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire.	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes.
Profond	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir). Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel.	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples.	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités.

Source : copié d'Inserm. (2016). *Déficiences intellectuelles*. Collection expertise collective. Montrouge: EDP Sciences.

Prévalence

Selon une étude menée en 2003, la prévalence de la DI atteint environ 3% dans la population générale si l'on considère les altérations sur le plan cognitif sans tenir compte des comportements adaptatifs (Tassé et Morin, 2003). Cette prévalence diminue à 1% lorsqu'on tient compte des limitations significatives des comportements adaptatifs (Tassé et Morin, 2003). Globalement, en 2014, environ 4% des enfants avec incident fondé¹ à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) présentaient une DI (Hélie et al., 2014), ce qui représente au moins 500 enfants annuellement dans 16 régions du Québec.

Comportements spécifiques observés chez les enfants présentant une DI

Selon Ruddick et ses collègues (2015), il existe un consensus selon lequel les jeunes présentant une DI sont plus à risque de rencontrer des difficultés émotionnelles, de santé mentale et comportementales par rapport à leurs pairs sans DI. Les difficultés comportementales réfèrent aux CA, à l'agression et à la destruction de l'environnement, celles-ci sont observées chez les enfants présentant une DI et davantage chez ceux ayant une DI sévère (Cormack et al., 2000; Emerson et al., 2005).

¹ Lorsqu'on parle d'incident fondé, on fait référence à un incident qui a été évalué et jugé fondé, ou confirmé, par le département d'évaluation-orientation de la DPJ (Hélie et al., 2024).

Or, une étude menée par Emerson et al, en 2010, n'a pas démontré d'association significative entre la sévérité de la DI et la prévalence de problèmes de santé mentale (Einfeld et al., 2011). Les auteurs indiquent qu'il est possible que les mesures utilisées n'aient pas été spécifiquement conçus pour les enfants atteints d'une DI sévère, ce qui pourrait limiter leur sensibilité pour identifier les manifestations spécifiques des problèmes de santé mentale chez ces derniers (Einfeld et al., 2011).

En termes de CSP, des études ont mis en lumière la présence d'une association avec la DI (Griffiths et Fedoroff, 2014; O'Connor, 1997; Thom et al., 2017). Thom et ses collègues (2017) expliquent que plusieurs facteurs de risque associés aux paraphilies sont plus susceptibles d'être présents chez les personnes ayant une DI. Parmi ceux-ci figurent des difficultés d'attachement (Goldberg, 1995), des lacunes dans le développement de compétences socio-sexuelles positives (McCabe, 1999), ainsi que des expériences précoces de nature répressives ou abusives (Sobsey, 1994). Ainsi, il a été constaté que certaines personnes ayant une DI peuvent avoir vécu dans un environnement où leur sexualité était fortement contrôlée ou punie, contribuant parfois au développement de CSP (Thom et al., 2017).

Toutefois, des éléments sont à prendre en compte dans la relation observée entre la DI et les CSP (Griffiths et Fedoroff, 2014; O'Connor, 1997; Thom et al., 2017). Tel que nommé précédemment, la présence d'une DI chez les jeunes est souvent en concomitance avec un problème de santé mentale (Emerson et al., 2010; Griffiths et Fedoroff, 2014). De

ce fait, l'évaluation du problème sexuel présenté peut être incomplète ou erronée et ils ne bénéficient pas toujours des traitements appropriés (Griffiths et Fedoroff, 2014). Cette situation peut donc complexifier la validité du lien entre la DI et les CSP puisque qu'il pourrait également provenir de la présence d'un trouble de santé mentale non diagnostiqué ou détecté.

Maltraitance et déficience intellectuelle

Considérations liées à la diversité de genre

Il semblerait que les garçons soient plus à risque de maltraitance en général que les filles (Sullivan et Knutson, 2000). Or, les filles seraient plus à risque d'AS que les garçons et les garçons seraient plus à risque de subir de la violence physique que les filles (Sobsey et al., 1997; Soylu et al., 2013; Wissink et al., 2018). Chez les enfants maltraités présentant un handicap, incluant une DI, les garçons subiraient davantage de maltraitance que ceux sans DI et que les filles (Sobsey et al., 1997). Cette différence entre les genres peut relever d'un sous-diagnostic des handicaps chez les filles victimes de maltraitance. Toutefois d'autres études ne soulèvent pas de différences entre les genres (Paquette et al., 2018; Weiss et al., 2011).

Conséquences chez les enfants maltraités ayant une déficience intellectuelle

Les enfants ayant une DI et victimes de maltraitance seraient plus à risque de développer des problèmes psychologiques et sociaux par rapport aux enfants maltraités n'ayant pas de DI (Akbas et al., 2009; Soylu et al., 2013). Ceux présentent d'autres

difficultés, soient des problèmes d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité, des problèmes d'attachement et d'agressivité, une faible estime de soi, des problèmes de comportements, des fugues multiples ainsi que des CA et des CSP (Dion et al., 2018; Mansell et al., 1998; Paquette et al., 2018; Soylu et al., 2013; Weiss et al., 2011).

Bien que la littérature abonde en recensions des écrits qui mettent en lumière les diverses conséquences observées chez des enfants atteints d'une DI et victimes de maltraitance, cet essai se concentre davantage sur deux conséquences comportementales qui ont été jusqu'à présent peu étudiées, c'est-à-dire les CA et les CSP.

Comportements autodestructeurs

Définition. Dans le cadre de cet essai, les CA font référence à l'automutilation (p. ex., se gratter au sang, s'arracher les cheveux, se frapper la tête, donner des coups dans les murs, se couper avec des objets coupants, se frapper/se piquer avec des objets coupants ou pointus), au rejet de l'aide, aux comportements alimentaires problématiques (p. ex., manger avec excès, refuser de manger, se faire vomir), à l'abus de substance (consommer de l'alcool de façon excessive) et aux conduites dangereuses (p. ex., se jeter devant un véhicule en mouvement, avoir des comportements casse-cou).

Prévalences. L'estimation de la prévalence des CA dans la population générale s'avère complexe puisque les écrits scientifiques sont divisés en deux grandes catégories : les études abordant 1) les CA non suicidaires (sans intention suicidaire) et 2) ceux

délibérés (incluant avec ou sans intention suicidaire, dont l'issue n'est pas fatale) (Muehlenkamp et al., 2012). Cette distinction complique donc le calcul d'estimations de la prévalence en raison de l'utilisation de définitions et de cadres d'évaluation différents (Muehlenkamp et al., 2012). Selon une revue systématique, les deux types de CA sont répandus chez les adolescents et une augmentation des taux au cours des dernières années a été observée (Muehlenkamp et al., 2012). Concernant les adolescents de la population générale, les taux de prévalence de CA non suicidaires varient de 13 % à 45 % dans les échantillons communautaires d'adolescents (Jacobson et Gould 2007 ; Lloyd-Richardson et al. 2007). Cette grande variabilité peut être expliquée par les différences dans les définitions employées comme mentionné précédemment, mais également en raison d'un manque de cohérence dans la méthodologie des études portant sur les CA (p. ex., les mesures utilisées, la sélection et la composition de l'échantillon) (Heath et al., 2008).

Chez les enfants et adolescents ayant été victimes de maltraitance, malgré qu'aucune prévalence de CA n'ait été trouvée, une étude prospective suggère que la maltraitance vécue dans l'enfance contribue au développement de CA (Yates et al., 2008). De plus, les résultats soutiennent partiellement l'hypothèse selon laquelle les CA pourraient correspondre à une stratégie de régulation compensatoire à la suite d'une expérience traumatisante (Yates et al., 2008).

En ce qui concerne la prévalence des CA au sein de la population totale des individus ayant une DI, celle-ci a été estimée à 4 % par Emerson et ses collègues (2001).

Malgré qu'aucune donnée plus récente sur la prévalence n'ait été trouvée, des études recensées par Matson et ses collègues (2008) indiquent une corrélation négative entre les capacités intellectuelles et les taux de prévalence des CA. Par conséquent, il est suggéré que les estimations de CA seraient plus élevées chez les personnes présentant des niveaux de DI sévères et profondes (Matson et al. 2008). En effet, plusieurs études rapportées par Ruddick et ses collègues (2015) soutiennent que les enfants ayant des DI plus sévères seraient plus susceptibles de manifester des comportements spécifiques comme les CA, avec des estimations allant de 10 à 40 % (Borthwick-Duffy, 1994; Einfeld et Tonge, 1996; Parmenter et al, 1998; Molteno et al., 2001; Davies et Oliver, 2013). Toutefois, il n'existe actuellement aucune prévalence des CA, à notre connaissance, chez les individus ayant une DI et victimes de maltraitance dans l'enfance.

Comportements sexuels problématiques

Définition. D'abord, il est important de faire la différence entre un comportement sexuel typique et un comportement sexuel problématique (CSP) dans l'enfance (Szanto et al., 2012). D'une part, un développement psychosexuel typique peut comprendre des jeux sexuels normatifs et les comportements exploratoires sont souvent spontanés, mutuels et non coercitifs, et ils ne provoquent pas de détresse émotionnelle (Chaffin et al., 2008).

À ce jour, il n'existe pas de définition opérationnelle des CSP qui fasse consensus et les critères utilisés par les intervenants pour juger de leur caractère problématique semblent variables (Boisvert, 2016; Durand, 2006; St-Amand et al., 2024). Cependant,

Chaffin et ses collègues (2008) rapportent une définition pertinente, soit que les comportements sexuels jugés problématiques, chez les enfants âgés de douze ans et moins, impliquent des parties du corps à caractère sexuel étant inappropriées du point de vue développemental ou potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres.

D'autre part, certaines études ont été en mesure d'identifier des types de comportements problématiques plus fréquents chez des enfants âgés de douze et moins, incluant les comportements d'autostimulation (p. ex., se toucher les organes génitaux en public), l'exhibitionnisme (exposer ses organes génitaux aux autres), le voyeurisme (aimer regarder les autres lorsqu'ils sont exposés), les comportements liés aux limites personnelles (p. ex., se tenir trop près des autres) (Elkovitch et al., 2009) et l'intérêt pour le contenu sexuel des médias (National Centre on Sexual Behavior of Adolescents (NCSBY), 2003). D'autres comportements sexuels définis comme étant problématiques, mais moins fréquents chez les enfants âgés de douze ans et moins, sont le contact oral-génital, la masturbation avec un objet, l'insertion d'objets dans le vagin ou dans le rectum et les rapports sexuels (Friedrich et al., 1991; Szanto et al., 2012). Comparativement aux enfants (douze ans et moins), les adolescents semblent davantage s'engager dans des activités sexuelles à risque (p. ex., grossesse précoce, comportements liés au VIH) que de présenter des CSP (Szanto et al., 2012).

Bref, les CSP couvrent un large spectre de comportements sexuels et leur définition peut varier selon l'âge et le développement (Szanto et al., 2012). Les intentions

et les motivations des enfants manifestant des CSP ne sont pas nécessairement liées à la gratification sexuelle. Pour certains enfants, l'origine derrière les CSP peut être associée à des sentiments d'anxiété ou de colère, à une expérience traumatisante, à une recherche d'attention ou à l'imitation de comportements sexuels observés dans l'environnement (Silovsky et Bonner, 2003).

Prévalences. Dans la population générale, le calcul du taux de prévalence des CSP consiste en une tâche ardue en raison des incohérences dans la manière dont ces enfants sont identifiés dans la littérature scientifique, et il ne semble pas exister de statistiques nationales basées sur la population quant à son incidence ou à sa prévalence (Boisvert, 2016; Mesman et al., 2019).

Dans le cadre d'enfants ayant été victimes de maltraitance, une récente recension systématique soulève que parmi ceux qui manifestent des CSP, 45% à 89% d'entre eux ont subi de la violence physique, 31% à 80% ont subi de la violence psychologique, 75% à 77% ont été victimes de négligence et 12% à 84% d'AS (Boisvert et al, 2016). Bien que les données populationnelles soient toujours insuffisantes pour établir la prévalence des CSP (Boisvert, 2016), quelques études québécoises fournissent des indications sur leur impact dans les services de protection de l'enfance (Tougas et al., 2016). Par exemple, les résultats d'une étude d'incidence sur les situations évaluées par les services de protection de la jeunesse en 2008 révèlent la présence de CSP chez environ 10 % des enfants ayant au moins un incident de maltraitance ou de troubles de comportement jugé fondé (Hélie

et al, 2012). De plus, selon une étude antérieure portant sur un échantillon représentatif d'enfants pris en charge par les services de protection, près d'un enfant sur six (âgé de 6 à 11 ans) manifeste des CSP dirigés vers soi ou vers les autres (Lepage, 2008). Par contre, il est important de souligner que la présence de CSP chez un enfant ne signifie pas nécessairement que ce dernier a été victime de maltraitance.

Pour les personnes atteintes d'une DI ou d'un trouble de développement, une brève revue de la littérature indique que les taux de prévalence de comportements sexuels inappropriés varient entre 6% et 28 % (Falligant et Pence, 2020). Ces comportements peuvent se manifester dans un large registre allant de la masturbation en public à un comportement sexuellement agressif (Falligant et Pence, 2020).

En revanche, à notre connaissance, il n'y a présentement aucune donnée quant à la prévalence des CSP chez les enfants atteints de DI et victimes de maltraitance.

Pertinence de l'étude

Tel que mentionné plus haut, notre étude s'intéresse à une population particulièrement vulnérable (enfants victimes de maltraitance et ayant une DI) ainsi qu'à des comportements observés dans celle-ci (CSP et CA) ayant été peu étudiés, et ce, malgré leurs risques inquiétants. Au Canada, l'automutilation (tentatives de suicide et automutilation non suicidaire) est l'une des principales causes d'hospitalisation chez les enfants et les adolescents (Foreman et al., 2024). Du côté des CSP, ceux-ci peuvent avoir

des effets néfastes sur les jeunes qui les manifestent, les enfants qui en sont témoins ou victimes, de même que sur les parents (biologiques, d'accueil ou adoptifs) et les intervenants (Baker et al., 2001; Baker et al., 2008; Johnson et Aoki, 1993; St-Amand et al., 2024). Par exemple, un CSP peut mettre l'enfant en danger, interférer avec d'autres tâches développementales ou dans des relations, être « auto-abusif » (traduit de l'anglais, *self-abusive*), rendre les autres inconfortables ainsi qu'entrer en conflit avec les valeurs de la famille ou de la communauté (Baker et al., 2008).

En plus des conséquences délétères que peuvent entraîner les CSP et les CA, il semblerait qu'à notre connaissance, il n'existe aucune comparaison dans la littérature scientifique actuelle concernant les CA ou les CPS selon la présence ou non de maltraitance et selon la présence ou non de DI. Ainsi, il est impossible de déterminer si les problèmes présents chez ces derniers sont attribuables à la DI ou à la maltraitance subie antérieurement. Dans cette optique, quatre profils de participants seront étudiés : 1) absence de DI et de maltraitance; 2) absence de maltraitance et présence de DI; 3) absence de DI et présence de maltraitance; 4) présence de DI et de maltraitance.

Objectifs et hypothèses de l'étude

Cet essai a pour objectif principal d'examiner les relations entre la maltraitance dans l'enfance, la DI et des conséquences comportementales associées, soit les CA et les CSP. Plus spécifiquement, il est attendu que la fréquence de CA et de CSP soit plus élevée dans le groupe d'enfants victimes de maltraitance et ayant une DI (groupe 4), que dans les

trois autres profils (absence de DI et de maltraitance (groupe 1); absence de maltraitance et présence de DI (groupe 2); absence de DI et présence de maltraitance (groupe 3)). Inversement, il est attendu que la fréquence de CA et de CSP soit la plus faible dans le groupe de participants sans DI et n'ayant pas été victimes de maltraitance dans leur enfance (groupe 1).

Pour ce qui est des objectifs secondaires, les associations entre les différentes formes de maltraitance à l'enfance, les CA et les CSP (dans le sous-échantillon d'enfants ayant été victimes de maltraitance) seront examinées de façon exploratoire. Il est attendu que la relation entre les conséquences comportementales (CA et CSP) et l'AS soit plus forte que celles des autres formes de maltraitance. Puis, les associations entre les différents degrés de DI, les CA et les CSP (dans le sous-échantillon d'enfants ayant une DI) seront également examinées de façon exploratoire. L'hypothèse émise à cet effet est que le niveau de sévérité de la DI (légère, modérée-moyenne, sévère, profonde) sera associé positivement à la présence de CA et de CSP.

Étant donné que les comportements peuvent varier selon l'âge et le genre du jeune, nous avons contrôlé ces deux variables dans les analyses effectuées.

Méthode

La présente section vise à décrire la méthodologie effectuée dans cette étude. Elle se divise en quatre parties, c'est-à-dire le portrait des participants, la procédure (incluant la collecte de données), les variables étudiées et les instruments de mesure utilisés pour bien répondre aux objectifs de recherche ainsi que pour effectuer les analyses statistiques.

Participants

Au total, 290 parents ou donneurs de soins (91,7% de femmes) non-agresseurs d'enfants âgés entre 5 et 18 ans ($M = 10,90$, $ET = 3,341$) avec ou sans DI, et avec ou sans antécédent de maltraitance, ont été recrutés pour participer à l'étude en complétant des questionnaires concernant leurs enfants. Dans cette étude, la taille d'échantillon anticipée, déterminée en amont en fonction d'analyses de puissance, était de 280 jeunes (soit 70 enfants par groupe pour un total de 4 groupes). Considérant que certaines variables dépendantes ont une taille d'effet moyenne ($d = .50$; Sequeira et Hollins, 2003), cette taille d'échantillon estimée permet d'obtenir une puissance statistique satisfaisante ($\geq .90$) pour détecter des effets (Cohen, 1992). Afin de constituer quatre groupes de taille approximativement équivalente, le recrutement a été interrompu dès que l'effectif a atteint 70 participants pour les quatre groupes (voir Tableau 4).

Tableau 4
Nombre d'individus pour chaque profil d'enfants

Profil	Caractéristiques	<i>n</i>
Groupe 1	Absence de maltraitance dans l'enfance et DI	76
Groupe 2	Absence de maltraitance dans l'enfance	70

	Présence de DI	
Groupe 3	Présence de maltraitance dans l'enfance	71
	Absence de DI	
Groupe 4	Présence de maltraitance dans l'enfance et DI	73

Note. $N_{total} = 290$.

Tous les participants sont Québécois et leurs caractéristiques socio-démographiques sont présentées dans le Tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5

Caractéristiques socio-démographiques des parents répondants et des enfants

Variable	N = 290		
	<i>n</i>	%	<i>M(ET)</i>
Revenu annuel de la famille où vit l'enfant			
19 999 \$ ou moins	33	11,4	
20 000 \$ à 39 999 \$	44	15,2	
40 000 \$ à 59 999 \$	39	13,5	
60 000 \$ à 79 999 \$	33	11,4	
80 000 \$ à 99 999 \$	37	12,8	
100 000 \$ à 119 999 \$	33	11,4	
120 000 \$ à 139 999 \$	19	6,6	
140 000 \$ ou plus	51	17,6	
Composition de la famille			
Famille intacte	139	47,9	
Famille monoparentale	82	28,3	
Famille reconstituée	39	13,4	
Famille d'accueil et autre	30	10,3	

Sexe des enfants		
Fille	123	42,4
Garçon	167	57,6
Âge des enfants		10,90 (3,341)
Âgés entre 5 et 12 ans	194	66,9
Âgés entre 13 et 18 ans	96	33,1

Note. Revenu annuel de la famille où vit l'enfant, N = 289.

Procédure

La présente recherche consiste en un devis observationnel de type corrélationnel et rétrospectif. Les données utilisées proviennent de l'étude transversale *Objectif protection*, dont les objectifs sont, entre autres, de distinguer les facteurs parentaux, sociaux et les conséquences émotionnelles et comportementales associées à la situation des enfants maltraités présentant une DI tout en vérifiant si certaines caractéristiques de la maltraitance, la dose ou le type de services reçus modifient la relation entre la maltraitance et les conséquences. Ultimement, l'étude vise à mieux assurer la protection des enfants ayant une DI en comprenant mieux leurs profils.

La collecte de données de cette étude s'est échelonnée sur une période de deux ans (2021-2023). Les assistants de recherche contactaient les parents (non-agresseurs), donneurs de soins ou tuteurs légaux par téléphone afin de les solliciter à participer à l'étude. Pour y arriver, une entente de partenariat de recherche a été établie avec des Centres de Protection de la Jeunesse (CPJ), des services en déficience intellectuelle et des commissions scolaires de 4 régions du Québec (Estrie, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec

et Montréal), facilitant le recrutement des participants. Toutefois, les parents devaient répondre à certains critères pour participer à l'étude. Plus précisément, les critères d'exclusion comprennent : 1) une compréhension insuffisante du français chez le répondant puisque les questionnaires administrés sont en français; 2) la présence d'un unique diagnostic du trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez l'enfant (accepté seulement s'il y a la présence d'un trouble du spectre de l'autisme et d'une DI); 3) le non-respect du nombre minimal de contacts requis avec l'enfant par le parent participant, c'est-à-dire au moins deux heures (supervisées ou non) aux deux semaines depuis trois mois.

Après avoir présenté la recherche de façon détaillée, récolté le consentement par écrit et rempli la fiche contact du participant, l'assistant de recherche planifiait une rencontre avec le parent et un courriel lui était envoyé contenant les fiches réponses, soit les échelles de type Likert des différents questionnaires qui lui seront administrés lors de l'entrevue. Par la suite, le parent participant était rencontré selon la modalité de son choix, c'est-à-dire à son domicile, par téléphone ou en virtuel (via Zoom ou Teams), par l'assistant de recherche formé pour répondre aux questionnaires validés du protocole de recherche. Le protocole était proposé sur tablette électronique aux répondants et le temps estimé pour le remplir était d'au plus 120 minutes. Afin de les remercier pour leur participation à cette recherche, chaque répondant recevait une compensation financière de 100\$. Enfin, un bottin de ressources d'aide spécifique à la région où habite le parent participant leur était envoyé par courriel après l'entrevue, concluant par le fait même leur participation à la recherche.

Cette procédure a reçu l'approbation éthique du Comité éthique de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). En ce sens, les règles d'éthique en ce qui a trait à la confidentialité, le consentement libre et éclairé, le refus de participer, le retrait de l'étude et l'obligation de signaler les situations de maltraitance envers un enfant ont été respectées. Un consentement écrit éclairé et adapté selon le niveau de littératie a également été demandé aux participants, c'est-à-dire aux parents (non-agresseurs, donneurs de soins ou tuteurs légaux) ainsi qu'aux enfants âgés de plus de 14 ans avant leur participation à l'étude.

Variables et mesures

Données socio-démographiques

Les données socio-démographiques telles le revenu annuel, l'âge, le genre et la composition de la famille ont été obtenues par l'entremise d'un questionnaire proposé aux parents répondants.

Maltraitance envers les enfants

L'*Adverse Childhood Experience* (ACE) est un outil à 14 items permettant d'évaluer les expériences négatives dans l'enfance (Finkelhor et al., 2015). Une version adaptée en français du questionnaire a été administrée afin de documenter la maltraitance infantile au sein du ménage (voir Appendice C). Le parent participant répond aux questions de manière dichotomique (oui (1) : le jeune l'a vécu à un moment ou à un autre

de sa vie; ou non (0) : le jeune ne l'a jamais vécu). Plus précisément, seuls les items traitant spécifiquement de la maltraitance ont été utilisés dans le traitement des données du présent essai, soient la violence psychologique et physique, l'AS, la négligence émotionnelle et matérielle ainsi que l'exposition à la violence conjugale (subie par la mère ou la belle-mère du jeune²). En ce sens, les items abordant d'autres formes d'expériences négatives dans l'enfance n'ont pas été retenus (p. ex., perte des parents à la suite d'un divorce, d'un décès ou d'un abandon, emprisonnement des parents, maladie mentale des parents, toxicomanie des parents). Les enfants ont été classifiés comme ayant subi de la maltraitance si une réponse positive était observée à l'un de ces items. L'ACE possède de bonnes propriétés psychométriques (Finkelhor et al., 2005) et une validité de construction très élevée (Kazeem, 2015; Wingenfeld et al., 2011).

Déficiences intellectuelles

La présence et la sévérité de la DI des jeunes ont été évaluées à l'aide de questions formulées par l'équipe de recherche. Pour ce qui est de la présence de DI, le parent participant donne une réponse dichotomique (oui ou non) à la question suivante : *Est-ce que votre enfant a eu un diagnostic de déficience intellectuelle?*. Les enfants étaient classifiés comme ayant une DI si une réponse positive était donnée à cette question. Quant à la sévérité de la DI, le parent participant choisit la réponse appropriée selon

² Le questionnaire n'a pas évalué l'exposition de violence conjugale de la part d'un père ou d'un beau-père.

l'échelle suivante : faible (1); modérée-moyenne (2); élevée (3); profonde (4) ou en évaluation ou inconnue (5).

Comportements autodestructeurs

La version française du *Self-Destructive Behaviors Inventory* (SDBI) (Sadowsky, 1995), soit l'*Inventaire de comportements autodestructeurs* (Cinq-Mars et Wright, 1997), a été employée dans le but d'évaluer les CA chez l'enfant. Cet instrument développé à la Mayo Clinic couvre cinq dimensions du comportement autodestructeur : l'automutilation, les troubles alimentaires, le rejet de l'aide, les conduites problématiques dangereuses et l'abus de substances. À cet effet, le parent participant doit répondre aux 17 items de manière dichotomique (oui ou non). Un score total est ensuite calculé en additionnant les items, pouvant varier de 0 à 17, et plus le score est élevé, plus l'enfant présente des CA (le score maximum est de 17). La version française de ce questionnaire possède une fidélité satisfaisante (Wright et al., 2004), ce qui est aussi le cas dans la présente étude ($\alpha = 0,714$).

Comportements sexuels problématiques

La version française du *Child Sexual Behavior Inventory-III* (CSBI) (Friedrich, 1997) a été utilisée afin d'évaluer les comportements sexuels problématiques chez l'enfant. Il s'agit d'une mesure de rapport parental à 38 items qui évalue la fréquence de comportements sexuels spécifiques au cours des 6 mois précédents, à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points (0 = jamais; 1 = moins d'une fois par mois; 2 = une à trois fois

par mois; 3 = au moins une fois par semaine). Cette mesure donne des scores de trois échelles cliniques : 1) l'échelle totale du CSBI indique le niveau global de comportement sexuel de l'enfant; 2) l'échelle *Developmentally Related Sexual Behavior* (DRSB) révèle les comportements sexuels qui peuvent être considérés comme normatifs pour l'âge et le sexe de l'enfant; 3) l'échelle *Sexual Abuse Specific Items* (SASI) détermine les comportements sexuels qui peuvent être considérés comme relativement atypiques pour l'âge et le sexe de l'enfant (Friedrich et al., 1992). Dans le cadre de cet essai, les scores utilisés sont ceux de l'échelle totale du CSBI (niveau global de comportement sexuel de l'enfant; le score maximum est de 114). Enfin, cet instrument validé possède de bonnes qualités psychométriques, tout comme dans cette étude ($\alpha = 0,818$), et correspond à l'un des instruments les plus utilisés pour évaluer les comportements sexuels (Silovsky et al., 2007; Wu, 2017).

Stratégies d'analyses

À l'aide du logiciel SPSS (version 29.0), des analyses descriptives ont été réalisées afin de décrire le présent échantillon. En ce qui concerne l'objectif principal de l'étude, des analyses de la variance (ANCOVA) univariées ont été utilisées pour comparer les quatre groupes de participants en termes de CA et de CSP. Pour ce qui est des objectifs secondaires, des analyses corrélationnelles ont été exécutées afin d'examiner de façon exploratoire les associations entre les différentes formes de maltraitance à l'enfance, les CA et les CSP, de même pour les différents degrés de sévérité de DI et le genre.

Résultats

La section qui suit vise à présenter les résultats des analyses descriptives et ceux des analyses effectuées afin d'atteindre les objectifs de recherche de cet essai.

Analyses descriptives

Le Tableau 6 illustre les données descriptives pour les variables étudiées, soient la DI, la maltraitance dans l'enfance, les CA et les CSP). Pour rappel, le recrutement des participants a été réalisé afin de constituer 4 groupes relativement égaux.

Tableau 6
Fréquences et pourcentages des variables étudiées au sein de l'échantillon

Variable	N = 290		
	<i>n</i>	%	<i>M(ET)</i>
Présence d'un diagnostic de DI	143	49,3	
Légère	36	25,2	
Modérée-moyenne	51	35,7	
Sévère	14	9,8	
Profonde	23	16,1	
En évaluation ou inconnue	19	13,3	
Victimes de maltraitance ^a	144	49,7	
Violence psychologique	93	32,1	
Violence physique	46	15,9	
Agression sexuelle	15	5,2	

Négligence émotionnelle	53	18,3
Négligence matérielle	33	11,4
Exposition à la violence conjugale ^b	36	12,4
Comportements autodestructeurs		3,03 (2,58)
Comportements sexuels problématiques		6,47 (7,53)

Note. ^a Il est possible que le pourcentage de maltraitance dépasse 100% considérant que les formes de maltraitance ne sont pas exclusives (c.-à-d. on peut retrouver le même participant dans plus d'une catégorie). ^b Ici l'exposition à la violence conjugale fait référence seulement à la violence subie par la mère ou la belle-mère du jeune.

Analyses de la covariance

Deux analyses de la covariance (ANCOVA) ont été effectuées pour comparer les quatre groupes de participants en termes de 1) CA et de 2) CSP. Les tailles d'effet sont représentées par l'indice d'éta-carré (petite : η^2 est autour de 0,01; moyenne : η^2 est autour de 0,06; grande: η^2 autour de 0,14 et plus; Cohen, 1988).

Concernant les CA, le test des effets intersujets est significatif ($p < 0,001$) avec un effet de taille moyenne ($\eta^2 = 0,051$). Les résultats révèlent un effet principal significatif de la variable groupe $F(3, 290) = 5,059$, $p = 0,002$ et le modèle explique 6,8% (R^2 ajusté = 0,068) de la variance. Le Tableau 7 illustre les résultats obtenus des analyses post-hoc de Bonferroni. Les résultats révèlent que la fréquence moyenne de CA est plus élevée dans le groupe d'enfants victimes de maltraitance et ayant une DI (groupe 4) que celles des enfants sans aucune des deux caractéristiques (groupe 1; $p = 0,004$). De même, la fréquence est plus élevée dans le groupe des enfants sans DI, mais ayant subi de la

maltraitance (groupe 3) en comparaison des enfants sans aucune des caractéristiques (groupe 1; $p = 0,014$). La variable de contrôle de l'âge est significative, $F(1, 290) = 4,070$, $p = 0,045$, mais pas celle du genre, $F(1, 290) = 3,306$, $p = 0,070$. Cela suggère que plus l'âge du jeune augmente et plus la fréquence des CA augmente.

Du côté des CSP, le test des effets intersujets est significatif ($p < 0,001$) avec un effet de taille moyenne ($\eta^2 = 0,067$). Les résultats révèlent un effet principal significatif de la variable groupe $F(3, 290) = 6,837$, $p < 0,001$ et le modèle explique 6,1% (R^2 ajusté = 0,061) de la variance. Les analyses post-hoc de Bonferroni (voir Tableau 7) révèlent que les enfants victimes de maltraitance avec DI (groupe 4) ont rapporté des scores de CSP plus élevés en comparaison des enfants non-maltraités et sans DI (groupe 1; $p < 0,001$) ainsi que des enfants non-maltraités, mais présentant une DI (groupe 2; $p = 0,007$). Les variables de contrôle ne sont pas significatives, soit l'âge, $F(1, 290) = 0,021$, $p = 0,885$ et le genre, $F(1, 290) = 1,846$, $p = 0,175$.

Tableau 7

Comparaisons des moyennes des CA et des CSP

	Gr 1		Gr 2		Gr 3		Gr 4	
Mesure	Absence de maltraitance et DI		DI, sans maltraitance		Maltraitance, sans DI		Présence de maltraitance et DI	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
CA	2,206 ^{3,4}	0,287	2,820	0,299	3,469 ¹	0,296	3,652 ¹	0,296
CSP	4,237 ⁴	0,841	5,450 ⁴	0,874	6,728	0,867	9,518 ^{1,2}	0,868

Note. Les moyennes suivies d'un nombre en exposant indiquent une différence significative entre le groupe correspondant à la moyenne et le groupe désigné par le nombre en exposant ($p < 0,05$).

Analyses de corrélation

Des analyses de corrélation de Pearson ont été réalisées afin d'observer les associations entre les CA et les CSP et les différentes formes de maltraitance, de même que pour les degrés de sévérité de la DI. La valeur du coefficient de corrélation (r) peut varier entre -1 et 1 et la force de la relation varie selon les balises suivantes : très faible (0 à 0,2), faible (0,2 à 0,4), modérée (0,4 à 0,6), forte (0,6 à 0,8) et très forte (0,8 à 1) (Degraeve, 2022).

Pour le sous-échantillon d'enfants ayant subi de la maltraitance dans leur enfance (avec ou sans DI), les résultats obtenus indiquent des associations significatives positives de faible amplitude entre les CA et les formes de maltraitance sauf pour l'AS et l'exposition à la violence conjugale. Du côté des CSP, les résultats suggèrent des associations significatives positives, mais de faible amplitude, avec les formes de maltraitance sauf pour la violence physique et la négligence émotionnelle (voir Tableau 8). Dès lors, cela peut évoquer que les enfants victimes de ces formes de maltraitance sont plus à risque de manifester des CA et des CSP.

Pour le sous-échantillon d'enfants ayant une DI confirmée (avec ou sans antécédent de maltraitance), les résultats ont révélé qu'il n'y a aucune association significative entre les degrés de sévérité de DI et les CA. Concernant les CSP, une association significative négative de faible amplitude a été trouvée avec les degrés DI. Cela peut suggérer que plus la sévérité de la DI augmente, moins le jeune manifestera de CSP (voir Tableau 8).

Tableau 8

Corrélations entre les formes de maltraitance, les degrés de DI et les CA et les CSP

	CA		CSP		N
Formes de maltraitance (non = 0/oui = 1)	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	290
Violence psychologique	0,253	< 0,001	0,259	< 0,001	
Violence physique	0,149	0,011	0,120	0,410	
Agression sexuelle	0,022	0,713	0,251	< 0,001	
Négligence émotionnelle	0,234	< 0,001	0,114	0,052	
Négligence matérielle	0,181	0,002	0,243	< 0,001	
Exposition à la violence conjugale	0,105	0,073	0,217	< 0,001	
Degrés de sévérité de DI	0,173	0,055	-0,330	< 0,001	124

Analyses de khi-carré

Des analyses khi-carré (X^2) ont été effectuées afin d'évaluer s'il existe une relation entre le genre des enfants, la présence de maltraitance ou de DI. Les résultats obtenus

indiquent qu'il n'y a aucune association significative entre le genre des enfants, la maltraitance et la présence de DI (X^2 variant entre 0,005 et 3,212; $df = 1$; p variant entre 0,073 et 0,943).

Discussion

Cette section récapitule les objectifs de recherche et les principaux résultats des analyses effectuées en fonction des hypothèses formulées. Ensuite, ces résultats sont comparés à ceux d'études antérieures pour proposer des explications et des interprétations. Enfin, les forces et les limites de l'étude sont discutées et des suggestions sont formulées pour des recherches futures.

Discussion en lien avec l'objectif de recherche principal

Considérant que peu d'études se sont intéressées aux CA et aux CSP, cet essai visait à examiner les relations entre ces possibles conséquences comportementales de la maltraitance dans l'enfance et de la DI en comparant quatre profils d'enfants. L'hypothèse principale proposait que la fréquence de conséquences comportementales serait plus élevée dans le groupe d'enfants victimes de maltraitance et ayant une DI (groupe 4), que dans les trois autres profils (absence de DI et de maltraitance (groupe 1); absence de maltraitance et présence de DI (groupe 2); absence de DI et présence de maltraitance (groupe 3)). En outre, il avait été prédit que la fréquence des conséquences comportementales serait la plus faible dans le groupe de participants sans DI et n'ayant pas été victimes de maltraitance dans leur enfance (groupe 1). Cette hypothèse a été partiellement validée pour les CA et pour les CSP. Effectivement, les CA et CSP étaient plus fréquents dans le groupe 4 des enfants avec DI et maltraitance en comparaison du groupe 1 sans ces caractéristiques, ce qui va dans le même sens que plusieurs études ayant remarqué une association avec les conséquences comportementales (Dion et al., 2018;

Mansell et al., 1998; Paquette et al., 2018; Ruddick et al., 2015; Soylu et al., 2013; Weiss et al., 2011 Yates et al., 2008).

Toutefois, certaines différences ne se sont pas avérées significatives entre les groupes 2 et 3 (sans maltraitance et avec DI; avec maltraitance et sans DI) en comparaison des groupes 1 et 4 (absence de maltraitance et de DI; présence de maltraitance et de DI) en termes de CA et de CSP. De ces résultats, différentes hypothèses peuvent être formulées. D'abord, il est possible que la combinaison des deux caractéristiques (maltraitance et DI) ait un effet plus marqué sur les CA et les CSP que chacun de ces facteurs seuls. Ensuite, les résultats des analyses corrélationnelles révèlent que le degré de DI est associé à moins de CSP, ce qui soulève certains questionnements, soit s'il y a seulement la présence de DI, sans maltraitance, cette dernière ne serait pas associée à plus de CSP. Concernant les CA, les antécédents de maltraitance sont associés à plus de CA. De ce fait, serait-il possible que les CSP soient plus fréquents lorsqu'il y a combinaison de DI et de maltraitance, alors que les CA seraient davantage une conséquence de la maltraitance ?

Une autre explication envisageable provient du rôle de la résilience ou des facteurs individuels (tempérament, antécédents familiaux, interventions de la DPJ, suivi psychologique, etc.) chez les enfants sans DI ayant subi de la maltraitance dans les manifestations de CA et de CSP. En d'autres mots, une piste à explorer serait d'examiner si le rôle de la résilience diffère selon la présence d'antécédents de maltraitance

comparativement à la présence de DI. Puis, selon une étude épidémiologique basée sur la population américaine (Sullivan et Knutson, 2000), il semblerait que la majorité des enfants subissent plus d'un type de maltraitance, suggérant qu'il peut être erroné de traiter les formes de maltraitance comme des entités distinctes et ainsi donner lieu à des conclusions incomplètes. D'autres auteurs (Gauthier et al., 1996; Ney et al., 1994) recommandent d'étudier la violence physique ou l'AS conjointement avec la négligence. Donc, il se peut que pour mieux comprendre les liens entre la DI, les CA et les CSP, il serait nécessaire de tenir compte de la cooccurrence des différents types de maltraitance et de la sévérité de la DI, ce qui rend le tout complexe. Notre taille d'échantillon n'étant pas assez élevée pour réaliser ce type d'analyse, de futures études devraient être effectuées avec de plus larges échantillons et d'autres types d'analyses pour tenir compte de tous ces facteurs.

Discussion en lien avec les objectifs secondaires de recherche

Sous-échantillon d'enfants ayant été victimes de maltraitance

L'hypothèse stipulant que la relation entre les conséquences comportementales et l'AS serait la plus forte comparativement à celles des autres formes de maltraitance a été infirmée. Selon les résultats obtenus, l'association significative la plus élevée est celle de la violence psychologique, et ce, à la fois pour les CA que pour les CSP. De plus, l'AS n'était pas reliée significativement à la présence de CA. Cela va à l'encontre de certaines études recensées par Cyr et ses collègues (2005) ayant démontré une association significative entre l'AS et les CA. Une explication possible réside dans le fait qu'il y a

une faible prévalence de l'AS dans l'échantillon de la présente recherche. En ce qui a trait aux CSP, nos résultats indiquent une relation positive avec l'AS, ce qui va dans le même sens que la revue systématique (Boisvert, 2016) qui révèle que les enfants qui manifestent des CSP sont davantage susceptibles d'avoir été victime d'une AS.

Sous-échantillon d'enfants ayant une DI

L'hypothèse affirmant que le degré de sévérité de la DI (légère, modérée-moyenne, sévère, profonde) sera associé positivement à la présence de CA et de CSP a été invalidée. D'une part, les résultats obtenus indiquent qu'il n'y pas d'association significative entre les degrés de DI et les CA alors que plusieurs études en ont trouvé une (Cormack et al., 2000; Davies et Oliver, 2013; Emerson et al., 2010; Emerson et al., 2005; Matson et al., 2008; Ruddick et al., 2015). Cette différence dans les résultats peut être possiblement expliquée par le fait que les manifestations de CA diffèrent selon l'environnement du jeune. Plus précisément, il est rapporté par Voelker et ses collègues (1997) qu'il arrive que l'on observe un écart entre l'évaluation de la fréquence et de la gestion du comportement du jeune par les parents et les enseignants. Cette constatation pourrait indiquer une différence réelle dans le comportement des participants dans les deux environnements, comme la maison et l'école (Voelker et al., 1997). En ce sens, les auteurs soulèvent qu'il est recommandé dans la littérature d'évaluer le comportement des enfants à partir de deux sources (p. ex., parent et enseignant; Voelker et al., 1997), ce qui représente une limite de la présente étude, mais également une piste de recherche future à prendre en compte dans la collecte de données et l'analyse des résultats. De surcroît, une

autre hypothèse pour tenter d'expliquer cet écart dans les résultats réside dans les différences méthodologiques effectuées. Par exemple, dans une étude menée par Ruddick et ses collègues (2015), les CA réfèrent seulement à l'automutilation tandis que dans la présente recherche, les CA incluent 16 comportements différents.

D'autre part, bien qu'une association significative ait été obtenue entre les degrés de DI et les CSP, les résultats suggèrent que la corrélation va dans le sens inverse de ce qui était attendu. Ces résultats vont à l'encontre de la littérature soutenant la présence d'un lien significatif positif entre la DI profonde et les CSP (Griffiths et Fedoroff, 2014; O'Connor, 1997; Thom et al., 2017). Une explication possible pour ces résultats contradictoires, c'est-à-dire l'association négative entre les degrés de DI et les CSP, peut s'expliquer, entres autres, par la divergence des méthodologies réalisées. En effet, selon des revues de la littérature (Griffiths et Fedoroff, 2014; O'Connor, 1997; Thom et al., 2017), certaines études ont été effectuées auprès d'adultes, parfois des agresseurs en prison, tandis que ladite recherche a été menée auprès d'enfants (Cox-Lindenbaum et Lindenbaum, 1994; Swanson et Garwick, 1990).

Variation selon le genre

Concernant le genre, aucune association significative avec la maltraitance et la DI n'a été rapportée par les analyses effectuées, ce qui ne va pas dans le même sens de quelques études ayant observé un lien significatif entre ces variables, ou encore que les filles, avec ou sans DI, seraient plus à risque d'être victimes de maltraitance que les

garçons (Sullivan et Knutson, 2000; Soylu et al., 2013; Wissink et al., 2018). En revanche, les résultats appuient ceux d'autres études n'ayant pas trouvé de différences significatives selon les genres pour la DI et la maltraitance (Paquette et al., 2018; Weiss et al., 2011). Des recherches s'intéressant à ce sujet en particulier pourraient être pertinentes pour mieux comprendre le rôle (ou non) du genre dans le risque de subir de la maltraitance dans son enfance selon la présence de DI.

Forces de l'étude

Plusieurs points positifs reliés à la réalisation de cette étude sont à considérer. En premier lieu, notre étude se démarque principalement par son inclusion des différentes formes de maltraitance (violence psychologique, violence physique, AS, négligence émotionnelle, négligence matérielle et exposition à la violence conjugale), plutôt que de s'intéresser qu'à une seule forme spécifique de maltraitance. Elle se distingue également par l'inclusion des différents degrés de DI (légère, modérée-moyenne, sévère et profonde) et non seulement la présence ou l'absence de diagnostic de DI. En second lieu, la taille de l'échantillon de ce projet de recherche constitue une force majeure considérant la prévalence de la population étudiée, soit des enfants présentant une DI et victimes de maltraitance. Il s'agit d'une population très précise et difficile à recruter, considérant que les enfants présentant une DI représentent 1% de la population (Tassé et Morin, 2003). En troisième lieu, cette étude se démarque par son originalité dans le choix des variables étudiées. En effet, les CA et les CSP sont peu étudiés, et ce, surtout auprès d'une population avec une DI et ayant subi de la maltraitance dans l'enfance. Une

compréhension plus approfondie de ces groupes vulnérables est essentielle pour élaborer, cibler et mettre en œuvre des interventions adaptées à cette population. Bien que l'étude actuelle représente une contribution préliminaire importante, une compréhension exhaustive reste encore à atteindre. En quatrième lieu, en plus d'avoir comparé les enfants victimes de maltraitance aux enfants n'ayant pas été maltraités, ceux-ci ont également été comparés selon la présence ou l'absence d'une DI. La plupart des études qui se sont intéressées aux liens entre ces deux variables n'ont pas tenté de comparer les différents profils. Cette perspective est importante afin de savoir si les conséquences étudiées proviennent de la maltraitance subie ou s'il s'agit d'une caractéristique liée à la DI.

Limites de l'étude

Certaines limites de cette étude doivent également être prises en compte et les résultats obtenus nécessitent une prudence dans l'interprétation. Premièrement, les entrevues dirigées par les assistants de recherche à l'aide de questionnaires auto-rapportés validés permettaient de recueillir des données sur les comportements de l'enfant, mais seulement selon la perception parentale. De ce fait, une méthodologie qui pourrait être intéressante serait axée sur une collecte d'informations provenant de plusieurs répondants (parents, grands-parents, enseignants, enfant) et donc de différentes perceptions. Deuxièmement, les questions posées en lien avec la présence possible d'un contexte de maltraitance chez l'enfant peuvent entraîner une certaine sous-déclaration chez les participants puisque la violence envers les enfants reste un sujet tabou dans la société (Haesevoets, 2011). De même, ce questionnaire n'a pas évalué l'exposition à la violence

conjugale du père ou du beau-père (seulement chez la mère ou la belle-mère), ce qui a pu mener à une sous-estimation de cette forme de violence. Troisièmement, le devis observationnel de type corrélationnel et rétrospectif de cette recherche limite les interprétations des résultats. Ainsi, aucune conclusion sur les liens de causalité entre les variables ne peut être tirée et les résultats présentés doivent être interprétés avec prudence. Il est alors suggéré de reproduire l'étude en employant un devis longitudinal dans une optique d'augmenter la confiance dans les résultats. Quatrièmement, d'un point de vue plus global, un élément à considérer est que la majorité des recherches auprès des jeunes en situation de handicap, incluant la DI, et des antécédents de maltraitance infantile ont été réalisées aux États-Unis, seulement quelques-unes au Canada, en Europe de l'Ouest et en Australie (Lightfoot et al., 2011). Ceci fait en sorte que notre population québécoise est comparée à des résultats provenant d'autres populations dans le monde selon d'autres facteurs socio-culturels différents et pouvant influencer les résultats. Finalement, une autre limite de cette étude réside dans la collecte de données concernant le diagnostic de DI rapporté par le parent. D'une part, le questionnaire administré ne respecte pas la nomenclature appropriée : le terme « faible » aurait dû être remplacé par « légère » et le terme « élevée » par « sévère » ou « grave ». D'autre part, il est possible qu'un parent ne soit pas au courant de la présence d'un diagnostic chez son enfant ou ne connaisse pas précisément le degré de sévérité de la DI. À cela s'ajoute la complexité de l'évaluation de la DI chez un jeune. Celle-ci peut être fondée sur le quotient intellectuel, sur les comportements adaptatifs de l'enfant ou encore, sur une combinaison de ces deux critères.

De plus, il peut arriver que les professionnels hésitent à statuer sur un degré précis, les amenant à suggérer un intervalle de degrés de DI (p. ex., légère à moyenne).

Conclusion

La présente étude visait à examiner les relations entre la maltraitance infantile, la DI et des conséquences comportementales (CA et CSP). Dans l'ensemble, les résultats obtenus permettent de dégager quelques constats. D'abord, les enfants ayant à la fois une DI et des antécédents de maltraitance sont les plus vulnérables, considérant qu'ils sont davantage à risque de manifester des CA et des CSP. De plus, la violence psychologique serait la forme de maltraitance la plus fortement associée aux CA et aux CSP. Ensuite, plus un jeune vieillit et plus la fréquence de CA augmente. Et enfin, plus grande est la sévérité de la DI, moins le jeune manifestera de CSP. Pour conclure, d'autres recherches sont nécessaires afin de dresser un portrait plus juste des personnes à risque de développer des CA et des CSP. Les recherches qui examineront de manière plus approfondie la présence de conséquences comportementales selon le degré de DI et la forme de maltraitance infantile permettront d'obtenir une meilleure compréhension de la variation des défis possibles et du niveau de risque pour le jeune.

Dans un autre ordre d'idées, il serait pertinent de s'intéresser aux facteurs favorisant la résilience chez cette population et de suivre les victimes de maltraitance sur plusieurs années pour examiner de quelle manière le trauma pourrait affecter les manifestations de CA et de CSP au fil du temps. D'autres pistes pour les recherches futures seraient d'inclure des types de comportements problématiques alimentaires plus

spécifiques à la DI comme le PICA lors de la collecte de données, ainsi que d'employer d'autres types d'analyses comme des régressions logistiques afin d'estimer les probabilités d'exposition aux diverses formes de maltraitance selon la fréquence des CA et des CSP. Au final, une meilleure compréhension des liens complexes entre la maltraitance, la DI et les conséquences comportementales est essentielle pour orienter les actions de prévention, de dépistage et d'intervention auprès des jeunes les plus vulnérables.

Bibliographie et références

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. et Howell, C. T. (1997). Child/adolescent behavioural and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213–232. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Akbaş, S., Turla, A., Karabekiroğlu, K., Pazvantoğlu, O., Keskin, T. et Böke, O. (2009). Characteristics of sexual abuse in a sample of Turkish children with and without mental retardation, referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sexuality and disability*, 27, 205-213. <https://doi.org/10.1007/S11195-009-9139-7>
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (2025). *Defining Criteria for Intellectual Disability*. AAIDD. <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J. -D. Guelfi et al.; 4^e éd. Rév.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2013)
- Ammerman, R. T., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Lubetsky, M. J. et Sieck, W. R. (1994). Maltreatment in psychiatrically hospitalized children and adolescents with developmental disabilities: Prevalence and correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 567-576. <https://doi.org/10.1097/00004583-199405000-00015>
- Al Odhayani, A., Watson, W. J. et Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian family physician*, 59(8), 831-836. <https://www.cfp.ca/content/cfp/59/8/831.full.pdf>
- Araji, S. K. (1997). Identifying, labeling, and explaining children's sexually aggressive behaviors. Dans S. K. Araji (dir.), *Sexually aggressive children: Coming to understand them* (p. 1-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Baker, A. J., Gries, L., Schneiderman, M., Parker, R., Archer, M. et Friedrich, B. (2008). Children with problematic sexualized behaviors in the child welfare system. *Child Welfare*, 87(1), 5-28. <https://www.jstor.org/stable/10.2307/48623095>
- Baker, A. J., Schneiderman, M. et Parker, R. (2002). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system: Estimates of

- problem, impact on services, and need for training. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(4), 67-80. https://doi.org/10.1300/J070v10n04_05
- Boisvert, I. (2016). *Approfondissement du lien entre l'agression sexuelle et les comportements sexuels problématiques chez les enfants de 12 ans et moins* [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. <http://hdl.handle.net/11143/10127>
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N. et Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants: une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 173-207. <https://doi.org/10.7202/1039163ar>
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.17>
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G. et Madden, C. (2008). Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13, 199-218. <https://doi.org/10.1177/1077559507306718>
- Chu, A. T., Pineda, A. S., DePrince, A. P. et Freyd, J. J. (2011). Vulnerability and protective factors for child abuse and maltreatment. Dans J. W. White, M. P. Koss, et A. E. Kazdin (dir.), *Violence against women and children, Vol. 1. Mapping the terrain* (pp. 55-75). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12307-003>
- Cinq-Mars, C. et Wright, J. (1997). Traduction française de l'inventaire de comportements autodestructeurs (self-destructive behaviors inventory), [document inédit, Université de Montréal].
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Connell, C. M., Bergeron, N., Katz, K. H., Saunders, L. et Tebes, J. K. (2007). Re-referral to child protective services: The influence of child, family, and case characteristics on risk status. *Child Abuse & Neglect*, 31, 573-588. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.004>
- Cormack, K. F. M., Brown, A. C. et Hastings, R. P. (2000). Behavioural and emotional difficulties in students attending schools for children and adolescents with severe intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 124-129. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2000.00251.x>

- Cox-Lindenbaum, D. et Lindenbaum, L. (1994) A modality for treating aggressive behaviours and sexual disorders in people with mental retardation. Dans N. Bouras (dir.), *Mental Health and Mental Retardation: Recent Advances and Practices* (p. 244-54). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cyr, M., McDuff, P., Wright, J., Theriault, C. et Cinq-Mars, C. (2005). Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(2), 49-68. https://doi.org/10.1300/J070v14n02_03
- Davies, L. et Oliver, C. (2013). Age related prevalence of aggression and self-injury in persons with an intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 764-775. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.10.004>
- De Bellis, M. D., Watts-English, T., Fortson, B. L., Gibler, N. et Hooper, S. R. (2006). The psychobiology of maltreatment in childhood. *Journal of Social Issues*, 62, 717-736. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00484.x>
- Degraeve, B. (2022). Analyser la force d'association entre deux variables. Dans B. Degraeve (dir.), *Statistiques en psychologie et neuropsychologie* (p. 309-347). Dunod.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J. et Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), 1331-1344. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2166>
- Dion, J., Paquette, G., Tremblay, K. N., Collin-Vézina, D. et Chabot, M. (2018). Child maltreatment among children with intellectual disability in the Canadian Incidence Study. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 123(2), 176-188. <https://doi.org/10.1352/1994-7558-123.2.176>
- Dufour, C., Tougas, A. M., Tourigny, M., Paquette, G. et Hélie, S. (2017). Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services québécois de protection de l'enfance. *Canadian Social Work Review*, 34(1), 23-45. <https://id.erudit.org/iderudit/1040993ar>
- Durand, C. (2006). *La perception du phénomène de l'enfant agresseur sexuel chez les intervenants et intervenantes en protection au Centre jeunesse de Québec* [mémoire de maîtrise, Université Laval].
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A. et Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(2), 137-143. <https://doi.org/10.1080/13668250.2011.572548>

- Einfeld, S. L. et Tonge, B. J. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 99–109. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.1996.768768.x>
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J. et Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29, 586–598. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.006>
- Emerson, E., Einfeld, S. et Stancliffe, R. J. (2010). The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 579–587. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0100-y>
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. et Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviours: a total population study. *Research in developmental disabilities*, 22(1), 77-93. [https://doi.org/10.1016/s0891-4222\(00\)00061-5](https://doi.org/10.1016/s0891-4222(00)00061-5)
- Emerson, E., Robertson, J. et Wood, J. (2005). Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 16–24. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00658.x>
- Falligant, J. M. et Pence, S. T. (2020). Interventions for inappropriate sexual behavior in individuals with intellectual and developmental disabilities: A brief review. *Journal of applied behavior analysis*, 53(3), 1316-1320. <https://doi.org/10.1002/jaba.716>
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R. K. et Turner, H. A. (2005). The JVQ: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 383–412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.001>
- Finkelhor, D., Turner, H., Shattuck, A. et Hamby, S. (2015). Estimates of childhood, youth exposure to violence, crime and abuse. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746–754. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. et Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 4, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>
- Foreman, J., Arason, N., Oakey, M., Bains, S., Karbakhsh, M., Quiambao, K., Copley, T. T., Thorne, N., Chatrath, J., Sadler, J., Mckee, G. et Pike, I. (2024). 329 Identifying priority areas for public health action to reduce youth suicide and self-harm in British Columbia, Canada. *Injury Prevention*. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2024-SAFETY.168>

- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems. Family-based attachment-focused therapy*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. et Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88, 456–464. <https://doi.org/10.1542/peds.88.3.456>
- Friedrich, W. N., Grambasch, P., Damon, P., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R., Wolfe, V. et Broughton, D. (1992). Child sexual behavior inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4, 303-311. <https://doi.org/10.1037/t00814-000>
- Gagnon, M. M. et Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome I* (p. 333-362). Montréal, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, L., Stollak, G., Mess, E. et Aronoff, J. (1996). Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse & Neglect*, 20, 549–559. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00043-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00043-9)
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. et Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61706-7)
- Goldberg, S. (1995). Attachment, parental behaviour and early development in infants with medical problems. Dans K. Covell (Ed.) *Readings in child and adolescent development: A Canadian Perspective*. Toronto: Nelson Canada.
- Greco, C. (2015). Maltraitance faite aux enfants: entre méconnaissance du problème et déni. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(1), 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2015.01.001>
- Griffiths, D. M., et Fedoroff, P. (2014). Persons with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors. *Psychiatric Clinics*, 37(2), 195-206. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.005>
- Groce, N. E. (2005). *Violence against disabled children: UN Secretary Generals report on violence against children thematic group on violence against disabled children:*

findings and recommendations. UNICEF: New York, US.
<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/15686>

- Habetha, S., Bleich, S., Weidenhammer, J. et Fegert, J. M. (2012). A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 6, 35. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-35>
- Haesevoets, Y. H. (2011). Considérations socio-anthropologiques et transculturelles sur les maltraitements. Dans R. Coutanceau et J. Smith (dir.), *Violence et famille – Comprendre pour prévenir* (pp. 2-19). Dunod.
- Haute autorité de santé (2022). *Guide de l'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (volet 1)*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/08_tdi_guide.pdf
- Haven, T. (2009). “That part of the body is just gone”: Understanding and responding to dissociation and physical health. *Journal of Trauma and Dissociation*, 10, 204–218. <https://doi.org/10.1080/15299730802624569>
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S. et Nixon, M. K. (2008). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. *Self-injury in youth*, 9-27. <https://doi.org/10.4324/9780203892671>
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N. et Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008). Rapport final*. Montréal, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/Rapport_EIQ-2008_FINAL_23_nov.pdf
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014)*. Ministère de la Santé et des services sociaux. https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/eiq-2014_rapport_final.pdf
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Trocmé, N., Esposito, T., Morin, S. et Cardin, J.-F. (2024). *Étude d'incidence Québécoise sur les enfants évalués en protection de la jeunesse entre 1998 et 2019 (ÉIQ-2019) : Faits saillants*. Montréal, Institut universitaire Jeunes en difficulté. <https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/Faits%20saillants%20EIQ-2019.pdf>
- Higgins, D. J. et McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547–578. [https://doi.org/10.1016/s1359-1789\(00\)00030-6](https://doi.org/10.1016/s1359-1789(00)00030-6)

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Lisa, J. et Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Inserm. (2016). *Déficiences intellectuelles*. Collection expertise collective. Montrouge: EDP Sciences. https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2016-deficiencesintellectuelles-synthese.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *L'exposition des enfants à la violence conjugale au Québec en 2018*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/lexposition-des-enfants-a-la-violence-conjugale-au-quebec-en-2018.pdf>
- Jacobson, C. M. et Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147. <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T. et Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
- Johnson, T.C. et Aoki, W.T. (1993). Sexual behaviors of latency age children in residential treatment. Dans T.C. Johnson et W.T. Aoki (dir.), *Residential Treatment for Children & Youth* (vol. 11, p. 1-22). Routledge. https://doi.org/10.1300/J007v11n01_01
- Kazeem, O. T. (2015). A validation of the adverse childhood experiences scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(11), 18-23. <https://core.ac.uk/download/pdf/234674573.pdf>
- Labelle, R., Pouliot, L. et Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne*, 56(4), 368-378. <https://doi.org/10.1037/a0039159>
- Lepage, J. (2008). *Caractéristiques des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ayant des comportements sexuels inappropriés* [mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke]. <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/610>

- Lewis, S. M., Ruff Dirksen, S., Heitkemper, M. M. et Bucher, L. (2011). *Soins infirmiers – Médecine Chirurgie* (2^e éd.). Chenelière Éducation.
- Li, Q., Wang, F. et Ye, J. (2021). Impact of psychological abuse on children and social skill development. *Aggression and Violent Behavior*, 101667. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101667>
- Lippard, E. T. et Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American journal of psychiatry*, 177(1), 20-36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L. et Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological medicine*, 37(8), 1183-1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lüdtke, J., In-Albon, T., Michel, C. et Schmid, M. (2016). Predictors for DSM-5 nonsuicidal self-injury in female adolescent inpatients: the role of childhood maltreatment, alexithymia, and dissociation. *Psychiatry research*, 239, 346-352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.026>
- Mansell, S., Sobsey, D. et Moskal, R. (1998). Clinical findings among sexually abused children with and without developmental disabilities. *Mental Retardation*, 36(1), 12-22. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1998\)036<0012:CFASAC>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1998)036<0012:CFASAC>2.0.CO;2)
- Matson, J. L., Cooper, C., Malone, C. J. et Moskow, S. L. (2008). The relationship of self-injurious behavior and other maladaptive behaviors among individuals with severe and profound intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29(2), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2007.02.001>
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, 17(2), 157-170. <https://doi.org/10.1023/A:1021476418440>
- Mesman, G. R., Harper, S. L., Edge, N. A., Brandt, T. W. et Pemberton, J. L. (2019). Problematic sexual behavior in children. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(3), 323-331. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.11.002>
- Moeschberger, Scott L. et Miller-Graff, L. (2022). *Psychological Perspectives on Understanding and Addressing Violence Against Children: Towards Building Cultures of Peace*. Oxford University Press.

- Molteno, G., Molteno, C. D., Finchilescu, G. et Dawes, A. R. L. (2001). Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 515–520. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00368.x>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. et Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- National Center on Sexual Behavior of Adolescents (NCSBY). (2003). *Publications*. <https://www.ncsby.org/>
- Ney, P. G., Fung, T. et Wickett, A. R. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 18(9), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)00037-9](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)00037-9)
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'Connor, W. (1997). Towards an environmental perspective on intervention for problem sexual behaviour in people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10(2), 159-175. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.1997.tb00015.x>
- Office des professions du Québec. (2018). *Code des professions*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2016, 30 septembre). *La maltraitance des enfants*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). Classification internationale des maladies (11^e éd.). Genève, Suisse.
- Paquette, G., Tourigny, M., Baril, K., Joly, J. et Séguin, M. (2017). Mauvais traitements subis dans l'enfance et problèmes de santé mentale à l'âge adulte : Une étude nationale conduite auprès des Québécois. *Santé Mentale Au Québec*, 42(1), 43-63. <http://dx.doi.org/10.7202/1040243ar>
- Paquette, G., Bouchard, J., Dion, J., Tremblay, K. N., Tourigny, M., Tougas, A. M. et Hélie, S. (2018). Factors associated with intellectual disabilities in maltreated children according to caseworkers in child protective services. *Child and Youth Services Review*, 90, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.05.004>

- Parmenter, T. R., Einfeld, S. L., Tonge, B. J. et Dempster, J. A. (1998). Behavioural and emotional problems in the classroom of children and adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 23, 71–77. <https://doi.org/10.1080/13668259800033591>
- Popov, I. V. (2002). A concept of self-destructive behavior in adolescents. *International Journal of Mental Health*, 31(2), 10–17. <https://doi-org.sbioproxy.uqac.ca/10.1080/00207411.2002.11449550>
- Rodriguez-Srednicki, O. (2002). Childhood sexual abuse, dissociation, and adult self-destructive behavior. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(3), 75-89. https://doi.org/10.1300/j070v10n03_05
- Ruddick, L., Davies, L., Bacarese-Hamilton, M. et Oliver, C. (2015). Self-injurious, aggressive and destructive behaviour in children with severe intellectual disability: Prevalence, service need and service receipt in the UK. *Research in developmental disabilities*, 45, 307-315. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.07.019>
- Sadowski, C. M. (1995). Self-destructive behaviors questionnaire. Dans *Unpublished test* disponible auprès de l'auteur au Department of Psychiatry and Psychology, Rochester, MN: Mayo Clinic.
- Sandberg, K. (2015). The Convention on the Rights of the Child and the Vulnerability of Children. *Nordic Journal of International Law*, 84(2), 221-247. <https://doi.org/10.1163/15718107-08402004>
- Scelles, R. (2022). Lever le tabou. *L'école des parents*, 60(1), 44-45. <https://doi.org/10.3917/epar.642.0044>
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M. et Reeve, A. (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [AAIDD]. [https://www.aaidd.org/docs/default-source/default-document-library/definition-diagnosis-classification-and-systems-of-supports-\(12e\).pdf?sfvrsn=4ea93b21_0](https://www.aaidd.org/docs/default-source/default-document-library/definition-diagnosis-classification-and-systems-of-supports-(12e).pdf?sfvrsn=4ea93b21_0)
- Sequeira, H. et Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 13-19.
- Shevade, D., Norris, E. et Swann, R. (2011). An exploration of therapists' reactions to working with children displaying sexually problematic behaviour: A thematic analytic study. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(1), 52-74. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2010.550026>

- Silovsky, J. F. et Bonner, B. L. (2003). Children with sexual behavior problems. Dans T. H. Ollendick et C. S. Schroeder (dir.), *Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology* (p. 589-591). New York (NY), Kluwer Press.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. et Hecht, D. B. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 378-391. <https://doi.org/10.1080/15374410701444330>
- Slayter, E. et Springer, C. (2011). Child welfare-involved youth with intellectual disabilities: Pathways into and placements in foster care. *Intellectual and developmental disabilities*, 49(1), 1-13. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.1.1>
- Sobsey, R. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?*. Paul H Brookes Publishing.
- Sobsey, D., Randall, W. et Parrila, R. K. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 21(8), 707-720. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00033-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00033-1)
- Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S. et Oruç, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 34(12), 4334-4342. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.010>
- St-Amand A, Villeneuve M-P, Vaillancourt A. (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants : pistes d'intervention pour une pratique en émergence. *Service social*, 63(1), 55-72. <https://doi.org/10.7202/1040031ar>
- Sterzing, P. R., Gartner, R. E., Goldbach, J. T., McGeough, B. L., Ratliff, G. A. et Johnson, K. C. (2019). Polyvictimization prevalence rates for sexual and gender minority adolescents: Breaking down the silos of victimization research. *Psychology of violence*, 9(4), 419. <https://doi.org/10.1037/vio0000123>
- Sullivan, P. M. et Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child abuse & neglect*, 24(10), 1257-1273. [https://doi.org/10.1016/S01452134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S01452134(00)00190-3)
- Swanson, C. K. et Garwick, G. B. (1990) Treatment for low functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. *Mental Retardation* 28,155-61. https://www.researchgate.net/publication/20788748_Treatment_for_low-functioning_sex_offenders_Group_therapy_and_interagency_coordination

- Szanto, L., Lyons, J. S. et Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(3), 231-249. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2012.702519>
- Tarantola, D. (2018). Child maltreatment: Daunting and universally prevalent. *American journal of public health*, 108(9), 1119-1120. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304637>
- Tate, B. G. et Baroff, G. S. (1966). Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 281-287. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90024-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90024-6)
- Thom, R. P., Grudzinskas, A. J. et Saleh, F. M. (2017). Sexual behavior among persons with cognitive impairments. *Current psychiatry reports*, 19, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0777-7>
- Tougas, A. M., Tourigny, M., Boisvert, I., Lemieux, A., Tremblay, C. et Gagnon, M. M. (2016). Le rôle prédictif des mauvais traitements au regard de l'évolution des enfants participant à un programme d'intervention ciblant les comportements sexuels problématiques. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 149-172. <https://doi.org/10.7202/1039162ar>
- Voelker, S., Shore, D., Hakim-Larson, J. et Bruner, D. (1997). Discrepancies in parent and teacher ratings of adaptive behaviour of children with multiple disabilities. *Mental Retardation*, 35, 10-17. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1997\)035<0010:DIPATR>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1997)035<0010:DIPATR>2.0.CO;2)
- Weiss, J. A., MacMullin, J., Waechter, R., Wekerle, C. et The MAP Research Team. (2011). Child maltreatment, adolescent attachment style, and dating violence: Considerations in youths with borderline-to-mild intellectual disability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 555-576. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9321-x>
- Widom, C. P. (2014). Long-term consequences of child maltreatment. Dans J. E. Korbin et R. D. Krugman (dir.), *Handbook of Child Maltreatment* (1^{ère} éd., vol. 2, p. 225-247). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3_12
- Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H. et Spitzer, C. (2010). The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: first psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(1), e10-4. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263161>

- Wissink, I. B., van Vugt, E. S., Smits, I. A. M., Moonen, X. M. H. et Stams, G.-J. J. M. (2018). Reports of sexual abuse of children in state care: A comparison between children with and without intellectual disability. *Journal Of Intellectual & Developmental Disability*, 43(2), 152-163. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1269881>
- Wright, J., Friedrich, W., Cinq-Mars, C., Cyr, M. et McDuff, P. (2004). Self-destructive and delinquent behaviors of adolescent female victims of child sexual abuse: Rates and covariates in clinical and nonclinical samples. *Violence and Victims*, 19(6), 627-643. <https://doi.org/10.1891/vivi.19.6.627.66343>
- Wu, J. (2017). *Child Sexual Behavior Inventory*. The National Child Traumatic Stress Network. <https://www.nctsn.org/measures/child-sexual-behavior-inventory>
- Yates, T. M., Carlson, E. A. et Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and psychopathology*, 20(2), 651-671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>

Appendice A
Certification éthique

Cet essai doctoral a fait l'objet d'une certification éthique. Le numéro du certificat est 2022-920.

Appendice B

Questionnaire socio-démographique

Renseignements généraux

Commençons par certaines questions qui visent à mieux connaître votre enfant et votre situation familiale.

1. Dans quelle région administrative du Québec habitez-vous ?
 1. Bas Saint-Laurent
 2. Saguenay-Lac-Saint-Jean
 3. Capitale Nationale (Charlevoix, Ile d'Orléans, Portneuf)
 4. Mauricie
 5. Estrie
 6. Montréal
 7. Outaouais
 8. Abitibi-Témiscamingue
 9. Côte-Nord
 10. Nord du Québec (Jamésie, Eeyou istchee, Kativik)
 11. Gaspésie - Îles de la Madeleine
 12. Chaudière-Appalaches
 13. Laval
 14. Lanaudière
 15. Laurentides
 16. Montérégie
 17. Centre-du-Québec

Informations sur l'enfant

2. Quelle est la date de naissance de l'enfant ?
3. Est-ce que votre enfant a eu un diagnostic de déficience intellectuelle?
 1. Oui
 0. Non
- 3a Si oui, la sévérité est :
 1. Faible
 2. Modérée/moyenne
 3. Élevée
 4. Profonde
 5. En évaluation ou inconnue

Si oui à la question 3, répondez au questionnaire “ Acceptation du diagnostic ”.

4. Quel est le sexe de l'enfant ?
 1. Fille
 2. Garçon

Informations sur le répondant-adulte

5. Quel est le lien du répondant-adulte avec l'enfant :

1. Mère
2. Père
3. Conjoint/e du père
4. Conjoint/e de la mère
5. Sœur
6. Frère
7. Grand-mère
8. Grand-père
9. Tante
10. Oncle
11. Mère d'accueil
12. Père d'accueil
13. Tuteur légal
14. Professionnel/le (précisez)

5a. Quel est le sexe du répondant ?

1. Femme
2. Homme
3. Autre (précisez) : _____

Informations sur la famille

6. Quelle est la composition de la famille (endroit où vit principalement l'enfant) ?

10. Famille intacte (mère + père + enfant)

Famille monoparentale

21. Mère + enfant
22. Père + enfant

Famille reconstituée

31. Mère + enfant + autre conjoint/e que le père
32. Père + enfant + autre conjoint/e que la mère
40. Famille d'accueil
50. Autre (précisez)

6b. Quelle est la répartition de la garde de l'enfant (dans le cas d'une famille monoparentale ou reconstituée) ?

1. Garde complète
2. Une semaine sur deux ou moitié/moitié
3. Jours de semaine chez l'un/fins de semaine chez l'autre
4. Une fin de semaine sur deux chez l'autre

5. Autre (précisez)

6c. Quelle est la langue que l'enfant parle le plus souvent à la maison?

1. Français
2. Anglais
3. Espagnol
4. Autre (précisez)

7. Quel est le nombre d'enfants dans la famille (milieu de vie, incluant l'enfant participant, les frères et sœurs, les demi-frères et demi-sœurs, les enfants des nouveaux conjoints, ainsi que tout autre enfant habitant avec l'enfant participant) ?

8. Approximativement, quel est le revenu annuel brut de votre famille (c.-à-d. avant impôt; et s'il y a lieu, incluant l'assurance-chômage, les allocations familiales) ?

La famille est l'endroit où vit principalement l'enfant.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. 19 999\$ ou moins | 5. 80 000\$ à 99 999\$ |
| 2. 20 000\$ à 39 999\$ | 6. 100 000\$ à 119 999\$ |
| 3. 40 000\$ à 59 999\$ | 7. 120 000\$ à 139 999\$ |
| 4. 60 000\$ à 79 999\$ | 8. 140 000\$ ou plus |

Informations sur les parents biologiques/adoptifs ou figures parentales significatives

S.V.P. compléter ces questions uniquement en fonction des parents biologiques/adoptifs ou des figures parentales significatives

9. Les informations recueillies dans cette section réfèrent à :

1. Parent biologique/adoptif
2. Figure parentale significative (précisez)
3. Aucun contact

10. S'il s'agit d'une figure parentale significative, depuis combien de temps ce parent connaît-il l'enfant (en mois) ?

11. Quelle est la date de naissance (si la date de naissance est inconnue, inscrire l'âge en années) ?

12. Quelle est l'occupation actuelle ?

Aux études

11. Études avec emploi temps plein
12. Études avec emploi temps partiel
13. Études sans emploi

Emploi rémunéré (salarié ou travailleur autonome)

- 21. À temps plein
- 22. À temps partiel

Sans emploi

- 31. Travail à la maison - Sans revenu
- 32. Assistance sociale - Prestations d'aide sociale
- 33. Assurance emploi (chômage) - En recherche d'emploi
- 34. CSST - Accident de travail
- 35. Congé de maladie (sans lien avec le travail)
- 36. Congé parental

Autre

- 41. Retraité/e

13. Quel est votre plus haut niveau de scolarité atteint, ou son équivalent (même si non complété) ?

- 1. Études primaires
- 2. Études secondaires
- 3. Études collégiales ou professionnelles
- 4. Études universitaires de 1^{er} cycle (Baccalauréat)
- 5. Études universitaires de 2^e / 3^e cycle (Maîtrise ou doctorat)
- 9. Ne sais pas

14. Quel est votre pays de naissance ou d'origine (si autre que le Canada) ?

15. À quels groupe(s) ethnoculturel(s) appartenez-vous (si applicable) ?

- 1. Blanc (personne d'ascendance européenne)
- 2. Population noire ou afro-américaine (personnes d'ascendances africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)
- 3. Population autochtone (Premières nations, Métis, Inuk/Inuit)
- 4. Est-asiatique (personnes d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise)
- 5. Asiatique du Sud-Est (personne d'ascendance philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne ou d'une autre ascendance asiatique du Sud-Est)
- 6. Sud-Asiatique (Personne d'ascendance sud-asiatique, par exemple indo-orientale, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-caribéenne)
- 7. Latino (personne d'ascendance latino-américaine, hispanique)
- 8. Moyen Oriental (personne d'ascendance arabe, perse, de l'Asie occidentale, par exemple afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque, kurde)
- 9. Autre catégorie

Appendice C

Adverse Childhood Experience (ACE)

Les événements stressants

Le questionnaire suivant est demandé à tous les participant.es, de la même façon. Cette section porte sur des événements pouvant avoir été vécus par votre enfant ou sa famille, au cours de sa vie. Ces données sont pertinentes pour la recherche et ne visent aucunement à porter un jugement.

En répondant à ces questions, il est possible que des doutes quant à la sécurité ou au développement de l'enfant concerné par la recherche soient soulevés. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels **dans les limites prévues par la loi**.

Depuis la naissance de votre enfant...		Oui	Non
1	Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage l'a <u>souvent ou très souvent</u> :		
	Insulté	1	0
	Rabaissé	1	0
	Humilié	1	0
	Crié dessus	1	0
	Ou a agi d'une manière qui lui a fait craindre qu'elle ou il pourrait être blessé physiquement ?	1	0
	Si oui à une de ces situations, posez la question A.		
2	Est-ce qu'un parent ou un autre adulte du ménage l'a <u>souvent ou très souvent</u> :		
	Poussé	1	0
	Empoigné	1	0
	Giflé	1	0
	Jeter quelque chose dessus	1	0
	Ou bien frappé si fort qu'elle ou il en a eu des marques ou des blessures	1	0
	Si oui à une de ces situations, posez la question A.		
3	Est-ce qu'un adulte ou une personne d'au moins 5 ans son aîné l'a :		
	Touché	1	0
	Caressé	1	0
	Fais toucher son corps de manière sexuelle	1	0
	Ou a tenté ou obtenu un rapport sexuel (oral, anal ou vaginal) avec elle ou lui.	1	0
	Si oui à une de ces situations, posez la question A.		

4	Avez-vous <u>souvent ou très souvent</u> eu l'impression que		
	Personne dans votre famille ne l'aimait	1	0
	Pensait qu'elle ou il était important ou spécial	1	0
	Ou les membres de sa famille ne faisaient pas attention les uns aux autres, ne se sentaient pas proches les uns des autres ou ne se soutenaient pas mutuellement	1	0
5	Avez-vous <u>souvent ou très souvent</u> eu l'impression qu'elle ou il		
	N'a pas eu assez à manger	1	0
	A dû porter des vêtements sales	1	0
	N'avait personne pour la ou le protéger	1	0
	Ou ses parents étaient trop ivres ou trop drogués pour prendre soin d'elle ou lui et l'emmener chez le médecin au besoin	1	0
	Si oui à une de ces situations, posez la question A.		
6	Ses parents se sont-ils séparés ou divorcé?	1	0
7	Est-ce que sa mère ou sa belle-mère a été souvent ou très souvent :		
	Poussée	1	0
	Empoignée	1	0
	Giflée	1	0
	Reçu des objets jetés sur elle	1	0
	Ou parfois, souvent ou très souvent reçu des coups de pied, été mordu, frappée avec le poing ou un objet contondant	1	0
	Ou frappé à plusieurs reprises au moins quelques minutes ou menacée avec un pistolet ou un couteau	1	0
	Si oui à une de ces situations, posez la question A.		
8	A-t-elle ou a-t-il vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou toxicomane ?	1	0
9	Est-ce qu'un membre du ménage a souffert de dépression ou de maladie mentale ? ou est-ce qu'un membre du ménage a tenté de se suicider ?	1	0
10	Est-ce qu'un membre du ménage est allé en prison ?	1	0
11	Est-ce que d'autres enfants, incluant ses frères ou sœurs, l'ont souvent ou très souvent :		
	Frappé	1	0
	Menacé	1	0
	Harcelé	1	0
	Insulté	1	0

12	Est-ce qu'elle ou il s'est <u>souvent ou très souvent</u> senti :		
	Seul	1	0
	Rejeté	1	0
	Que personne ne l'aimait	1	0
13	Est-ce qu'elle ou il a vécu 2 ans ou plus dans un quartier :		
	Dangereux	1	0
	Où elle ou il voyait des gens se faire attaquer	1	0
14	Est-ce qu'il y a eu une période de 2 ans ou plus où sa famille était très pauvre ou vivait de l'aide sociale?	1	0

Appendice D

Self-Destructive Behaviors Inventory (SDBI)

Les comportements autodestructeurs

Avez-vous observé les comportements suivants chez votre enfant?

1. Se gratter au sang.	Oui	Non
2. S'arracher les cheveux.	Oui	Non
3. Se frapper la tête.	Oui	Non
4. Donner des coups dans les murs.	Oui	Non
5. Se jeter devant un véhicule en mouvement.	Oui	Non
6. Se couper avec des objets coupants (autre que les poignets).	Oui	Non
7. Refuser de prendre un médicament prescrit.	Oui	Non
8. Excéder la dose prescrite d'un médicament.	Oui	Non
9. Ne pas demander de l'aide lorsqu'il souffre.	Oui	Non
10. Manger avec excès.	Oui	Non
11. Refuser de manger.	Oui	Non
12. Se frapper/se piquer avec des objets coupants ou pointus.	Oui	Non
13. Avoir des comportements casse-cou.	Oui	Non
14. Consommer de l'alcool de façon excessive.	Oui	Non
15. Se faire vomir.	Oui	Non
16. S'ouvrir les veines des poignets.	Oui	Non
17. Autres (décrire)	Oui	Non

Appendice E

Child Sexual Behavior Inventory-III (CSBI)

Les comportements sexuels à risque ou problématiques

Pour ce questionnaire, veuillez encrer le chiffre qui indique la fréquence des comportements suivants que vous avez observés chez votre enfant, au cours des 6 derniers mois.

Le comportement apparaît :

0= Jamais

1= Moins d'une fois par mois

2=Une à trois fois par mois

3=Au moins une fois par semaine

1. S'habille comme les personnes du sexe opposé	0	1	2	3
2. Se tient trop près des gens physiquement	0	1	2	3
3. Parle de son désir d'être du sexe opposé	0	1	2	3
4. Touche ses parties sexuelles en public	0	1	2	3
5. Se masturbe en utilisant sa main	0	1	2	3
6. Ajoute les parties sexuelles à ses dessins de personne	0	1	2	3
7. Touche ou essaie de toucher les seins de sa mère ou des autres femmes	0	1	2	3
8. Se masturbe avec un jouet ou un objet (ex. couverture, oreiller)	0	1	2	3
9. Touche aux parties sexuelles d'autres enfants	0	1	2	3
10. Essaie d'avoir des rapports sexuels avec un autre enfant ou avec l'adulte	0	1	2	3
11. Place sa bouche sur les parties sexuelles d'un autre enfant ou d'un adulte	0	1	2	3
12. Touche ses parties sexuelles à la maison	0	1	2	3
13. Touche aux parties sexuelles de l'adulte	0	1	2	3
14. Touche aux parties sexuelles d'animaux	0	1	2	3
15. Émet des bruits de nature sexuelle (ex. soupirs, gémissements, respiration forte, etc.)	0	1	2	3
16. Demande aux autres de participer à des activités sexuelles	0	1	2	3
17. Se frotte le corps contre les autres ou contre des objets, tels les meubles	0	1	2	3
18. Insère des objets dans le vagin ou l'anus	0	1	2	3
19. Essaie de voir les autres nus ou en train de se déshabiller	0	1	2	3
20. Fait semblant que ses poupées ou que ses toutous ont des relations sexuelles	0	1	2	3
21. Montre ses parties intimes aux adultes	0	1	2	3
22. Tente de regarder des photos de personnes nues ou partiellement habillées	0	1	2	3

23. Parle d'activités sexuelles	0	1	2	3
24. Embrasse des adultes qu'il connaît peu	0	1	2	3
25. Est dérangé par les signes d'affection entre adultes (baisers, étreintes)	0	1	2	3
26. Agit de façon trop amicale avec des hommes qu'il connaît peu	0	1	2	3
27. Embrasse les enfants qu'il connaît peu	0	1	2	3
28. Parle sur un ton séducteur (flirteur)	0	1	2	3
29. Tente de déshabiller les autres enfants contre leur gré (ex. ouvre la blouse, le pantalon, etc.)	0	1	2	3
30. Veut regarder des films ou émissions de télévision à contenu sexuel	0	1	2	3
31. Embrasse avec la langue	0	1	2	3
32. Serre dans ses bras les adultes qu'il connaît peu	0	1	2	3
33. Montre ses parties sexuelles aux autres enfants	0	1	2	3
34. Tente de déshabiller les adultes contre leur gré (ex. ouvre la blouse, le pantalon, etc.)	0	1	2	3
35. Est très intéressé aux personnes du sexe opposé	0	1	2	3
36. Place sa bouche sur les seins de sa mère ou d'autres femmes	0	1	2	3
37. A plus de connaissances sexuelles que la majorité des enfants de son âge	0	1	2	3
38. Autres comportements sexuels (décrivez s.v.p.)	0	1	2	3