UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE RÔLE DE LA PRÉSENCE ATTENTIVE DANS LE LIEN ENTRE L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE À L'ÂGE ADULTE

THÈSE DE SPÉCIALISATION
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU BACCALAURÉAT EN PSYCHOLOGIE
PROFIL HONOURS

PAR
CINDY CRACEL

SOUS LA SUPERVISION DE
DRE ALISON PARADIS, PH.D ET
DRE NATACHA GODBOUT, PH.D

12 MAI 2020

Remerciements

Tout d'abord, je remercie grandement mes directrices, Dre. Natacha Godbout et Dre. Alison Paradis, sans qui je n'aurais pu avoir la chance d'entamer ce beau défi que représente la thèse de spécialisation. Merci pour votre support et vos bons conseils. J'aimerais ensuite remercier mon mentor, Francis Morrissette-Harvey. Ton écoute authentique et tes judicieux conseils m'ont été très précieux. Je remercie également mes collègues du laboratoire TRACE, Marianne, Cloé, Camille, Gaëlle B. et toutes les autres pour votre accueil et les nombreux apprentissages.

Le plus grand des remerciements à mon conjoint, Gabriel. Merci pour ton support quotidien et tes encouragements infinis. Je remercie mes ami.e.s., Rebecca, Marie-Claude, Gabrielle, Alexandra et Jeremie, pour vos amitiés qui m'ont fait tant de bien. Sandrine, je te remercie pour tous tes encouragements, mais surtout pour ta présence rassurante. Finalement, merci à toute ma famille qui m'accompagne depuis le début de mon parcours académique. Je suis reconnaissante de votre soutien quotidien.

Table des matières

Remerciements ..... **ii**

Liste des tableaux ..... **v**

Liste des figures ..... **v**

Résumé ..... **vi**

Introduction **7**

Problématique 7
Contexte théorique 7
Agression sexuelle en enfance 8
Détresse psychologique et agression sexuelle en enfance 9
Agression sexuelle en enfance et déficits de présence attentive via l'évitement expérientiel 10
Présence attentive : conceptualisation 11
Le rôle de la présence attentive dans la détresse psychologique 12
Agression sexuelle en enfance, présence attentive et détresse psychologique 12
Objectifs et hypothèses 13

Méthodologie **14**

Participants 14
Procédure 14
Mesures 15
Agression sexuelle en enfance 15
Détresse psychologique 15
Présence attentive 16
Analyses 16

Résultats **17**

Analyses descriptives 17
Corrélations, moyennes et écarts-types. 18
Analyse acheminatoire du modèle de médiation à travers la présence attentive 19

Analyse acheminatoire du modèle de médiation à travers les sous-dimensions de la présence attentive 20

Discussion 21

Implications et contributions 24

Limites et futures recherches 25

Conclusion 25

BIBLIOGRAPHIE 27

Annexes 34

Annexe 1 : Lettre d'approbation éthique 34

Annexe 2 : PSI 35

Annexe 3 : FFMQ 37

Annexe 4 : CCTQ 38

Liste des tableaux

TABLEAU 1. ANALYSE CORRÉLATIONNELLE ENTRE L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE, LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, LA PRÉSENCE ATTENTIVE ET LES CINQ DIMENSIONS DE LA PRÉSENCE ATTENTIVE**…19**

Liste des figures

FIGURE 1. MODÈLE D'ÉQUATION STRUCTURELLE UNISSANT L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**……20**

FIGURE 2. MODÈLE D'ÉQUATION STRUCTURELLE UNISSANT L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE, LA PRÉSENCE ATTENTIVE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**……...20**

FIGURE 3. MODÈLE INTÉGRATIF DU RÔLE MÉDIATEUR DES DIMENSIONS DE LA PRÉSENCE ATTENTIVE DANS LA RELATION UNISSANT L'AGRESSION SEXUELLE EN ENFANCE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**……21**

Résumé

En raison des taux de prévalences élevés ainsi que des lourdes répercussions psychoaffectives pour les victimes, l'agression sexuelle en enfance (ASE) représente une problématique sociale des plus sérieuses. Ce type de traumatisme est relié à une détresse psychologique (DP) importante pouvant perdurer jusqu'à l'âge adulte. La recherche indique qu'une faible disposition à la présence attentive serait reliée au maintien ainsi qu'à l'aggravation des symptômes de DP chez les survivants de traumas en enfance. Or, de nombreuses études indiquent que la disposition à la présence attentive est reliée à un meilleur ajustement post-traumatique chez cette population. Dans cette étude, la présence attentive et ses cinq dimensions seront examinées en tant que mécanismes explicatifs du lien entre l'ASE et la DP. Un total de 477 individus provenant de la population générale a été recruté à l'aide d'une firme de sondage professionnelle et a répondu à des questionnaires en ligne. Les analyses d'équations structurales montrent un effet de médiation de la présence attentive dans le lien entre l'ASE et la DP. Le modèle explique 35% de la variance de la DP et les dimensions Conscience et Non-jugement montrent un effet de médiation complète. Ainsi, il semble que la PA s'illustre comme un mécanisme clé dans l'amélioration de la détresse post-traumatique des survivants d'ASE.

Introduction

Problématique

L'agression sexuelle en enfance (ASE) représente une problématique sociale des plus importantes, affectant près d'un garçon sur dix et une fille sur cinq dans la population internationale (Stoltenborgh *et al*., 2015). Similairement, au Québec, une étude de Hébert et ses collègues (2009) a dévoilé des prévalences de 22% chez les femmes et 9,7% chez les hommes. De nombreux écrits scientifiques démontrent que l'expérience d'ASE représente un facteur de risque important quant au développement de symptômes de détresse psychologique pouvant perdurer jusqu'à l'âge adulte (Follette et Vechiu, 2017; Pittenger *et al*., 2019). En raison de la prévalence élevée de ce type de trauma, il est primordial d'améliorer notre compréhension des mécanismes expliquant les impacts psychologiques délétères et durables qui en découlent. Plusieurs études ont rapporté que l'augmentation des capacités de présence attentive peut améliorer la santé psychologique des survivants de traumas en enfance consultant en thérapie, notamment en diminuant les symptômes de détresse psychologique (Godbout, Bigras et Dion, 2016; Tomlinson *et al*., 2018; Kabat-Zinn, 2003). Pourtant, peu d'études se sont penchées sur le rôle de la présence attentive et de ses cinq dimensions spécifiquement chez les survivants d'ASE. Ainsi, la présente étude a pour but de mieux comprendre les effets de la présence attentive sur l'ajustement psychologique des survivants d'ASE.

Contexte théorique

Agression sexuelle en enfance

L'ASE représente un traumatisme lourdement dommageable et perturbant pour la santé et le développement psychoaffectif des victimes (Godbout *et al.*, 2016). Une récente méta-analyse de Mathews et Collin-Vézina (2019) propose un modèle conceptuel de l'ASE selon lequel un ensemble quadripartite de critères doit être satisfait afin de confirmer la présence d'agression sexuelle: 1) la victime doit être un enfant, soit sous l'âge de la majorité ou être considéré comme un enfant selon les normes sociétales, 2) la victime ne possède pas les capacités à consentir ou aucun consentement libre, volontaire et éclairé n'a été fourni, 3) l'enfant doit vivre l'agression comme étant à caractère sexuel ou l'agresseur doit agir de sorte à obtenir une gratification sexuelle, physique et/ou mentale de façon immédiate et/ou différée dans l'espace et/ou le temps, et 4) l'acte sexuel doit être commis dans le cadre d'une relation de pouvoir ou la victime se retrouve en position d'inégalité et sa vulnérabilité est exploitée.

Ce type de traumatisme en enfance, en raison de son caractère hautement violent, peut entraîner de nombreuses conséquences psychologiques comme des symptômes de stress post-traumatique, la dissociation pathologique, la dépression, des difficultés interpersonnelles ou des dysfonctions sexuelles (Follette et Vechiu, 2017). Parmi les survivants d'ASE, 47% présentent des troubles psychiatriques infantiles et 26-32% souffriront de troubles psychiatriques à l'âge adulte (Pérez-Fuentes *et al*., 2013). En ce sens, les survivants d'ASE sont 3,65 fois plus à risque de contacter des services publics en santé mentale dans une période de 12 à 43 ans après leur agression (Cutajar *et al*., 2010). Dans les dernières années, plusieurs études confirment que l'ASE est associée au développement de symptômes de détresse psychologique pouvant apparaître dès l'enfance et se maintenir à l'âge adulte (Dion *et al*., 2016; Pittenger *et al*., 2019).

Détresse psychologique et agression sexuelle en enfance

La détresse psychologique se définit comme un état de souffrance émotionnelle qui affecte le quotidien des individus touchés et qui se caractérise par de nombreux symptômes somato-affectifs qu'il est possible de regrouper en quatre grandes catégories de symptômes psychologiques : l'anxiété, la dépression, l'irritabilité et les perturbations cognitives (Ilfeld, 1976). Dans la présente étude, la détresse psychologique est évaluée comme un construit unique. Toutefois, il est important de comprendre ce qu'implique une détresse psychologique, ce pour quoi une description des symptômes de la détresse est présentée ci-dessous. D'abord, la détresse psychologique inclut des symptômes anxieux, dont des sentiments de peur et de nervosité, des difficultés à réguler la respiration et des battements cardiaques rapides sans effort physique (Ilfeld, 1976). Une méta-analyse d'Amado et ses collègues (2015) révèle que les survivants d'ASE ont 68% plus de chances de souffrir de symptômes anxieux, comparativement aux non-victimes. Selon certains chercheurs, l'agression sexuelle représente un événement si traumatique qu'il est possible que l'enfant développe des symptômes anxieux immédiats tels que des réponses phobiques, du stress ou des symptômes de stress post-traumatique pouvant perdurer à long terme (Maniglio, 2013 ; Pérez-Fuentes *et al.*, 2013). Puis, la détresse psychologique comprend également des symptômes dépressifs. En ce sens, les survivants d'ASE sont plus à risque de développer des symptômes dépressifs, voire des troubles dépressifs sévères (Amado, Arce et Herraiz, 2015). Une étude nationale américaine révèle que 36% des jeunes adolescents survivants d'agression sexuelle répondent aux critères diagnostiques de la dépression, comparativement à 19,9% pour le groupe contrôle (Musliner et Singer, 2014). Ensuite, la détresse psychologique se caractérise également par des symptômes d'irritabilité. Il a été démontré que les survivants d'ASE ont tendance à ressentir une irritabilité chronique et incontrôlable et que cet affect représente une tentative d'expression de leur détresse psychologique et du stress qu'ils vivent (Briere et Elliot, 1994). Certains auteurs suggèrent que les jeunes victimes d'agression sexuelle expriment davantage d'irritabilité lorsqu'ils

réalisent qu'un individu dont ils étaient dépendants ou envers qui ils avaient confiance leur a fait du mal (Gupta *et al.*, 2011). Finalement, la détresse psychologique implique la présence de perturbations cognitives au quotidien. Les jeunes survivants d'agression sexuelle tendent à présenter des déficits de la mémoire ainsi que des difficultés de concentration et de prise de décision (Follette et Vechiu, 2017; Ilfeld, 1976). Dans les dernières années, de nombreuses études ont démontré que les survivants de traumas en enfance tendent à présenter des difficultés de traitement de l'information, de l'attention soutenue (visuelle et auditive), de l'apprentissage, de la mémoire verbale et de travail, de la concentration, de la planification et/ou de la résolution de problèmes ainsi que de la flexibilité cognitive (Follette et Vechiu, 2017; Kavanaugh *et al.*, 2017; Malarbi *et al*., 2017). Enfin, il est possible d'affirmer que les survivants d'ASE tendent à souffrir d'une détresse psychologique pouvant perdurer jusqu'à l'âge adulte (Lindert *et al*., 2014; Pittenger *et al*., 2019). Ainsi, il est important d'identifier les facteurs impliqués dans le maintien de la détresse psychologique afin d'améliorer l'ajustement psychologique des survivants d'ASE. Des données probantes suggèrent que de bonnes capacités de présence attentive pourraient aider les survivants de traumatismes précoces, dont les victimes d'ASE, à diminuer leurs symptômes de détresse psychologique (Kimbrough *et al*., 2010; Tomlinson *et al*., 2018).

Agression sexuelle en enfance et déficits de présence attentive via l'évitement expérientiel

L'ASE perturbe le développement émotionnel, relationnel et identitaire des jeunes victimes qui, au moment de l'agression, ne possèdent pas les ressources personnelles pour faire face à l'événement traumatique (Briere, 2015). Selon la théorie du *Pain Paradox* de Briere (2010), les survivants de traumatismes en enfance ont tendance à adopter des stratégies d'évitement expérientiel afin de se couper de la souffrance engendrée par leur expérience traumatique (Godbout *et al.*, 2016). À long terme, l'évitement expérientiel devient la seule façon apprise de gérer la détresse et

en raison de leur bas âge, les jeunes victimes risquent de se développer en déconnexion avec eux-mêmes et leur environnement, ce qui pourrait être lié à des déficits de présence attentive à l'âge adulte chez les victimes d'ASE (Godbout *et al*., 2016). Ces déficits peuvent s'exprimer par un détachement entre un individu et ses propres états internes (pensées, émotions et sensations physiques) et externes (environnement physique et social) (Godbout *et al*., 2016; Roche *et al*., 2019). Selon Merwin, Rosenthal et Coffey (2009), plus un individu tente de réprimer ses états internes, plus celui-ci sera susceptible de souffrir des symptômes suivants : revivre ses expériences traumatiques de façon plus fréquente et intense, avoir des souvenirs intrusifs et se sentir démuni face à l'omniprésence de la souffrance reliée au trauma. Enfin, plusieurs auteurs démontrent que l'expérience d'ASE est reliée à l'utilisation de stratégies d'évitement expérientiel, que l'on peut traduire comme des déficits de présence attentive (Daigneault *et al*., 2016; Kratzer *et al*., 2018).

Présence attentive : conceptualisation

Inspiré de la tradition bouddhiste, le concept de présence attentive se définit comme la capacité à prendre volontairement et pleinement conscience, sans jugement et au moment présent, de nos états internes et externes (Kabat-Zinn, 2003). Depuis quelques années, la présence attentive soulève l'intérêt des chercheurs en sciences humaines et de la santé, en raison des potentiels bénéfices de plus en plus documentés sur la santé physique et psychologique (Tomlinson *et al*., 2018). La majorité des chercheurs opérationnalisent la présence attentive comme un concept comprenant cinq dimensions : Conscience (agir avec conscience), Observation (porter un regard sur ses propres expériences), Description (capacité de nommer/d'identifier les expériences internes), Non-jugement (abstention de tout jugement sur nos pensées, émotions et actions) et Non-réactivité (réduction de l'impulsivité face aux émotions ressenties) (Baer *et al.*, 2008). Ces dimensions se manifestent de manière différente selon les problématiques psychoaffectives. Par exemple, une récente étude de Roche et ses collègues (2019) indique que les dimensions *Conscience* et *Non-jugement* sont

particulièrement impliquées dans le développement de problèmes comportementaux chez les survivants de traumas en enfance. Bien que quelques études se soient penchées sur le rôle des dimensions de la présence attentive chez les survivants de traumas en enfance, aucune n'a analysé cette relation chez les survivants d'agression sexuelle spécifiquement. Somme toute, plusieurs études appuient que des déficits de présence puissent non seulement apparaître suite à un traumatisme survenant dans l'enfance, mais puissent également contribuer au développement de symptômes de détresse psychologique chez les survivants.

Le rôle de la présence attentive dans la détresse psychologique

Bien que les stratégies d'évitement expérientiel permettent une mise à distance des états mentaux difficiles à supporter, il a été démontré que, à long terme, celles-ci sont associées à une aggravation de la détresse psychologique (Rosenthal *et al.,* 2005). La disposition à la présence attentive favorise l'augmentation de la tolérance face aux états internes insupportables ou douloureux, en plus d'améliorer la capacité d'identifier et de répondre aux stimuli reliés au trauma, favorisant ainsi une diminution de la détresse psychologique (Godbout *et al*., 2016). La présence attentive est également associée à une meilleure connexion avec l'environnement externe (Khoury *et al.,* 2017). Des données probantes indiquent que la disposition à la présence attentive peut agir comme un mécanisme d'adaptation qui permet de diminuer les affects négatifs et les cognitions dysfonctionnelles reliés aux expériences traumatiques passées (Kratzer *et al*., 2018). Ainsi, de nombreux chercheurs soulignent les bienfaits de la présence attentive dans l'amélioration de la santé psychologique chez les survivants de traumas en diminuant les symptômes de détresse psychologique (Godbout *et al*., 2016; Tomlinson *et al*., 2018).

Agression sexuelle en enfance, présence attentive et détresse psychologique

Des études suggèrent que des déficits de présence attentive ne permettent pas une gestion adéquate des résidus post-traumatiques et peuvent au contraire s'associer au maintien ou à l'augmentation des répercussions psychologiques, dont les

symptômes de détresse psychologique chez les survivants de traumatismes précoces comme l'ASE (Godbout *et al*., 2016 ; Tomlinson *et al*., 2018). Selon Rosenthal et ses collègues (2005), les enfants victimes d'agression sexuelle avant l'âge de 14 ans rapportent davantage de symptômes de détresse lorsque l'évitement expérientiel représente la méthode de régulation émotionnelle et cognitive la plus utilisée. Ainsi, le développement de capacités de présence attentive, pourrait aider les survivants d'ASE à graduellement faire face à leur trauma, résultant en une diminution de la détresse psychologique associée à leurs symptômes (Godbout *et al*., 2016).

Considérant que plusieurs études ont démontré que de meilleures capacités de présence attentive diminuent la détresse psychologique chez les survivants de traumas en enfance, il est raisonnable de croire que les mêmes observations pourront être montrées spécifiquement auprès des survivants d'ASE. De plus, aucune étude ne s'est penchée sur le rôle distinct des cinq dimensions de la présence attentive dans la détresse psychologique chez les survivants d'ASE. Cette étude permettrait donc d'offrir des bases empiriques concernant les bienfaits de la présence attentive sur le bien-être psychologique des survivants d'ASE.

Objectifs et hypothèses

La présente étude a pour objectif 1) d'analyser le rôle de la présence attentive en tant que mécanisme explicatif du lien entre l'ASE et la détresse psychologique, et 2) d'explorer la contribution respective de chaque dimension de la présence attentive dans cette relation. Il est d'abord attendu que l'ASE aura un lien indirect avec la détresse psychologique à travers la présence attentive, c'est-à-dire que l'ASE serait associée négativement à la présence attentive qui, en retour, serait associée négativement à la détresse psychologique. Considérant le manque de données probantes sur le rôle distinct de chaque dimension de la présence attentive dans la détresse psychologique, il n'est pas possible de prédire les dimensions qui seront

particulièrement impliquées. Ainsi, une exploration des contributions respectives dimensions de la présence attentive dans la relation à l'étude sera effectuée.

Méthodologie

Participants

L'échantillon de cette étude est composé de 477 participants, dont 325 femmes (68,1%) et 148 hommes (31,0%). L'âge moyen des participants est de 29,41 ans (*ÉT* = 26,00). La majorité des participants ont comme langue maternelle le français (92,7%, *n* = 442), sont d'origine canadienne (87,6%, *n* = 418), et rapportent avoir un diplôme d'études universitaires de premier cycle (45,5%, *n* = 217). Les participants sont en majorité des étudiants (49,5%, *n* = 236), alors que 36,3% indiquent être travailleurs à temps plein (*n* = 173), 10,1% travailleurs à temps partiel (*n* = 48), 0,6% au chômage (*n* = 3) et 1.3% à la retraite (*n* = 6). La majorité des participants s'identifie comme hétérosexuels (89,5%, *n* = 427), tandis que 7,3% (*n* = 35) s'identifient bisexuels et 2,1% (*n* = 10) homosexuels. Finalement, 34,6% (*n* = 165) des participants sont en couple.

Procédure

Le recrutement des participants s'est déroulé dans le cadre d'un projet portant sur la symptomatologie complexe des survivants de traumas interpersonnels en enfance. Le projet de recherche, réalisé en 2015 sous la supervision de la Dre Natacha Godbout, était présenté en ligne comme une étude s'intéressant aux conséquences des traumatismes interpersonnels en enfance sur les relations conjugales à l'âge adulte. Un lien permettant d'accéder au formulaire de consentement puis au questionnaire a été diffusé en ligne à l'aide de différentes ressources académiques (réseaux de chercheurs, Université du Québec à Montréal, etc.) ainsi que sur les réseaux sociaux

(Twitter, page Facebook, etc.). De façon volontaire, les participants pouvaient remplir le questionnaire, lequel durait environ 30 minutes, via le site SurveyMonkey (www.surveymonkey.com), plateforme spécialisée dans la distribution anonyme et sécurisée de questionnaires en ligne. L'approbation éthique de l'étude a été obtenue auprès du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) de l'Université du Québec à Montréal.

Mesures

Le questionnaire était composé de mesures évaluant les trois variables d'intérêt de la présente étude : ASE, détresse psychologique et présente attentive. Un questionnaire a également permis de recueillir les renseignements sociodémographiques des participants, soit le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, le revenu annuel, le statut marital ainsi que l'occupation.

Agression sexuelle en enfance

L'ASE a été évaluée à l'aide du Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout, Bigras et Sabourin, 2017), questionnaire français inspiré du *Early Trauma Inventory* (ETI; Bremner, Bolus et Mayer, 2007) ainsi que de données empiriques portant sur les traumas en enfance (Briere et Scott, 2015 ; Hodges *et al.*, 2013). Un item dichotomique (oui ou non) évaluait la présence de toute activité à caractère sexuel non désirée impliquant n'importe quel geste avec ou sans contact (ex. attouchement sexuel, jeu sexuel, baiser, proposition verbale à caractère sexuel, caresse, pénétration orale, vaginale ou anale, etc.) envers un individu de moins de 18 ans.

Détresse psychologique

Le niveau de détresse psychologique a été mesuré à l'aide de la version française et abrégée du *Psychiatric Symptom Inventory* (Ilfeld, 1976; Préville, 1995). Les 14 items du questionnaire sont répartis selon quatre indicateurs de la détresse psychologique : l'anxiété, la dépression, les dysfonctions cognitives et l'irritabilité/agressivité. Le score total de détresse est mesuré à l'aide d'une échelle de

Likert en 4 points allant de 0 (jamais) à 4 (très souvent) et varie entre 0 et 42. Un score de 20 et plus représente une détresse psychologique élevée. La version écourtée présente une bonne cohérence interne (α= 0,89), une bonne validité de critère ainsi qu'une validité de construit convenable (Préville, 1995; Préville *et al*., 1995). Dans cette étude, l'alpha de Cronbach était satisfaisant (α= 0,93).

Présence attentive

La présence attentive a été mesurée à l'aide de la version française validée du *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer *et al*., 2008; Heeren *et al*., 2011). Le questionnaire comprend 24 items répartis en cinq échelles représentant les différentes facettes de la présence attentive : Description, Observation, Conscience, Non-réactivité et Non-jugement (Kabat-Zinn, 2003). Les répondants doivent indiquer leur degré d'accord par rapport à chaque item selon une échelle de Likert à 5 points de 1 (Jamais/ très rarement vrai) à 5 (Très souvent/ souvent vrai). Pour la première analyse, un seul score global de la présence attentive sera mesuré en calculant la somme des cinq dimensions. Puis, les scores de chaque dimension seront analysés lors de la deuxième analyse. Dans cette étude, les indices de cohérence interne des différentes dimensions variaient entre 0,56 et 0,83. L'alpha de Cronbach du score global était satisfaisant (α= 0,73).

Analyses

D'abord, des statistiques descriptives ainsi que des analyses corrélationnelles ont été réalisées sur le logiciel IBM SPSS version 26 afin d'observer les différentes relations entre les variables du modèle. Des tests-t bilatéraux à échantillons indépendants ont également été réalisés afin d'examiner des potentielles différences de genre pour chaque mesure. À l'aide du logiciel *Mplus* (Muthén et Muthén, 2012), des analyses acheminatoires ont permis de répondre aux objectifs de l'étude, soit en mesurant le lien direct entre l'ASE et la détresse psychologique, ainsi que leur lien indirect à travers la présence attentive. Puis, un second modèle a été réalisé afin

d'examiner les rôles indirects des cinq dimensions de la présence attentive. Ces analyses ont permis de tester le rôle médiateur des différentes dimensions en contrôlant l'effet partagé entre celles-ci. La méthode *Bootstrap* (Preacher et Hayes, 2008) a été employée en simulant 10 000 ré-échantillonnages avec un intervalle de confiance de 95% afin de tester les effets indirects du modèle. L'effet indirect du modèle est significatif à la condition où l'intervalle de confiance ne contient pas la valeur 0. La qualité de l'ajustement entre le modèle observé et le modèle théorique a été évaluée selon plusieurs indicateurs. Un test Chi-carré d'ajustement a été effectué afin de rejeter l'hypothèse nulle du modèle théorique, à la condition qu'il soit non significatif. Puis, dans le but de considérer l'effectif de l'échantillon, un ratio X^2/degré de liberté a été calculé, où une valeur inférieure à 3 indiquera un bon degré d'ajustement (Kline, 2015). Le RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), dont la valeur doit être inférieure à 0,06 a également été calculé afin d'estimer les écarts normalisés entre les données théoriques et observées (Hooper *et al.,* 2008). Le CFI (Comparative Fit Index) et le TLI (Tucker-Lewis Index) ont été calculés. Ces indices d'ajustement tiennent compte du nombre de participants et indiquent un bon ajustement si leurs valeurs sont égales ou supérieures à 0,95 (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008).

Résultats

Analyses descriptives

Les analyses descriptives indiquent qu'un total de 25,6% (n = 121) des participants ont rapporté avoir vécu une agression sexuelle dans leur enfance, dont 19,0% de femmes (n = 90) et 6,6% d'hommes (n = 31). Parmi les participants ayant vécu une ASE, 32,23% (n = 39) ont rapporté un niveau clinique de détresse psychologique (score de 20 et plus). Des tests-*t* bilatéraux à échantillons indépendants ont été effectués afin d'examiner les potentielles différences de genre pour chaque

mesure. Aucune différence significative n'a été observée au niveau de la présence attentive (Hommes : *M* = 82,39, *ET* = 11,90, Femmes : *M* = 81,86, *ET* = 11,77, t(470) = -0,454, *p = 0,65*) et de la détresse psychologique (Hommes : *M* = 12,80, *ET* = 9,15, Femmes : *M* = 13,32, *ET* = 9,66, t(471) = 0,551, *p = 0,582*). Puis, des tests de Chi-carré ont été effectués afin d'analyser les potentielles différences de genre quant aux taux d'ASE ainsi qu'aux taux de détresse psychologique clinique. Aucune différence significative n'a été démontrée entre les hommes (*n* = 31) et les femmes (*n* = 90) quant au taux d'ASE, X^2 (2, *N*=477) = 2,431, *p = 0,119* ainsi qu'entre les hommes (*n* = 33) et les femmes (*n* = 80) quant au niveau clinique de détresse psychologique, X^2 (1, *N*=473) = 0,301, *p = 0,584*.

Corrélations, moyennes et écarts-types.

Les moyennes, les écarts-types et les coefficients de corrélations entre chaque variable sont rapportés dans le tableau 1 pour l'échantillon total. Des analyses corrélationnelles bivariées ont été effectuées. Les résultats indiquent que l'ASE est positivement corrélée à la détresse psychologique (*r*(475)=0,13, *p*<0,01) et que la détresse psychologique est négativement corrélée à la présence attentive (*r*(475)=-0,21, *p*<0,01).

Tableau 1. Analyse corrélationnelle entre l'agression sexuelle en enfance, la détresse psychologique, la présence attentive et les cinq dimensions de la présence attentive

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Agression sexuelle en l'enfance	1	,131**	-,122**	0,053	-0,048	-,189**	0,002	-,181**
2. Détresse psychologique	,131**	1	-,519**	-0,063	-,394**	-,524**	-,200**	-,367**
3. Présence attentive	-,122**	-,519**	1	,560**	,760**	,683**	,489**	,470**
4. Observation	0,053	-0,063	,560**	1	,310**	,124**	,322**	-,127**
5. Description	-0,048	-,394**	,760**	,310**	1	,428**	,278**	,208**
6. Conscience	-,189**	-,524**	,683**	,124**	,428**	1	0,023	,440**
7. Non-réactivité	0,002	-,200**	,489**	,322**	,278**	0,023	1	-,112*
8. Non-jugement	-,181**	-,367**	,470**	-,127**	,208**	,440**	-,112*	1

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

Analyse acheminatoire du modèle de médiation à travers la présence attentive

Les analyses acheminatoires comprenant l'ASE comme variable indépendante, la présence attentive comme variable médiatrice et la détresse psychologique comme variable dépendante ont été réalisées afin de tester la première hypothèse de l'étude (voir les résultats du modèle dans la figure 2). L'analyse de l'effet direct de l'ASE sur la détresse psychologique révèle une relation négative significative (b=0,13, p<0,01) et explique 2% de la variance de la détresse psychologique (voir les résultats du modèle dans la figure 1). Le lien direct entre l'ASE et la détresse psychologique devient non significatif lorsque la présence attentive est intégrée au modèle. L'analyse acheminatoire révèle que l'ASE est négativement associée (b=-0,12, p<0,01) à la présence attentive, qui en retour est négativement associée (b=-0,51, p<0,001) à la détresse psychologique. Le modèle explique 27% de la détresse psychologique. La méthode de rééchantillonnage Bootstrap confirme l'effet indirect significatif (b= 0,062, 95% I.C.= [0,014 à 0,110]) de la présence attentive. Finalement, les indices d'ajustement indiquent que les données observées sont bien représentées par le modèle de médiation de la relation

entre l'ASE, la présence attentive et la détresse psychologique (X^2/dl = 0, CFI= 1, TLI= 1, RMSEA = 0, I.C. [0;0])

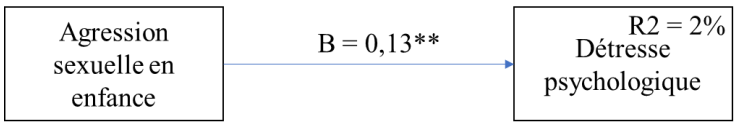

Figure 1. Modèle d'équation structurelle unissant l'agression sexuelle en enfance et la détresse psychologique. *p < 0,05. **p < 0,01 ***p < 0,001

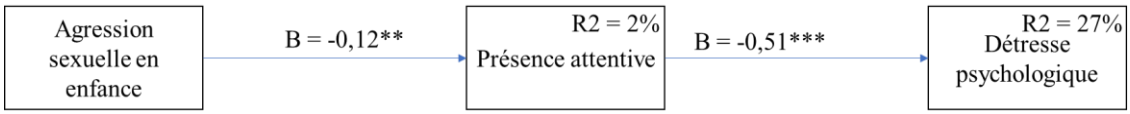

Figure 2. Modèle d'équation structurelle unissant l'agression sexuelle en enfance, la présence attentive et la détresse psychologique. *p < 0,05. **p < 0,01 ***p < 0,001

Analyse acheminatoire du modèle de médiation à travers les sous-dimensions de la présence attentive

Une analyse acheminatoire a été effectuée avec les cinq dimensions de la présence attentive comme variables médiatrices afin d'examiner leurs contributions respectives. La figure 3 illustre les résultats de l'analyse. La dimension Observation a été retirée du modèle intégrateur, puisqu'aucun lien significatif avec l'ASE et la détresse psychologique n'a été relevé. La procédure *Bootstrap* indique la présence d'un lien indirect significatif pour les dimensions Conscience (b= 0,063, 95% I.C. [0,029 à 0,097]) et Non-Jugement (b= 0,030, 95% I.C. [0,009 à 0,051]). Puis, les indices d'ajustement du modèle (X^2/dl = 1,387, CFI= 0,996, TLI= 0,986, RMSEA = 0,03, I.C. [0,000;0,074]) sont satisfaisants. L'ASE explique 3% de la variance de la dimension Non-Jugement et 3% de la variance de la dimension Conscience. Le modèle final explique 35% de la variance de la détresse psychologique.

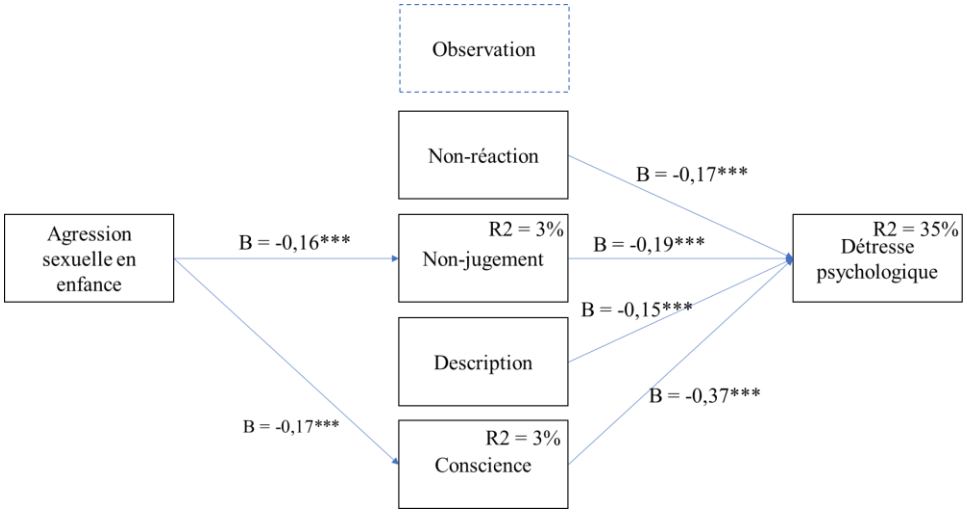

Figure 3. Modèle intégratif du rôle médiateur des dimensions de la présence attentive dans la relation unissant l'agression sexuelle en enfance et la détresse psychologique. *$p < 0,05$. **$p < 0,01$ ***$p < 0,001$

Discussion

La présente étude avait pour objectif d'analyser le rôle indirect de la présence attentive dans la relation entre l'ASE et la détresse psychologique. Les analyses révèlent un effet médiateur de la présence attentive, confirmant ainsi la première hypothèse de l'étude. Les résultats indiquent que l'ASE est associée à un niveau de présence attentive plus faible, qui en retour, est associé à une détresse psychologique plus élevée. Ces observations s'ajoutent donc aux nombreuses études s'intéressant aux conséquences des traumatismes en enfance sur la disposition à la présence attentive (Godbout *et al*., 2016; Kratzer *et al*., 2018) et sur l'ajustement psychologique des survivants de traumas précoces (Briere et Scott, 2014). La présente étude est la toute première à analyser le rôle de la présence attentive dans la détresse psychologique que vivent les survivants d'ASE; la majorité des études s'adressant plus généralement aux survivants de traumas en enfance.

Il est possible de comprendre les résultats du premier modèle en s'appuyant sur la conception théorique du *Pain Paradox* (Briere, 2010) qui stipule que les survivants de traumas ont tendance à adopter des stratégies d'évitement expérientiel, antipodes de la présence attentive, dans le but de se protéger des symptômes de détresse engendrés par les traumas. Selon Rosenthal et ses collègues (2005), en raison des sentiments de honte et de culpabilité, les survivants d'ASE tentent fréquemment d'éviter les pensées, les souvenirs et les émotions reliés à leur agression. Ces stratégies d'évitement, souvent utilisées dès l'enfance, tendent à se cristalliser, ce qui amène les survivants à présenter des déficits de présence attentive qui perdurent, en plus de souffrir d'une détresse psychologique importante (Godbout *et al*., 2016).

Les résultats ont également confirmé la deuxième hypothèse de l'étude, c'est-à-dire que les différentes dimensions de la présence attentive agissent de façon distincte dans l'effet de médiation obtenu. D'abord, les dimensions Conscience et Non-Jugement se sont avérées particulièrement impliquées dans la diminution de la détresse psychologique des survivants d'ASE. En d'autres termes, les résultats indiquent que d'agir avec conscience et adopter une attitude de non-jugement diminueraient la détresse psychologique. De nombreuses études ont soulevé l'implication de ces deux dimensions dans la réduction de symptômes anxieux et dépressifs, symptômes caractéristiques de la détresse psychologique, chez les survivants de traumas en enfance (Cash et Whittingham, 2010; Kroska *et al*., 2018; Soysa et Wilcomb, 2015). Chez les survivants d'ASE plus particulièrement, Kelley et Gidycz (2015) expliquent que les sentiments de honte et de culpabilité, affects s'opposant à l'attitude de non-jugement, amènent les survivants à souffrir d'une image de soi profondément négative, ce qui aurait un impact sur le développement et le maintien d'une détresse psychologique. Aucune étude n'a étudié la contribution de la dimension Conscience chez cette population précise. Il est possible de s'inspirer de la littérature empirique et des probantes concernant les répercussions de la présence attentive chez les survivants de traumas en enfance afin d'interpréter les résultats

obtenus. D'abord, considérant que les survivants d'agression sexuelle ont tendance à agir en dissociation avec leur monde interne et externe, il serait plausible qu'agir avec davantage de conscience leur permettrait de se connecter avec leur bagage traumatique pour ensuite s'en libérer progressivement. Cette dimension de la présence attentive s'oppose à l'impulsivité et aux réactions automatiques. Ainsi, agir avec conscience pourrait permettre aux survivants de réduire leurs réactions impulsives inadaptées comme l'évitement ou l'abus de substances. Puis, une attitude de non-jugement face à ses émotions et ses pensées négatives pourrait favoriser l'adoption d'un regard moins sévère et critique envers soi-même. Des études ont démontré que les victimes de traumas, dont les survivants d'ASE, tendent à s'évaluer négativement, à avoir une faible estime de soi, à blâmer les autres ou eux-mêmes pour les événements négatifs qui leur arrivent, en plus de se définir avec des mots négatifs (Chiu *et al.*, 2019; Lamont, 2019). Ainsi, cultiver une attitude de non-jugement pourrait augmenter la compassion envers soi et diminuer les affects négatifs reliés au trauma comme le sentiment de honte. Une étude récente indique que les survivants d'ASE ressentent des niveaux élevés de honte par rapport à leur corps, et que ces affects sont associés à des déficits de présence attentive (Lamont, 2019). Il est donc probable que le développement de capacités de présence attentive, particulièrement l'agir avec conscience et l'adoption d'une attitude de non-jugement, pourrait aider les survivants d'ASE, à diminuer leurs symptômes de détresse psychologique en améliorant leurs stratégies de régulation émotionnelle.

Les résultats de l'étude indiquent que les dimensions Conscience et Non-Jugement sont particulièrement reliées avec certains aspects de la détresse psychologique, en raison de leur implication dans l'effet de médiation du modèle. Ces dimensions sont toutefois interreliées aux autres dimensions de la présence attentive. Malgré les résultats non significatifs de cette étude, l'implication des autres dimensions dans la détresse psychologique que vivent les survivants de traumatismes précoces doit être étudiée davantage. Par exemple, selon une étude de Desrosiers,

Klemanski et Nolen-Hoeksema (2013), la capacité à mettre en mots les émotions et les pensées, faisant référence à la dimension Description, s'oppose directement à l'évitement expérientiel, ce qui contribue à la réduction des symptômes anxieux. Ainsi, pour décrire nos états internes (Description), il faut d'abord les observer et les identifier (Observation). Une étude précise par ailleurs l'importance de la non-réactivité face aux états internes négatifs, puisque cette attitude permettrait de diminuer les réactions contre-productives comme la rumination qui exacerbe et maintient les émotions négatives (Webb *et al*., 2019). Dans la présente étude, la dimension Observation n'indiquait aucune association significative avec les autres variables du modèle. D'autres études ont obtenu le même résultat, soulevant plusieurs questionnements quant au rôle de l'observation dans l'ajustement psychologique des survivants de traumas (Carpenter *et al*., 2019; Schoorl, Van Mil-Klinkenberg et Van Der Does, 2015; Roche *et al*., 2019). Ce résultat pourrait être expliqué par le chevauchement des différentes dimensions de la présence attentive. Somme toute, il est nécessaire de poursuivre d'autres études afin de mieux comprendre le rôle des autres dimensions de la présence attentive chez les survivants d'ASE.

Implications et contributions

La présente étude s'ajoute à la vaste documentation scientifique sur les bienfaits de la disposition à la présence attentive chez les survivants de traumas en enfance (Briere, 2015; Tomlinson *et al*., 2018). De nombreuses études démontrent que les approches thérapeutiques basées sur la présence attentive agissent comme exposition graduelle face aux expériences traumatiques, ce qui permet aux survivants de se libérer progressivement de leur trauma en favorisant l'acceptation, la conscience et l'attitude de non-jugement face aux états préalablement intolérables (Kimbrough *et al*., 2010; Kroska *et al*., 2018). Cette étude souligne la contribution particulière de deux dimensions : agir avec conscience et adopter une attitude de non-jugement face à ses émotions, pensées et comportements. Les futures interventions devraient se concentrer sur le développement de ces capacités. De plus, à notre

connaissance, cette étude est la toute première à examiner le rôle des différentes dimensions de la présence attentive chez les survivants d'ASE présentant des symptômes de détresse psychologique. Enfin, cette étude fournit des balises empiriques pertinentes à l'amélioration des interventions cliniques auprès des survivants d'ASE.

Limites et futures recherches

Cette étude présente certaines limites. D'abord, il est impossible d'inférer des relations de causalité entre les variables étudiées, puisqu'il s'agit d'une étude corrélationnelle transversale. Il serait nécessaire de reproduire cette étude en employant un devis longitudinal dans le but d'évaluer les possibles relations de causalité. Puis, la procédure de recrutement n'était pas aléatoire et a été réalisée par un questionnaire autorapporté via des invitations par courriel et via les réseaux sociaux. Il est donc possible que les réponses aient pu être influencées par la désirabilité sociale ou l'état mental du participant lors de la passation. Il est également possible qu'il y ait présence d'un biais de sélection. De plus, le caractère rétrospectif de la mesure de l'ASE peut entraîner des distorsions dans les souvenirs des participants. L'échantillon était assez homogène, puisqu'il était majoritairement composé de jeunes étudiants franco-canadiens. L'homogénéité de l'échantillon réduit donc considérablement la validité externe de l'étude. Finalement, les futures recherches devraient recruter un échantillon plus hétérogène et plus grand afin d'améliorer la représentativité de la population générale. Ces ajustements permettraient de mieux interpréter les résultats obtenus et d'en tirer des conclusions plus justes.

Conclusion

La présente étude permet de mieux cerner le rôle de la présence attentive dans le lien unissant l'ASE et la détresse psychologique. Les résultats ont confirmé le rôle de la présence attentive et de ses cinq dimensions agissant comme mécanismes

explicatifs de la détresse psychologique. Les résultats ont démontré plus spécifiquement que l'adoption d'une attitude de non-jugement ainsi que l'agir avec conscience semble être des capacités particulièrement pertinentes pour les interventions thérapeutiques basées sur la présence attentive visant à réduire la détresse psychologique des survivants d'agression sexuelle. L'ASE représente un traumatisme des plus perturbants qui entraîne de lourdes conséquences psychoaffectives. Il est donc primordial de poursuivre l'étude des mécanismes explicatifs de la détresse que vivent ces survivants afin d'améliorer les interventions qui leur sont destinées.

BIBLIOGRAPHIE

Amado, B. G., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse : A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, *24*(1), 49-62. https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.03.002

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2008). Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, *15*(3), 329-342. https://doi.org/10.1177/1073191107313003

Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M.-È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018). Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood : The Role of Mindfulness and Dissociation. *Mindfulness*, *9*(5), 1594-1603. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3

Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211.

Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance : A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(6), 767-774. https://doi.org/10.1002/jts.20578

Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Long-Term Impacts of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, *4*(2), 54. https://doi.org/10.2307/1602523

Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of Trauma Therapy : A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment (DSM-5 Update)*. SAGE Publications.

Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex Trauma in Adolescents and Adults. *Psychiatric Clinics of North America*, *38*(3), 515-527. https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004

Carpenter, J. K., Conroy, K., Gomez, A. F., Curren, L. C., & Hofmann, S. G. (2019).

The relationship between trait mindfulness and affective symptoms : A meta-analysis of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Clinical Psychology Review*, *74*, 101785. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101785

Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What Facets of Mindfulness Contribute to Psychological Well-being and Depressive, Anxious, and Stress-related Symptomatology? *Mindfulness*, *1*(3), 177-182. https://doi.org/10.1007/s12671-010-0023-4

Chiu, C.-D., Ho, H. L., Tollenaar, M. S., Elzinga, B. M., & Zhang, T. (2019). Early relational trauma and self representations : Misattributing externally derived representations as internally generated. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(1), 64.

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research : Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *7*(1), 22.

Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child abuse & neglect*, *34*(11), 813–822.

Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., & Bourgeois, C. (2016). Mindfulness as mediator and moderator of post-traumatic symptomatology in adolescence following childhood sexual abuse or assault. *Mindfulness*, *7*(6), 1306–1315.

Desrosiers, A., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping Mindfulness Facets Onto Dimensions of Anxiety and Depression. *Behavior Therapy*, *44*(3), 373-384. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.001

Dion, J., Matte-Gagné, C., Daigneault, I., Blackburn, M.-E., Hébert, M., McDuff, P., Auclair, J., Veillette, S., & Perron, M. (2016). A prospective study of the impact of child maltreatment and friend support on psychological distress trajectory : From adolescence to emerging adulthood. *Journal of affective disorders*, *189*, 336–343.

Follette, V. M., & Vechiu, C. (2017). Adult survivors of childhood sexual abuse:

Review of theoretical and empirical literature. In *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge, Vol. 1* (pp. 117-132). American Psychological Association.

Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). Childhood cumulative trauma questionnaire (CCTQ). *Unpublished document*.

Godbout, Natacha, Bigras, N., & Dion, J. (s. d.). Présence attentive et traumas interpersonnels subis durant l'enfance [mindfulness and child maltreatment]. Dans S. Grégoire, L. Lachance, & L. Richer, *La présence attentive (mindfulness) : État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (p. 229–246). Presses de l'Université du Québec (PUQ).

Grassi-Oliveira, R., Ashy, M., & Stein, L. M. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment : Effects of allostatic load? *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*(1), 60–68.

Gupta, S., Bonanno, G. A., Noll, J. G., Putnam, F. W., Keltner, D., & Trickett, P. K. (2011). Anger expression and adaptation to childhood sexual abuse : The role of disclosure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *3*(2), 171.

Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *54*(9), 631–636.

Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire : Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, *61*(3), 147–151.

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children : A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, *37*(11), 891–898.

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (s. d.-a). *Structural Equation Modelling :*

Guidelines for Determining Model Fit. 11.

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (s. d.-b). *Structural Equation Modelling : Guidelines for Determining Model Fit*. 11.

Ilfeld Jr, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports*, *39*(3_suppl), 1215–1228.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, *10*(2), 144–156.

Kavanaugh, B. C., Dupont-Frechette, J. A., Jerskey, B. A., & Holler, K. A. (2017). Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment : Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. *Applied Neuropsychology: Child*, *6*(1), 64–78.

Kelley, E. L. (20150209). *Differential relationships between childhood and adolescent sexual victimization and cognitive–affective sexual appraisals.* Psychology of Violence; US: Educational Publishing Foundation. https://doi.org/10.1037/a0038854

Khoury, B., Knäuper, B., Pagnini, F., Trent, N., Chiesa, A., & Carrière, K. (2017). Embodied mindfulness. *Mindfulness*, *8*(5), 1160–1171.

Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2009). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 17-33. https://doi.org/10.1002/jclp.20624

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4e éd.). New-York: Guilford publications. Récupéré de https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=Q61ECgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=jEmoZxxetj&sig=7s2CRvpO9ZnTyKv_Ona1vM8LKdg&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Kratzer, L., Heinz, P., Pfitzer, F., Padberg, F., Jobst, A., & Schennach, R. (2018). Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *European Journal of Trauma & Dissociation*, *2*(1), 5–10.

Kroska, E. B., Miller, M. L., Roche, A. I., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms : The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders, 225*, 326-336. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.039

Lamont, J. M. (2019). The relationship of mindfulness to body shame, body responsiveness, and health outcomes. *Mindfulness, 10*(4), 639–649.

Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course : Systematic review and meta-analysis. *International journal of public health, 59*(2), 359–372.

Malarbi, S., Abu-Rayya, H. M., Muscara, F., & Stargatt, R. (2017). Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder : A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 72*, 68–86.

Maniglio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders : A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(2), 96–112.

Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse : Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 131–148.

Merwin, R. M., Zachary Rosenthal, M., & Coffey, K. A. (2009). Experiential Avoidance Mediates the Relationship Between Sexual Victimization and Psychological Symptoms : Replicating Findings with an Ethnically Diverse Sample. *Cognitive Therapy and Research, 33*(5), 537-542. https://doi.org/10.1007/s10608-008-9225-7

Musliner, K. L., & Singer, J. B. (2014). Emotional support and adult depression in survivors of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect, 38*(8), 1331–1340.

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998). Statistical analysis with latent variables. *Mplus User's guide, 2012.*

Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C.

(2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse : A national study. *Comprehensive psychiatry*, *54*(1), 16–27.

Pittenger, S. L., Schreier, A., Meidlinger, K., Pogue, J. K., Theimer, K., Flood, M. F., & Hansen, D. J. (2019). Psychological distress and revictimization risk in youth victims of sexual abuse. *Journal of interpersonal violence*, *34*(9), 1930–1960.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, *40*(3), 879–891.

Préville, M. (1995). *Étude de la validité et de la fiabilité de la mesure de détresse psychologique utilisée dans l'Enquête Santé Québec*. Université de Montréal: Les cahiers du GRIS, T95-01.

Préville, Michel, Potvin, L., & Boyer, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, *77*(1), 275–293.

Québec, E. S., & communications, Q. (Province) M. de la santé et des services sociaux (1992). *La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Direction des communications, Ministère de la santé et des services sociaux.

Rau, H. K., & Williams, P. G. (2016). Dispositional mindfulness : A critical review of construct validation research. *Personality and Individual Differences, 93*, 32-43. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.035

Roche, A. I., Kroska, E. B., Miller, M. L., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2019). Childhood trauma and problem behavior : Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. *Journal of American College Health, 67*(1), 17-26. https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1455689

Rosenthal, M. Z., Hall, M. L. R., Palm, K. M., Batten, S. V., & Follette, V. M. (2005). Chronic Avoidance Helps Explain the Relationship Between Severity of Childhood Sexual Abuse and Psychological Distress in Adulthood. *Journal*

of Child Sexual Abuse, *14*(4), 25-41. https://doi.org/10.1300/J070v14n04_02

Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable : Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, *33*(1), 106.

Schoorl, M., Van Mil-Klinkenberg, L., & Van Der Does, W. (2015). Mindfulness Skills, Anxiety Sensitivity, and Cognitive Reactivity in Patients with Posttraumatic Stress Disorder. *Mindfulness*, *6*(5), 1004-1011. https://doi.org/10.1007/s12671-014-0346-7

Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress, and Well-being. *Mindfulness*, *6*(2), 217-226. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0247-1

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe : Review of a Series of Meta-Analyses: Prevalence of Child Maltreatment across the Globe. *Child Abuse Review*, *24*(1), 37-50. https://doi.org/10.1002/car.2353

Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(4), 409-415. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.005

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional Mindfulness and Psychological Health : A Systematic Review. *Mindfulness*, *9*(1), 23-43. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'approbation éthique

UQÀM
Université du Québec à Montréal

CIEREH
Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Le 10 mars 2017

Madame Natacha Godbout
Professeur
Département de sexologie

Objet: Rapport de suivi éthique
Titre: «*Les traumas interpersonnels à l'enfance et les relations interpersonnelles et amoureuses*»
No : 810_e_2017 (Anciennement A-120017), rapport 606
Statut : FRQS

Madame,

En référence au projet de recherche susmentionné ayant reçu l'approbation initiale au plan de l'éthique de la recherche le **10 décembre 2012**, le Comité institutionnel juge votre rapport d'avancement conforme aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (2015) et délivre le renouvellement de votre certificat d'éthique, valide jusqu'au **31 mars 2018**.

Le présent rapport annuel d'avancement du projet ne rapporte aucun changement au sein de l'équipe de recherche universitaire.

En terminant, je vous rappelle qu'il est de votre responsabilité de communiquer au Comité institutionnel les **modifications importantes**[1] qui pourraient être apportées à votre projet en cours de réalisation. Concernant le prochain rapport de suivi éthique (renouvellement ou fin de projet), **vous recevrez automatiquement un premier courriel de rappel trois mois avant la date d'échéance du certificat.** Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, à défaut de quoi, le certificat pourra être révoqué.

Le Comité institutionnel vous souhaite le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche et vous prie de recevoir ses salutations les meilleures.

Le président,

Éric Dion, Ph.D.
Professeur

[1] Modifications apportées aux objectifs du projet et à ses étapes de réalisation, au choix des groupes de participants et à la façon de les recruter et aux formulaires de consentement. Les modifications incluent les risques de préjudices non-prévus pour les participants, les précautions mises en place pour les minimiser, les changements au niveau de la protection accordée aux participants en termes d'anonymat et de confidentialité ainsi que les changements au niveau de l'équipe (ajout ou retrait de membres). Les **demandes d'approbation de modifications** afférentes à ce projet seront dorénavant traitées via le système eReviews.

Annexe 2 : PSI

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé. La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE. ENCERCLER VOTRE RÉPONSE :

	Jamais	**De temps en temps**	**Assez souvent**	**Très souvent**
30. Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie?	1	2	3	4
31. Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?	1	2	3	4
32. Avez-vous senti que votre cœur battait vite ou fort, sans avoir fait d'effort physique?	1	2	3	4
33. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?	1	2	3	4
34. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
35. Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
36. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
37. Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle?	1	2	3	4
38. Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les bleus?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4
41. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
42. Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?	1	2	3	4
43. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
44. Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?	1	2	3	4

45. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
46. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
47. Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	1	2	3	4
48. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
49. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?	1	2	3	4
50. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
51. Avez-vous dû éviter des endroits des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?	1	2	3	4
52. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4
53. Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4
54. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4
55. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4
56. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4
57. Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?	1	2	3	4
58. Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d’autres muscles?	1	2	3	4

Annexe 3 : FFMQ

ÉCHELLE DE PLEINE CONSCIENCE

Pour chacune des propositions ci-dessous, sélectionnez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous selon l'échelle :

1	2	3	4	5
« Jamais/très rarement vrai »		**« Parfois vrai »**		**« Très souvent/ souvent vrai »**

1. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	1	2	3	4	5
3. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	1	2	3	4	5
4. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	1	2	3	4	5
5. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	1	2	3	4	5
6. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	1	2	3	4	5
7. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	1	2	3	4	5
8. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	1	2	3	4	5
9. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser	1	2	3	4	5
10. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	1	2	3	4	5
11. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	1	2	3	4	5
12. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	1	2	3	4	5
13. On dirait que je fonctionne en mode « automatique » sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	1	2	3	4	5
14. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	1	2	3	4	5
15. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	1	2	3	4	5

16. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	1	2	3	4	5
17. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	1	2	3	4	5

Annexe 4 : CCTQ

HISTOIRE DE VIE

Expériences sexuelles durant l'enfance

Un acte à caractère sexuel consiste en n'importe quel geste, avec ou sans contact, qui semble sexuel pour vous (caresse, baiser, jeux sexuels, attouchements sexuels, pénétrations orales, vaginales ou anales, proposition verbale à caractère sexuel, exposition à des scènes sexuelles, etc.). En vous rapportant à cette définition :

Avant l'âge de 18 ans (17 ans et moins), avez-vous eu un acte à caractère sexuel avec l'une des personnes suivantes (Vous pouvez encercler plus d'une case) :

1. Père naturel ou adoptif
2. Conjoint de la mère
3. Grand-père
4. Frère(s)
5. Autre homme membre de la famille (oncle, cousin, etc.)
6. Homme ami de la famille ou connaissance ayant 5 ans de plus que vous (voisin, membre du clergé, etc.)
7. Professeur homme
8. Gardien d'enfant
9. Entraîneur homme
10. Un garçon de mon âge, alors que je ne voulais pas
11. Homme inconnu ayant 5 ans de plus que vous
12. Mère naturelle ou adoptive
13. Conjointe du père
14. Grand-mère
15. Soeur(s)
16. Autre femme membre de la famille (tante, cousine, etc.)
17. Femme amie de la famille ou connaissance ayant 5 ans de plus que vous (voisine, etc.)
18. Professeure femme
19. Gardienne d'enfant
20. Entraîneuse femme
21. Une fille de mon âge, alors que je ne voulais pas
22. Femme inconnue ayant 5 ans de plus que vous

23. Non, je n'ai pas vécu d'acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes

Quel(s) type(s) de geste(s) sexuel(s) avez-vous subi(s) ? (Vous pouvez encercler plus d'une case)

1. Cette personne voulait vous voir nu(e)
2. Cette personne vous a montré ses organes génitaux
3. Cette personne vous a touché les parties génitales, les seins avec les mains, bouche ou autres
4. Cette personne vous a fait toucher ses parties génitales, ses seins avec avec les mains, la bouche ou autres
5. Relations sexuelles orales (fellation(s), cunnilingus)
6. Relations sexuelle vaginales
7. Relations sexuelles anales
8. Autre (veuillez préciser) _____

Comment la (les) personne(s) procédait(ent)-elle(s) pour avoir ces contacts sexuels?

1. Par séduction ou cadeau
2. Par menace
3. Il/elle a utilisé de la drogue ou de l'alcool pour prendre avantage de moi lorsque j'étais intoxiqué(e)
4. Par violence physique
5. Autre _____

Combien de fois estimez-vous avoir vécu ces contacts sexuels?

_____

Quel âge aviez-vous au moment où ont débuté ces contacts sexuels?

_____

Quel âge aviez-vous au moment où ont cessé ces contacts sexuels?

_____

Avez-vous parlé de ces contacts sexuels à (Vous pouvez encercler plus d'une réponse) :

1. Père
2. Mère
3. Frère(s)
4. Soeur(s)
5. Partenaire amoureux
6. Autre membre de la famille (oncle, tante, grand-mère etc.)
7. Ami(e)
8. Professeur(e)
9. Professionnel (médecin, travailleur social, psychologue)

10. Autres
11. Je n’en ai jamais parlé.

Comment a réagi cette personne?

1. Il/elle ne m’a pas cru
2. Il/elle n’a rien fait
3. Il/elle m’a cru
4. Il/elle est intervenu(e) pour me soutenir ou m’aider
5. Autre (précisez) : _____

Considérez-vous cet acte à caractère sexuel comme une agression sexuelle ?

1. Oui
2. Non