

Université de Montréal

Soutien maternel aux enfants et adolescents
ayant vécu une agression sexuelle

par
Chantal Thériault

Département de psychologie
Faculté des Arts et des Sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
En psychologie du counseling

Octobre 2002

© Chantal Thériault, 2002



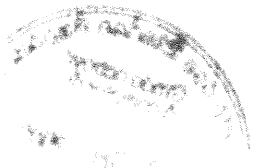
BF

22

U54

2002

V.047



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Soutien maternel aux enfants et adolescents
ayant vécu une agression sexuelle

présentée par :
Chantal Thériault

Sera évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Francine Cyr
Présidente-rapporteur

Mireille Cyr
Directrice de recherche

Huguette Bégin
Membre du jury

Stéphane Sabourin
Examineur externe

Diane Casoni
Représentante du doyen de la FES

Résumé

Cette thèse vise à mieux comprendre le soutien maternel en réponse au dévoilement d'agression sexuelle commise envers les jeunes. Elle compte deux articles. Le premier présente une revue des études portant sur le soutien maternel. Il ressort que le soutien en réponse au dévoilement est multidimensionnel et que des problèmes existent concernant sa mesure. À travers les études, on note des inconsistances concernant l'impact de ce soutien sur les symptômes des victimes. De plus, très peu de recherches empiriques portent sur les facteurs associés à ce soutien. Leurs résultats suggèrent que la dépendance psychologique envers l'agresseur, l'âge plus avancé des victimes, des agressions plus sévères et un soutien plus faible offert aux mères sont généralement associés à une réponse maternelle moins supportante. D'autres recherches sont nécessaires pour approfondir la compréhension des facteurs précités et pour saisir les inconsistances concernant la relation entre la réponse maternelle et les facteurs suivants : l'agression sexuelle dans l'enfance de la mère et la détresse psychologique de la mère. Le second article examine le lien entre la réponse maternelle au dévoilement et les symptômes d'adolescentes ayant subi une agression sexuelle intrafamiliale. Les 71 participantes ont été recrutées dans trois centres jeunesse au moment de l'évaluation du signalement pour agression sexuelle. Le « Trauma Symptom Checklist for Children » (TSC-C; Briere, 1989; Wright & Sabourin, 1996) a permis d'évaluer les symptômes. La réponse maternelle a été mesurée avec le « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1996). Les

résultats confirment que les mères répondent au dévoilement de différentes façons. Les régressions multiples révèlent que, pour plusieurs symptômes du TSC-C, le soutien maternel général explique davantage la variance des symptômes que le soutien en réponse au dévoilement. Les problèmes d'alcool dans la famille et les caractéristiques de l'agression sexuelle expliquent aussi une partie unique de la variance de plusieurs symptômes. La discussion générale aborde le travail effectué pour préciser le PRADS. Elle appuie aussi la nécessité de poursuivre les travaux sur le soutien maternel en réponse au dévoilement afin d'approfondir et d'appuyer les connaissances actuelles.

Mots clés

Réponse au dévoilement, soutien maternel général, revue des écrits, adolescentes, symptômes, problèmes familiaux, détresse maternelle.

Abstract

The aim of this thesis is to better understand maternal support in response to child sexual abuse disclosure. It comprises two articles. The first, which reviews existing empirical studies on maternal support, reveals both the multidimensional aspect of maternal support and the problems which appeared in measuring it. This article also shows the inconsistencies which exist regarding the impact of maternal support on the victims' symptoms. Few empirical studies have looked at factors associated with the capacity of its provision, but the results of studies that have been done suggest that maternal support in response to disclosure is generally weaker when the mothers' relationship with the offender is more dependent, the victims are older, the abuse is more severe and the mothers received less assistance. Therefore, more studies are needed to increase our understanding of these factors and to explain inconsistencies in the results concerning the link between maternal response and two factors: maternal history of childhood sexual abuse and the mother's psychological distress. The second article examines the link between maternal response to disclosure and adolescents' post-disclosure symptoms. All participants (71) were abused by a family member and were recruited from three Quebec youth centres at the time of the evaluation of the sexual abuse report. The victims' psychological distress was evaluated with the « Trauma Symptoms Checklist for Children » (TSC-C; Briere, 1989; Wright & Sabourin, 1996) and maternal response to disclosure was assessed with the « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (PRADS; Everson et al. 1989; Thériault et al., 1996). Results confirm that mothers reacted to disclosure in

various ways. Regression analyses indicate that general maternal support explains more variance in most of TSC-C symptoms than maternal response to disclosure. Analysis reveals that alcohol problems in the family and various characteristics of sexual aggression explain a unique part of the variance of several symptoms. The general discussion addresses the work done on the precision of PRADS. It also points to the need to continue to explore the question of maternal support in response to disclosure in order to deepen our existing knowledge on this matter.

Key words

Maternal support, maternal response to disclosure, sexual abuse, review, adolescents, post-disclosure symptoms, family problems, mother's psychological distress.

Table des matières

Résumé en français.....	iii
Résumé en anglais.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des sigles.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Chapitre 1: Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel: conceptualisation, effets et facteurs associés.....	14
Chapitre 2 : Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale.....	50
Discussion.....	95
Références.....	116
Appendice A: Accusé de réception de la revue Child Abuse & Neglect pour l'article présenté au chapitre 2xii
Appendice B: Échelle des réactions des parents au dévoilement de l'agression sexuelle (grille de cotation et protocoles d'entrevues).....	.xiv
Appendice C: Questions issues du « Incest History Questionnaire ».....	.xxxI
Appendice D: Inventaire des problèmes familiaux.....	.xxxiv

Liste des tableauxArticle 2: Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes
d'agression sexuelle intrafamiliale

Tableau 1:	Moyennes, écart-types et pourcentages de participantes ayant des symptômes au-delà du seuil clinique pour chacune des sous-échelles du TSC-C.....	82
Tableau 2:	Pourcentages des adolescentes ayant vécu chacun des problèmes familiaux au cours de leur vie et dans la dernière année et proportion de celles qui ont été extrêmement bouleversées par le problème.....	83
Tableau 3:	Corrélations entre les facteurs contextuels et les symptômes au TSC-C.....	84
Tableau 4:	Analyses des régressions multiples (stepwise) des facteurs contextuels significativement associés à chacun des symptômes du TSC-C.....	85

Liste des sigles

- AS: Agression sexuelle.
- PRADS: « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (instrument servant à évaluer le soutien maternel en réponse au dévoilement, élaboré par Everson et son équipe en 1989).
- TSC-C : « Trauma Symptom Checklist for Children » (instrument servant à mesurer les réactions à la suite d'un traumatisme, élaboré par Briere en 1989).

Remerciements

Je désire en premier lieu exprimer ma gratitude à ma directrice de thèse Mireille Cyr pour m'avoir invitée à l'accompagner dans l'élaboration d'un projet sur les mères des victimes d'agression sexuelle et surtout, pour sa confiance, sa disponibilité et son soutien. À toutes les étapes du processus, elle a mis à ma disposition les ressources nécessaires à l'avancement de ce projet.

Je tiens à remercier le Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel envers les enfants (PRIMASE) pour leur appui ainsi que John Wright, son responsable scientifique, pour ses commentaires judicieux et son encouragement. Je désire témoigner ma gratitude aux intervenants des centres jeunesse des régions de Lanaudière, de la Mauricie/Centre du Québec et de la Montérégie qui ont participé à cette étude. Leur collaboration était essentielle et très appréciée. Les échanges avec eux m'ont appris sur la clientèle et leur travail.

Je voudrais souligner l'assistance de Pierre McDuff au plan du traitement statistique des données et celle de Susan Dalton pour la révision de l'anglais. Je remercie également Évelyne Bernèche, Michelle Brunelle, Joane Boucher, Nathalie Couture, François-Luc Desaulnier, Jacinthe Dion, Rhéa Dufresne, Huguette Ferron, Mélissa Henri, Ginette Kelly, Émilie Jouvin, Renée Lamy, Claire Longpré, Isabelle Michaud, Roxane Perrault et Yvan Turcotte pour leur participation à l'expérimentation.

Au cours des dernières années, j'ai eu l'occasion de discuter du présent travail et d'échanger des documents avec plusieurs collègues. Ces discussions et échanges ont été fort stimulants et utiles. Je remercie particulièrement Sophie

Boucher, Caroline Cinq-Mars, Delphine Collin-Vézina, Isabelle Daigneault, Magali Dufour, et Fabienne Lagueux à cet effet.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et à l'Université de Montréal pour l'assistance financière qu'ils m'ont accordée.

Enfin, je suis reconnaissante aux membres de ma famille et à mes amis, qui m'ont encouragée tout au long de ce parcours, à Jules pour sa fidèle compagnie ainsi qu'à mon conjoint Éric Amyot pour son immense soutien.

Introduction

L'agression sexuelle envers les enfants et les adolescents est un problème social important. Les directeurs de la protection de la jeunesse du Québec (1991) ont défini l'agression sexuelle de la façon suivante :

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

La notion de «geste posé» peut signifier un toucher corporel, une exposition ou une autre utilisation de l'enfant à des fins sexuelles, qu'il y ait contact physique ou non (Association des centres jeunesse du Québec, 2000).

Ampleur du phénomène de l'agression sexuelle chez les jeunes

Il est difficile d'évaluer l'ampleur du problème de l'agression sexuelle commise envers les jeunes. En effet, il arrive fréquemment que les victimes ne dénoncent pas l'agression ou hésitent à le faire (Bergner, Delgado, & Graybill, 1995; Elliott & Briere, 1994; Finkelhor, 1994b; Sorenson & Snow, 1991). De plus, l'agression sexuelle se déroule souvent sans autre témoin que l'agresseur qui, souvent niera ou minimisera les événements (Bergner et al. 1995; Wright, Lussier, Sabourin, & Perron, 1999).

Selon une enquête effectuée à l'automne 1998 à l'échelle de la province, on estime qu'au Québec, 0,9 enfant/1000 ont fait l'objet d'un signalement pour agression sexuelle auprès de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), signalement pour lequel il existe des preuves suffisantes permettant de croire que l'agression s'est produite (Tourigny, Wright, Mayer, Larrivée, & Bouchard, 2001).

Ce taux québécois correspond au taux observé dans l'ensemble du Canada en 1998 dans l'étude canadienne sur l'incidence (Trocmé et al., 2001). Ces chiffres sont toutefois inférieurs au taux de 1,5 enfants/1000 comptabilisé aux États-Unis pour la même année (Wright, Tourigny, Trocmé, & Mayer, 2000). Selon Wright et ses collaborateurs (2000), depuis 1990 les taux québécois se révèlent plus faibles que ceux observés aux États-Unis. De plus, depuis les années 1992-93, les données de la direction de la protection de la jeunesse indiquent une décroissance constante de l'incidence de l'agression sexuelle au Québec. Cette décroissance a également été observée aux États-Unis (Jones & Finkelhor, 2001).

Ces taux d'incidence sont basés sur les situations d'agression qui viennent à l'attention des agences de protection de la jeunesse. Or la majorité de ces situations ne sont jamais signalées (Finkelhor, 1994b; Sedlak & Broadhurst, 1996). Une étude québécoise menée auprès de 287 jeunes victimes d'agression sexuelle ayant eu recours à un centre d'intervention téléphonique montrait d'ailleurs que seulement 18% des agressions sexuelles rapportées lors des interventions téléphoniques étaient connues de la DPJ ou d'un professionnel (Tourigny, Péladeau, & Bouchard, 1993).

Par ailleurs, des études rétrospectives généralement effectuées auprès d'adultes donnent un aperçu de la prévalence du taux de victimisation avant l'âge adulte. Les recherches nord-américaines, et celles effectuées dans d'autres pays, révèlent des taux de prévalence très variables chez les adultes issus de la population générale, la moyenne se situant autour de 20% pour les femmes et de 7% pour les hommes (Finkelhor, 1994a ; Finkelhor, 1994b). À l'hiver 2000, une

étude sur le taux de prévalence des agressions sexuelles a été menée auprès de 978 adolescents fréquentant une école secondaire publique de la grande région de Montréal (Thériault, Cyr, Cinq-Mars, Jouvin, & Daigneault, 2000). Les résultats révélèrent que 18,6% des filles et 3,3% des garçons rapportaient avoir subi des contacts sexuels sans leur consentement. Ces données québécoises, bien qu'imparfaites, aboutissent à des taux de victimisation synchrones aux estimés de prévalence obtenus chez les adultes.

Malgré une certaine imprécision dans les méthodes utilisées pour évaluer le nombre de personnes ayant vécu une agression sexuelle avant d'atteindre l'âge adulte, les résultats des différentes études démontrent l'ampleur réelle du problème.

Les conséquences de l'agression sexuelle

Depuis une quinzaine d'années, de nombreux chercheurs et cliniciens analysent les réactions des enfants et des adolescents victimes d'agression sexuelle. Leurs travaux indiquent que les jeunes victimes vivent fréquemment des niveaux de détresse importants et manifestent généralement plus de symptômes que la population générale (Kendall-Tackett, Meyer Williams, & Finkelhor, 1993). Une grande variété de symptômes ont été associés aux agressions sexuelles. Toutefois, on retrouve aucun des symptômes chez l'ensemble des victimes (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Briere & Elliott, 1994; Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Briere et Elliott (1994) ont regroupé les symptômes les plus souvent présents chez les victimes en huit catégories : les symptômes de stress post-traumatique, les comportements

sexuels problématiques, les distorsions cognitives, la détresse émotionnelle, la compromission du développement de l'identité, l'évitement et les difficultés interpersonnelles. Parmi ces symptômes, les symptômes de stress post-traumatique semblent les plus fréquents (Kendall-Tackett et al., 1993).

Ainsi, chaque enfant ne présente pas le même type ni la même intensité de perturbations et un certain nombre de victimes (entre 15 et 45% selon l'étude et le symptôme évalué) manifestent aucun symptôme parmi ceux étudiés (Wright et al., 1999). Des réactions initiales paraissent s'estomper graduellement alors que d'autres réactions se généralisent ou se développent avec le temps (Briere & Elliott, 1994). Enfin, la manifestation de certaines perturbations peut varier en fonction de l'âge (Beitchman et al., 1991; Kendall-Tackett et al., 1993; Trickett & Putnam, 1998; Wright et al., 1999). Devant la complexité des symptômes et parce que les études regroupent fréquemment des victimes appartenant à divers groupes d'âge, certains chercheurs ont recommandé de mener des recherches auprès d'enfants appartenant à des groupes d'âge circonscrit afin de mieux comprendre, non seulement leurs symptômes à la suite de l'agression, mais également pour mieux cerner les facteurs associés à leur état (Friedrich, 1998; Kendall-Tackett et al., 1993).

Les chercheurs et les cliniciens ont tenté de comprendre le processus par lequel les victimes développent des symptômes ou se rétablissent après une agression sexuelle. À la suite d'une revue de différents modèles théoriques sur l'impact de l'agression sexuelle (les théories du symptôme central, les modèles à facettes multiples et les théories sur les dysfonctions familiales comme source du

traumatisme), Kendall-Tackett et ses collaborateurs (1993) suggèrent d'utiliser un modèle théorique global « Grand model of sexual abuse trauma ». Dans ce modèle, les symptômes des victimes résulteraient de l'acte abusif en interaction avec les vulnérabilités préalables de l'enfant, la qualité de l'environnement familial et la réponse sociale au dévoilement de l'agression. Dans cette étude, comme dans le cadre d'autres travaux théoriques, empiriques et cliniques, le soutien du parent non-agresseur apparaît comme un facteur important à considérer pour mieux comprendre les réactions des victimes d'agression sexuelle (Alexander, 1992; Friedrich, 1990; Hooper & Humphrey, 1998; Howard, 1993; Spaccarelli, 1994). L'étude plus approfondie de ce soutien est l'objectif principal de cette thèse.

Le dévoilement de l'agression

Pour l'enfant victime, le dévoilement de l'agression sexuelle est un processus complexe souvent entrecoupé de dénégations et de rétractions (Elliott & Briere, 1994; Sorenson & Snow, 1991). Certains enfants dévoilent volontairement l'agression subie. Pour d'autres, un événement précipitera le dévoilement, ou alors des signes physiques ou comportementaux indiqueront à l'entourage la possibilité d'une agression sexuelle (Nagel, Putnam, & Noll, 1997). Plusieurs facteurs peuvent rendre le dévoilement difficile : les peurs relatives à la réaction de l'agresseur et du parent non-agresseur, la crainte de trahir ou de nuire à la famille, le fait de se blâmer pour l'agression ainsi que la difficulté à reconnaître qu'il y a eu agression sexuelle (Elliot & Briere, 1994; Palmer, Brown, Rae-Grant, & Loughlin, 1999). Par ailleurs, le dévoilement de l'agression amène un soulagement chez une

proportion importante d'enfants. Pour ces derniers, le dévoilement aura permis l'arrêt des agressions et la possibilité d'un rétablissement émotif (Berliner & Conte, 1995; Roberts & Taylor, 1993).

Les enfants qui dévoilent volontairement l'agression sexuelle manifestent toutefois plus de symptômes que les autres (Elliott & Briere, 1994; Nagel et al., 1997). Nagel et ses collègues (1997) émettent l'hypothèse que ces enfants se responsabilisent et se blâment davantage pour les événements entourant le dévoilement de l'agression. Avec le dévoilement, les victimes et leur famille sont susceptibles d'être confrontés à une série d'événements tels que le dévoilement public aux autorités responsables de la protection de la jeunesse, l'évaluation du fonctionnement psychosocial, l'implication dans un traitement, le départ de la victime ou de l'agresseur de la résidence familiale et l'intervention du système judiciaire dans les cas de poursuites (Association des centres jeunesse du Québec, 2000).

La mère non agresseuse est souvent la principale personne impliquée dans les soins et la protection apportés à la victime à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle (Hooper, 1992). Dans un premier temps, le dévoilement de l'agression est, pour plusieurs mères, une situation qui semble inconcevable et difficile à comprendre (Hooper, 1992; Runyan, Hunter, Everson, De Vos, Cross, Peeler, & Whitcomb, 1992). Dans les cas d'agression à l'intérieur de la famille, les mères vivent fréquemment plusieurs pertes et changements. Selon Elbow et Mayfield (1991), les mères peuvent vivre un bouleversement concernant la perception qu'elles ont d'elles-mêmes, de l'agresseur, de l'enfant et de la relation

qu'elles entretiennent avec eux. Selon Massat et Lundy (1998), plusieurs mères font face à des changements dans leurs relations familiales et amicales, une diminution de leur revenu, des bouleversements dans leur travail et des déménagements. Ces nombreux changements impliquent une réorganisation dans plusieurs sphères de leur vie. Enfin, une proportion importante des mères des victimes vivent une détresse psychologique de niveau clinique incluant des symptômes de stress post-traumatique (Cyr, Wright, & McDuff, 1999; Davies, 1995; Elliott & Carnes, 2001; Kelley, 1990; Manion, McIntyre, Firestone, Ligezinska, Ensom, & Wells, 1996; Newberger, Gremu, Wateraux, & Newberger, 1993).

Le soutien maternel en réponse au dévoilement de l'agression

Au cours des années 1980, des travaux ont commencé à porter sur le soutien offert par les mères non-agresseuses en réponse au dévoilement. Les études antérieures abordaient plutôt la responsabilité des mères dans l'inceste ou leur incapacité à venir en aide aux enfants victimes (Corcoran, 1998; Joyce, 1999; Massat & Lundy, 1998; Runyan et al., 1992; Salt, Myer, Coleman, & Sauzier, 1990). Dans ces nouveaux travaux, le soutien maternel en réponse au dévoilement était généralement défini par le niveau de crédibilité accordé aux révélations de l'agression, par le niveau de protection offert à la victime ou par le fait ou non de tenir la victime responsable de l'agression (deYoung, 1994; Everson, Hunter, Runyan, Edelsohn, & Coulter, 1989; Gomes-Schwartz, Horowitz, & Cardarelli, 1990; Heriot, 1996; Leifer, Shapiro, & Kassem, 1993). Dans d'autres études, la réponse au dévoilement était conceptualisée d'une manière globale comme étant

positive/négative ou supportante/non-supportante (Testa, Miller, Downs, & Panek, 1992; Wyatt & Mickey, 1987).

Des hypothèses ont été émises sur le rôle de la réponse du parent non-agresseur au dévoilement. On a souvent présenté cette réponse comme un facteur pouvant affecter la capacité de la victime à composer avec une situation d'agression et avec les événements qui l'entourent. Ainsi, dans le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994), les réactions négatives ou non-supportantes au dévoilement sont conceptualisées comme des événements stressants liés à l'agression. Dans ce modèle, les réactions au dévoilement ont un effet indirect sur les symptômes des victimes en augmentant la possibilité que celles-ci utilisent des stratégies d'adaptation inadéquates et perçoivent l'agression et les événements l'entourant d'une manière qui mine leur image d'elles-mêmes, leur sentiment de sécurité et de confiance aux autres. Des parties du modèle de Spaccarelli (1994) concordent avec le rôle du soutien maternel en réponse au dévoilement présenté dans les travaux de Alexander (1992) et de Morrow et Sorell (1989). Un soutien faible en réponse au dévoilement a également été perçu par Runyan et al. (1992) comme un facteur susceptible de susciter d'autres événements comme le placement de l'enfant. En effet, la réponse maternelle a un impact important sur certaines décisions prises par les intervenants dans le domaine de la santé mentale et les responsables de la protection des enfants (Hunter, Coulter, Runyan & Everson, 1990; Leifer et al., 1993; Pellegrin & Wagner, 1990).

En contre partie, d'autres auteurs considèrent la réponse supportante au dévoilement comme une composante importante dans le processus de

rétablissement des victimes (Hooper & Humphrey, 1998; Howard, 1993; Morrison & Clavenna-Valleroy, 1998). Morrison et Clavenna-Valleroy (1998) ont émis l'hypothèse qu'une réponse positive satisfaisait les besoins d'amour et d'acceptation des victimes tout en validant le fait que l'agression sexuelle se soit produite. Pour Herman (1992), une telle validation représente l'une des composantes principales du processus de rétablissement des personnes ayant subi un traumatisme.

Malgré l'importance accordée à la réponse maternelle et même si les travaux mettent de plus en plus en évidence l'hétérogénéité des réponses des mères au dévoilement de l'agression sexuelle (Cyr, Wright, Toupin, Oxman-Martinez, McDuff, & Thériault, sous presse; Elliott & Carnes, 2001; Heriot, 1996; Leifer et al., 1993; Pintello & Zuravin, 2001), notre compréhension des réactions des mères, de ses effets et des facteurs susceptibles de l'influencer reste partielle.

En effet, au milieu des années 1990, aucune recherche n'avait fait le point sur les différentes conceptualisations du soutien maternel en réponse au dévoilement, sur leurs mesures ainsi que sur les variables susceptibles de favoriser ou d'entraver ce soutien. Compte tenu de la nécessité de venir en aide aux mères qui éprouvent de la difficulté à soutenir leur enfant lors du dévoilement d'une agression sexuelle, il s'avère essentiel de mieux connaître ces variables. Une meilleure compréhension de la relation de soutien entre une mère et son enfant et des facteurs associés à celle-ci pourrait mettre en lumière des aspects importants à évaluer lors du dévoilement de l'agression, et rendrait possible la recommandation de pistes d'intervention.

Par ailleurs, même si le soutien du parent non-agresseur en réponse au dévoilement d'une agression sexuelle a souvent été présenté comme une composante du milieu familial en lien avec l'état psychologique des victimes, certaines questions sur la relation entre la réponse maternelle au dévoilement et les symptômes des victimes restent à explorer. Notamment, peu de recherches empiriques ont porté sur cette relation au cours de l'adolescence. Lorsqu'elles ont porté sur des adolescentes, celles-ci avaient déjà été sélectionnées pour un traitement (Johnson & Kenkel, 1991; Morrisson & Clavenna-Valleroy, 1998; Morrow & Sorell, 1989) ou elles faisaient partie d'un échantillon plus large comptant aussi des enfants (Everson et al., 1989; Leifer et al., 1993). De plus, la perception des adolescentes quant à leurs symptômes sexuels, de dissociation et de stress post-traumatique n'a pas été mise en relation avec la réponse maternelle alors que ces symptômes sont présents chez plusieurs adolescents victimes d'agression sexuelle (Friedrich, Jaworski, Huxsahl, & Bengtson, 1997; Jouvin, Cyr, Thériault, & Wright, 2001; Sadowski & Friedrich, 2000). Il importe aussi de vérifier le point de vue des victimes quant à ces symptômes car leurs parents peuvent ne pas connaître l'existence de ceux-ci. Enfin, plusieurs variables contextuelles, autres que la réponse maternelle au dévoilement, peuvent être associées aux symptômes des adolescentes victimes. Le soutien maternel général (c'est-à-dire un soutien qui n'est pas spécifiquement offert en réponse au dévoilement de l'agression), d'autres problèmes familiaux et les caractéristiques de l'agression font partie de ces variables (Chandy, Blum, & Resnick, 1996; Lynskey & Fergusson, 1997; Spaccarelli & Fuchs, 1997). D'autres études sont

donc nécessaires pour mieux cerner la contribution spécifique de la réponse maternelle au dévoilement et des autres variables contextuelles sur la perception des adolescentes quant à divers symptômes.

Objectifs

Le bilan des écrits empiriques souligne la nécessité d'étayer notre compréhension du soutien maternel en réponse au dévoilement de l'agression sexuelle. Ainsi, la conceptualisation et la mesure de la réponse maternelle au dévoilement, les facteurs qui y sont associés et la relation entre la réponse au dévoilement et les symptômes des victimes adolescentes méritent d'être davantage étudiés. La présente thèse comporte donc les deux objectifs principaux suivants :

1. Effectuer une synthèse des études empiriques sur le soutien maternel à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle, sa relation avec les symptômes des victimes et les facteurs susceptibles de le susciter ou de l'entraver.

2. Vérifier de manière empirique la relation entre différents facteurs contextuels (la réponse maternelle au dévoilement de l'agression, le soutien maternel général, les problèmes familiaux et les caractéristiques de l'agression) et les symptômes d'adolescentes ayant vécu une agression sexuelle intrafamiliale.

Elle comporte également un objectif secondaire :

Traduire en français le « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989), un instrument mesurant la réponse maternelle au dévoilement de l'agression sexuelle, préciser ses critères de cotation et mesurer la fidélité interjuges de la version traduite en utilisant les critères de cotation précisés.

Le premier chapitre de cette thèse présente un article qui répond au premier objectif. Intitulé « Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel : conceptualisation, effets et facteurs associés », il a été publié dans la Revue québécoise de psychologie en 1997 (vol.18, no 3). Le deuxième chapitre est constitué d'un article qui présente les résultats concernant le deuxième objectif et s'intitule : « Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale ». Il a été soumis en français à la revue *Child Abuse and Neglect* en février 2002 (voir appendice A pour l'accusé de réception). Les résultats relatifs à l'objectif secondaire sont présentés dans la discussion et à l'appendice B (exemplaire de la version traduite et des critères de cotation).

Chapitre 1

Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel:

conceptualisation, effets et facteurs associés

Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel:
conceptualisation, effets et facteurs associés

Chantal Thériault

Mireille Cyr

John Wright

Université de Montréal

Mots clés: soutien maternel, abus sexuel, enfant, relation
mère-abuseur, santé mentale, soutien social.

Key Words: maternal support, sexual abuse, children, mother's
relationship to the perpetrator, mental health, social support.

Publié par la Revue Québécoise de psychologie (1997, vol 18, no3)

Cet article a été rédigé dans le cadre des études doctorales du premier auteur. Nous tenons à remercier le Conseil québécois de la recherche sociale pour son appui financier ainsi que Éric Amyot et Céline Millette pour leur précieuse collaboration.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mireille Cyr, Université de Montréal, Département de psychologie, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3J7.

Adresse électronique: cym@ere.umontreal.ca

Les professionnels intervenant auprès d'enfants victimes d'abus sexuel s'entendent sur l'importance d'évaluer la capacité du parent non-abuseur à soutenir son enfant. En effet, à la suite du dévoilement de l'abus, le parent non-abuseur représente souvent la première source potentielle de soutien. La façon de réagir du parent devant ces révélations a un impact important sur le bien-être de la victime. Les enfants qui bénéficient d'un soutien parental adéquat à la suite du dévoilement de l'abus ont moins de chance d'être retirés du foyer familial, évitant ainsi de vivre toutes les difficultés fréquemment associées à ce retrait (Everson, Hunter, Runyan, Edelson, et Coulter, 1989; Leifer, Shapiro, et Kassem, 1993; Pellegrin et Wagner, 1990). Certaines recherches effectuées jusqu'ici montrent également que les séquelles résultant de l'abus sont moins importantes à court terme (Adams-Tucker, 1982; Everson et al., 1989; Johnson et Kenkel, 1991; Morrow et Sorrel, 1989) et à long terme (Everill et Waller, 1994; Fromuth, 1986; Gold, Milan, Mayall, et Johnson, 1994; Testa, Miller, Downs, et Panek, 1992; Wyatt et Mickey, 1987) pour les enfants soutenus.

Malgré le consensus existant sur l'importance d'évaluer la capacité de soutien parental dans les cas d'abus sexuel, certaines questions concernant ce soutien restent à explorer. Quelles actions ou attitudes de la part des parents peuvent être considérées comme aidantes dans les cas d'abus sexuel? Quels facteurs permettent à certains parents d'apporter plus de soutien à leur enfant que d'autres? Cet article brosse un tableau des connaissances empiriques disponibles sur le soutien parental et l'abus sexuel. Tout d'abord, nous présenterons diverses définitions du soutien, puis les résultats des recherches ayant examiné l'effet du soutien parental sur l'adaptation de l'enfant et, enfin, les facteurs susceptibles de

favoriser ou d'entraver ce soutien. Comme une proportion importante d'études recensées évaluent le soutien maternel plutôt que le soutien parental, cet article porte plus spécifiquement sur le soutien maternel.

CONCEPTUALISATION DU SOUTIEN MATERNEL

La définition du soutien maternel varie selon les études. Par conséquent, on peut émettre l'hypothèse que les intervenants oeuvrant auprès des victimes d'abus sexuel ont des points de vue différents sur les actions et les attitudes qu'ils considèrent comme du soutien.

Deux catégories de soutien se démarquent. La première réfère à une relation de soutien entre la mère et la victime. La plupart du temps, elle est définie par le niveau d'affection et d'acceptation exprimée par la mère, la fréquence des échanges positifs et l'aide apportée lorsque l'enfant vit une difficulté (Esparza, 1993; Lovett, 1995; Spaccarelli et Kim, 1995). Ce soutien n'est pas directement lié à la situation d'abus.

Le second type de soutien est spécifique à la situation d'abus sexuel. Sa définition varie également selon les études. Dans certaines d'entre elles, le soutien est conceptualisé d'une façon globale. Il est alors qualifié comme présent ou absent, positif ou négatif, sans que les critères ayant servi à le classer soient explicites (Wyatt et Mickey, 1987; Testa et al., 1992). D'autres études nuancent la conceptualisation en considérant plusieurs dimensions du soutien (Everson et al., 1989; Heriot, 1996; Leifer et al., 1993). Ces recherches mentionnent souvent une ou plusieurs de ces quatre dimensions: croire les allégations de l'enfant, lui démontrer qu'il n'est pas responsable de l'abus, entreprendre des actions pour le

protéger de l'abuseur (p. ex. ne pas le laisser avec l'abuseur sans surveillance) et faire appel à des services pour venir en aide à l'enfant (p. ex., psychothérapie).

Afin d'uniformiser la définition du soutien spécifique à l'abus, certains problèmes doivent être résolus. Tout d'abord, dans plusieurs recherches, la définition du soutien comprend plusieurs construits et il est impossible de savoir sur quel construit se base l'évaluateur pour établir le niveau du soutien (Adams-Tucker, 1982; Everill et Waller, 1994; Testa et al. 1992). Par exemple, Testa et al. illustrent les réactions positives de soutien par les comportements suivants: rassurer la victime en lui disant qu'elle n'est pas à blâmer pour l'abus, confronter l'abuseur et agir de manière à ce que l'abus cesse. Ainsi, le soutien reçu par deux victimes peut être qualifié de positif pour des raisons différentes. Par exemple, dans un cas, l'abuseur est confronté et, dans l'autre, la victime n'est pas blâmée pour l'abus. Cependant, on ignore si, dans le premier cas, la victime a été blâmée pour l'abus.

Il arrive également que les différents niveaux de soutien soient définis par des dimensions diverses (Adams-Tucker, 1982; deYoung, 1994). Par exemple, deYoung considère qu'une mère protège peu son enfant si elle réagit à l'abus en cherchant du soutien émotif pour les membres de sa famille auprès d'une personne qui n'est pas un professionnel. Par contre, selon le même auteur, une mère démontre un soutien élevé si elle met son conjoint abuseur à la porte ou appelle la police en réponse aux allégations d'abus. Ainsi, deYoung fait appel à deux dimensions différentes du soutien pour classifier chaque niveau illustré: un soutien faible réfère au soutien émotif, alors que les actions entreprises envers l'abuseur conceptualisent un soutien élevé.

De plus, comme nous l'avons déjà mentionné, les réponses maternelles sont parfois réparties d'une manière dichotomique comme étant positives ou négatives, présentes ou absentes (Adams-Tucker, 1982; Everill et Waller, 1994; Leifer et al. 1993). Cette classification ne rend pas compte de la complexité et de l'ambivalence inhérentes à la relation de soutien entre une mère et son enfant.

Les dimensions imprécises ou peu définies qui laissent place à la subjectivité de l'évaluateur font aussi partie des problèmes rencontrés. Par exemple, le "Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale" (Everson et al., 1989) comporte cette lacune. Le soutien émotif est l'une des dimensions mesurées avec cet instrument. Pour l'évaluer, l'interviewer positionne l'attitude de la mère sur un continuum de cinq points en ayant seulement trois phrases comme repères. Il doit déterminer si la mère "s'implique grandement auprès de l'enfant et lui donne du soutien émotif"¹, si elle est "hésitante dans sa capacité ou son désir de soutenir l'enfant" ou si elle est "menaçante, hostile ou rejetante". Ces repères peu concrets peuvent avoir plusieurs interprétations possibles selon les interviewers.

À notre avis, il est nécessaire, tant à des fins cliniques que de recherches, que la conceptualisation du soutien spécifique à l'abus: 1) reflète la complexité de la relation entre la mère et l'enfant, en situant le soutien sur un continuum plutôt qu'en le classifiant de façon dichotomique, 2) se caractérise par des dimensions uniformes à chacun des niveaux de soutien, dimensions qui sont définies à l'aide de critères concrets et 3) tienne compte des différentes dimensions inhérentes au

¹traduction libre des auteurs à partir du "Parental reaction to abuse disclosure scale (PRADS)" (Everson, Hunter et Runyan, 1989).

soutien maternel, car celles-ci ne sont pas nécessairement offertes de façon équivalente.

Ces recommandations sur la conceptualisation du soutien maternel sont basées sur des observations empiriques. En effet, Runyan, Hunter, Everson, DeVos, Cross, Peeler et Whitcomb (1992) observent que, généralement, les mères croient l'aveu de leur enfant et agissent de façon à le protéger de l'abuseur, mais qu'elles sont moins actives en ce qui concerne le soutien émotif et la recherche de soutien professionnel. Les travaux d'Heriot (1996) et de Lovett (1995) ont également démontré que le fait de croire que l'abus avait eu lieu ne garantit pas l'apport de soutien émotif ou les actions entreprises envers l'abuseur pour protéger l'enfant. Par exemple, Heriot a observé, auprès d'un échantillon de 118 cas d'abus intrafamiliaux, que 75% des mères croient que l'abus a eu lieu. Toutefois, seulement 57% d'entre elles ont posé des actions pour séparer l'enfant de l'abuseur, 68% ont offert un soutien émotif et seulement la moitié (52%) offre ces deux types de soutien à la fois. Ces résultats ont été confirmés par d'autres études. Ainsi, si seul le fait de croire le témoignage de l'enfant lors du dévoilement est examiné, entre 62% et 87% des mères paraissent soutenir leur enfant (Deblinger, Lippmann, Stauffer, et Finkel, 1994; deYoung, 1994; Elbow et Mayfield, 1991; Heriot, 1996; Lovett, 1995; Pellegrin et Wagner, 1990; Pierce et Pierce, 1985; Sirles et Franke, 1989; Wilson, 1995; Wright et al., 1997). Cependant, lorsque le soutien maternel est mesuré en tenant compte de plusieurs dimensions spécifiques à l'abus, les résultats obtenus sont différents; entre 44% et 53% des mères apportent un soutien adéquat (Everson et al., 1989; Heriot, 1996; Leifer et al., 1993; Wright et al. 1997).

Ces résultats démontrent l'importance de se fier à plusieurs indices pour établir le niveau de soutien. Ils indiquent également que les mères ne forment pas un groupe homogène en n'apportant pas le même soutien à leurs enfants. Soulignons que les données concernant les niveaux de soutien rapportés précédemment doivent être considérés avec réserve. En effet, plusieurs mères sollicitées pour participer aux recherches l'ont été par l'entremise de cliniques qui offraient un traitement ou par des services de protection de la jeunesse. Tourigny, Péladeau et Bouchard (1993) indiquent que plus de 80% des enfants victimes d'abus sexuel ne sont pas en contact avec de tels services. Par conséquent, le niveau réel de soutien maternel auquel ont accès la majorité des enfants victimes d'abus sexuel est inconnu. De plus, Runyan et ses collaborateurs (1992) mentionnent que les mères qui ont refusé de participer à leur recherche offraient moins de soutien à leur enfant que celles qui ont pris part à celle-ci.

SOUTIEN MATERNEL ET ADAPTATION DES VICTIMES

Plusieurs recherches se sont penchées sur l'adaptation sociale et émotionnelle à court et à long terme des enfants victimes d'abus sexuel. Celles-ci identifient une variété de symptômes chez les victimes (Briere et Elliot, 1994; Kendall-Tackett, Meyer, Williams, et Finkelhor, 1993) et démontrent qu'en moyenne, 25% des enfants ne présentent aucun symptôme (Kendall-Tackett et al., 1993). Par ailleurs, des écrits théoriques et cliniques ont cherché à connaître les variables qui contribuent au développement ou à la prévention des séquelles chez les victimes (Feiring et al., 1996; Spaccarelli, 1994). Malgré les inconsistances de la définition et de la mesure du soutien maternel, celui-ci apparaît comme une variable clé de l'adaptation à court et à long terme de l'enfant.

Soutien et adaptation à court terme

Dans les six recherches empiriques que nous avons recensées qui mesurent la relation entre le soutien parental spécifique à l'abus et l'adaptation à court terme de la victime (Adams-Tucker, 1982; Everson et al, 1989; Hazzard, Celano, Gould, Lawry et Webb, 1995; Johnson et Kenkel, 1991; Leifer et al., 1993; Morrow et Sorrel, 1989), nous avons noté que les relations obtenues varient en fonction de la source d'évaluation du degré d'adaptation de l'enfant. En effet, lorsque la symptomatologie de la victime est évaluée auprès de celle-ci, les enfants qui reçoivent un soutien plus élevé démontrent une meilleure adaptation globale, une plus haute estime de soi ainsi qu'un niveau plus bas de dépression (Everson et al, 1989; Johnson et Kenkel, 1991; Morrow et Sorrel, 1989). Cependant, lorsque l'évaluation de l'adaptation globale de la victime provient du parent non-abuseur, les résultats de trois recherches (Everson et al., 1989; Hazzard et al., 1995; Leifer et al., 1993) sur quatre (Adams-Tucker, 1982) indiquent que le soutien spécifique à l'abus n'est pas relié à l'adaptation de l'enfant. Pour expliquer cette inconsistance, Everson et ses collègues (1989) suggèrent que, dans certains cas, la perception de la mère à propos de l'adaptation de l'enfant reflète davantage sa personnalité et son niveau d'adaptation que celui de son enfant. Les résultats de l'étude de Runyan et al. (1992) indiquent d'ailleurs que, si le fonctionnement de l'enfant est évalué par la mère, il dépend principalement du niveau de symptomatologie de celle-ci. Toutefois, lorsque l'adaptation de l'enfant est mesurée à l'aide d'une entrevue psychiatrique, les variables associées à cette adaptation sont différentes. Par ordre d'importance, on note le soutien maternel, le soutien perçu par l'enfant et la symptomatologie maternelle.

Les résultats concernant la relation entre le soutien parental général (non spécifique à l'abus) et l'adaptation à court terme de la victime embrouillent notre compréhension. En effet, quatre recherches empiriques sur le sujet indiquent que, peu importe la source d'évaluation de la symptomatologie de l'enfant, le soutien parental général est lié à une meilleure adaptation (Conte et Schuerman, 1987; Esparza, 1993; Lovett, 1995; Spaccarelli et Kim, 1995). Compte tenu des différences de conceptualisation du soutien général, de celui spécifique à l'abus ainsi que des méthodes utilisées pour parvenir à le mesurer, il est difficile de tirer des conclusions définitives de ces résultats.

Soutien et adaptation à long terme

Les recherches menées auprès de femmes ayant été victimes d'abus sexuel pendant leur enfance nous renseignent sur la relation entre le soutien reçu pendant l'enfance (mesuré rétrospectivement) et le fonctionnement à l'âge adulte. Chez ces femmes, une réponse de soutien spécifique à l'abus a limité les risques de psychopathologie à l'âge adulte (Everill et Waller, 1994) et a diminué les attitudes négatives envers les hommes lorsque l'abus a été sévère (Wyatt et Mickey, 1987). Testa et al. (1992) suggèrent qu'un plus grand soutien provenant des personnes à qui l'abus fut dévoilé est associé à une meilleure adaptation globale ainsi qu'à des indices plus faibles de dissociation et de traumatisme liés à l'abus dans les seuls cas où le soutien permet l'arrêt de l'abus. Pour ce qui est du soutien parental général (non spécifique à l'abus) reçu pendant l'enfance, il est associé à un meilleur fonctionnement global des victimes à l'âge adulte (Fromuth, 1986; Gold et al., 1994).

Malgré certaines inconsistances dans les études portant sur le soutien spécifique à l'abus, la majorité des recherches recensées indiquent qu'un plus haut niveau de soutien est relié à une meilleure adaptation des victimes lorsque celles-ci évaluent elles-mêmes leur adaptation. Ces résultats mettent en évidence l'importance de disposer de méthodes aptes à évaluer directement la santé mentale de l'enfant. Les résultats concernant le soutien parental général offert aux victimes d'abus sexuel concordent avec les résultats obtenus auprès de diverses populations qui indiquent que cette forme de soutien aide l'enfant à faire face à divers événements stressants (Rutter, 1979; Garnezy, 1981; Cicchetti, 1987). À notre connaissance, aucune étude n'a évalué, auprès des mêmes personnes, l'impact du soutien spécifique à l'abus et du soutien général (échange d'affection et apport d'aide lorsque l'enfant vit une difficulté). Une telle étude permettrait de mieux comprendre l'influence de chacun de ces soutiens sur le développement ou la prévention des séquelles chez les victimes.

FACTEURS ASSOCIÉS AU SOUTIEN MATERNEL SPÉCIFIQUE À L'ABUS

L'impact considérable du soutien sur l'adaptation des victimes suggère qu'il est primordial pour les professionnels qui interviennent auprès de cette population d'agir de manière à préserver et à encourager ce soutien. Pour ce faire, il faut connaître et comprendre les facteurs associés au soutien. Jusqu'à maintenant, peu de recherches empiriques se sont penchées sur la question. Celles qui l'ont fait ont porté leur attention sur le soutien maternel spécifique à l'abus. Les résultats de ces études donnent des indications sur les facteurs associés au soutien maternel, mais, dans bien des cas, les aspects étudiés sont partiels et peu approfondis. De plus, à

notre connaissance, aucun modèle théorique n'a été élaboré pour expliquer les facteurs associés au soutien maternel spécifique et pour rendre compte des fonctions de ces facteurs.

Nous avons recensé six études empiriques traitant des facteurs susceptibles d'influencer la capacité de soutien maternel spécifique à l'abus. Six facteurs principaux ressortent de ces études: la relation entre la mère et l'abuseur, la détresse psychologique vécue par la mère, son histoire d'abus sexuel dans l'enfance, le soutien social et professionnel qu'elle reçoit, les caractéristiques de la victime et la sévérité de l'abus (voir figure 1). Afin de mieux comprendre la relation entre ces facteurs et la capacité de soutien de la mère, nous décrirons chaque facteur.

figure 1

Relation entre la mère et l'abuseur

Dans les cas d'abus intrafamiliaux, les mères vivant en couple avec l'abuseur de leur enfant offrent moins de soutien à celui-ci que celles qui ne vivent pas avec lui (Everson et al., 1989; Faller, 1988a; Heriot, 1996; Runyan et al., 1992; Sirles et Franke, 1989). Selon Runyan et al. (1992), l'indépendance psychologique de la mère envers l'abuseur est associée à un plus grand soutien émotif envers l'enfant et à une attitude plus active dans la recherche de services pour les membres de la famille; elle n'est toutefois pas reliée aux actions de protection ni au

fait de croire l'enfant. Ces auteurs rapportent également qu'il n'y a aucune relation entre l'indépendance financière de la mère et le soutien qu'elle apporte à l'enfant.

Par ailleurs, une proportion importante des mères de victimes vivent dans un contexte de violence conjugale, soit 44,3% dans l'échantillon de Sirles et Franke (1989) et 56,6% dans celui de Deblinger et al. (1994). Lorsque les mères craignent que l'abuseur ne soit violent à leur égard, le soutien émotif disponible pour l'enfant est plus faible (Runyan et al., 1992). Cependant, cette appréhension et une histoire de violence physique entre la mère et l'abuseur ne sont pas liées au fait de croire les allégations de l'enfant relativement à l'abus (Runyan et al. 1992; Sirles et Franke, 1989).

Everson et ses collaborateurs (1989) ont également observé, dans les cas d'abus intrafamiliaux, que la confirmation de l'abus par l'abuseur est reliée à un plus haut niveau de soutien pour l'enfant. Bien que ces résultats soient consistants avec ceux de Myer (1985), ils contrastent avec ceux de Sirles et Franke (1989). Ces dernières, en effet, n'ont pas observé de relation entre le niveau de soutien et l'aveu de l'abus par celui qui l'a commis. Cette inconsistance des résultats pourrait être attribuée au fait que l'échantillon de Sirles et Franke comporte une proportion plus faible de conjoints abuseurs comparativement à celui d'Everson et ses collaborateurs.

Les sentiments de rejet et d'hostilité envers l'abuseur s'avèrent également un indicateur important des actions de protection maternelle et du soutien émotif (Heriot, 1996; Myer, 1985). Selon les écrits cliniques, l'émotion la plus complexe et la plus troublante pour la mère au moment du dévoilement se manifeste par des sentiments conflictuels à l'égard de son conjoint abuseur (Hooper, 1992;

Sheinberg, 1992). Heriot (1996) rapporte que 23% des mères de son échantillon ressentent de tels sentiments et que la moitié de celles-ci entreprennent des actions pour protéger leur enfant de l'abuseur.

Donc, la dépendance psychologique envers l'abuseur, l'absence de sentiments d'hostilité et de rejet envers lui, la négation de l'abus par l'abuseur et la peur de gestes violents de sa part font partie des facteurs de risque qui méritent d'être évalués dans les cas où la mère vit avec l'abuseur de l'enfant.

Détresse psychologique

Apprendre que son enfant est victime d'abus sexuel est un événement stressant qui peut avoir un impact sur la santé mentale de la mère. Selon Elbow et Mayfield (1991), à la suite du dévoilement de l'inceste, un bouleversement a lieu chez la mère en ce qui a trait aux perceptions qu'elle a d'elle-même, de son conjoint, de son enfant et de la relation qu'elle entretient avec eux. Regehr (1990) remarque également un bouleversement chez les parents des victimes d'abus extrafamiliaux concernant les sentiments qu'ils ont envers eux-mêmes et envers l'enfant. Ils notent également des sentiments parfois contradictoires envers l'abuseur. Ces bouleversements, présents chez les parents de victimes d'abus intrafamiliaux et extrafamiliaux, peuvent se traduire par un état de crise (Elbow et Mayfield, 1991; Paradis, Perron, et Dubé, 1992). Cette crise est également décrite comme une expérience de victimisation secondaire par certains auteurs (Hooper, 1992; Manion, McIntyre, Firestone, Ligezinska, Ensom, et Wells, 1996).

Les recherches empiriques évaluant la détresse psychologique de la mère à la suite du dévoilement confirment ces observations cliniques. Leurs résultats

indiquent qu'après cette découverte, les mères des victimes d'abus extrafamilial présentent des scores de détresse psychologique plus élevés que les mères d'enfants qui ne sont pas victimes d'abus sexuel (Kelley, 1990; Manion et al., 1996). Dans les quatre premiers mois suivant le dévoilement d'un abus intrafamilial ou extrafamilial, la détresse psychologique observée chez environ la moitié des mères correspond aux scores des populations cliniques (Newberger, Gremy, Waternaux et Newberger, 1993). Certaines mères souffrent également de symptômes de stress post-traumatique (Davies, 1995; Green, Coupe, Fernandez, et Stevens, 1995; Hubbard, 1989; Kelley, 1990). Un an après le dévoilement de l'abus, Newberger et al. (1993) observent qu'à part l'anxiété, la plupart des indices de détresse psychologique diminuent.

Plusieurs mères traversent donc une période de crise qui peut provoquer de la détresse psychologique ou accentuer un désarroi existant. Des études cliniques rapportent que la détresse vécue par la mère à la suite du dévoilement de l'abus influence sa réponse à l'égard de l'enfant abusé (Elbow et Mayfield, 1991; Green et al., 1995; Myer, 1985). Même si l'existence de cette détresse est bien documentée, à notre connaissance, une seule étude empirique a tenu compte de l'impact de cette détresse sur le soutien maternel. En effet, selon Runyan et ses collaborateurs (1992), neuf mois après le dévoilement, les mères qui manifestent un niveau de détresse générale élevée, sont celles qui offrent le moins de soutien émotif à l'enfant.

Bref, ces résultats suggèrent que la capacité de protection de la mère doit être évaluée en considérant que le dévoilement de l'abus est un événement

stressant pour cette dernière et qu'il peut provoquer une détresse psychologique importante.

Abus sexuel dans l'enfance

Les cliniciens ont fréquemment souligné l'importance de l'histoire d'abus sexuel dans l'enfance des mères des victimes, avançant l'hypothèse d'une transmission entre les générations. Cinq études récentes indiquent qu'entre 41% et 59% des mères des victimes ont vécu cette situation (Deblinger et al., 1994; Faller, 1988a; Leifer et al., 1993; Runyan et al., 1992; Wright et al., 1997). Selon Cole, Woolger, Power et Smith (1992), les mères victimes d'inceste dans l'enfance se sentent moins confiantes en tant que parent et ont l'impression de perdre plus souvent le contrôle que les femmes qui n'ont pas vécu l'inceste. Toutefois, les études empiriques ne confirment pas la relation entre les antécédents d'abus chez les mères et le soutien maternel lors du dévoilement de l'abus sexuel d'un enfant (Leifer et al., 1993; Runyan et al., 1992). Or ces études se limitent à vérifier la relation entre l'existence d'un abus sexuel et les capacités de soutien maternel ultérieures sans prendre en considération certains aspects de la situation d'abus susceptibles d'affecter le soutien. Ces aspects sont, entre autres, la relation entre la victime et l'abuseur et le soutien maternel reçu à la suite du dévoilement de cet abus.

Pourtant, des études cliniques suggèrent l'effet de certains aspects de la situation d'abus sur le soutien maternel. Ainsi, l'étude clinique menée par deYoung (1994) auprès de vingt femmes dont l'enfant est victime d'abus sexuel propose une relation entre un faible soutien dans la situation actuelle et la pauvreté du soutien qu'elles ont elles-mêmes reçu lors du dévoilement de l'inceste père-fille dans

l'enfance. Le blâme et la punition sévère de la mère lors du dévoilement et la poursuite de l'inceste après la révélation seraient présents chez les deux mères de l'échantillon qui ne soutiennent pas leur enfant. Les résultats de Leifer et al. (1993) et ceux de Green et al. (1995) suggèrent également que l'abus sexuel dans l'enfance affecte négativement le fonctionnement de certaines mères (p. ex., réaction post-traumatique et abus d'alcool) et que celui-ci influence le soutien maternel. L'état de santé mentale de la mère peut donc interférer dans la relation entre l'abus sexuel dans l'enfance et le soutien maternel actuel. Green et al. (1995), dans une étude menée auprès de quatre mères souffrant d'un désordre de stress post-traumatique apparu lors du dévoilement de l'abus sexuel de leur enfant, indiquent que ces mères n'avaient pas dévoilé l'abus dont elles avaient été victimes pendant leur enfance. Ces mères, n'ayant pas résolu plusieurs aspects de leur histoire d'abus, ont manifesté une réponse inadaptée et plus centrée sur elles-mêmes que sur l'enfant lors du dévoilement de l'abus de celui-ci.

Il est difficile de considérer ces résultats comme étant concluants puisque ces études comportent un nombre très peu élevé de sujets. Ces résultats offrent cependant des pistes de réflexion. Enfin, ils montrent également que des études impliquant un plus grand nombre de sujets sont nécessaires pour mieux comprendre les aspects de l'abus sexuel dans l'enfance qui influencent le soutien maternel ultérieur et les mécanismes sous-jacents à cette influence.

Soutien social et professionnel

Des études cliniques et empiriques indiquent qu'un parent qui apprend que son enfant est victime d'abus sexuel est plus apte à lui venir en aide, s'il se sent

soutenu par son réseau social. L'étude de Runyan et al. (1992) fait ressortir de façon plus spécifique l'importance pour la mère d'obtenir de l'aide par des professionnels. Les résultats indiquent que, neuf mois après le dévoilement, l'étendue de l'empathie et du soutien perçus de la part des professionnels, contrairement à l'insensibilité et au blâme, peut avoir des effets importants sur l'empathie et la crédibilité accordés par la mère à la victime. Malheureusement, l'impact de l'aide professionnelle sur le soutien maternel, dans les semaines qui suivent le dévoilement de l'abus, n'a pas été évalué au sein d'études empiriques. Howard (1993) a toutefois abordé la question dans une étude clinique. Selon elle, au moment du dévoilement, la pression intense ressentie par les professionnels pour évaluer rapidement la situation d'abus pour des raisons légales et pour mieux protéger l'enfant ne leur permet pas d'accorder toute l'attention dont aurait besoin la mère. Howard indique que des problèmes sérieux peuvent se produire quand la capacité de soutien de la mère est mal comprise et mal interprétée par des professionnels qui détiennent le pouvoir de retirer la garde de l'enfant à la mère. Toujours selon Howard, lorsqu'une mère sent que les intervenants la blâment ou jugent négativement ses capacités parentales, il est probable qu'elle utilise une grande partie de son énergie personnelle pour se défendre et que cette énergie soit donc moins disponible pour soutenir son enfant. De plus, Howard avance que, dans certains cas, une attitude négative des intervenants à l'égard de la mère pourrait résulter en un cercle vicieux: la mère utiliserait davantage son énergie pour se défendre plutôt que pour aider son enfant, ce qui confirme les soupçons des intervenants selon lesquels elle ne soutiendrait pas assez son enfant.

Les résultats présentés démontrent l'importance de déterminer les sources de soutien social et professionnel dont bénéficient les mères et le niveau de

satisfaction qui y est rattaché. Ces résultats suggèrent également des pistes d'intervention pour aider les familles incestueuses qui sont reconnues comme étant particulièrement isolées (Hooper, 1992) et pour que le soutien social réponde aux besoins de la mère à la suite du dévoilement (Deblinger et al., 1994; Leifer et al., 1993). Les résultats de Runyan et al. (1992) suggèrent également que des interventions professionnelles adéquates de soutien à l'égard des mères pourraient influencer directement l'aide maternelle apportée à l'enfant.

Caractéristiques de la victime

L'âge est la caractéristique de l'enfant la plus étudiée en relation avec le soutien maternel. La majorité des études s'entendent sur le fait que, plus l'enfant victime est âgé, moins il reçoit du soutien maternel à la suite du dévoilement de l'abus (Heriot, 1996; Runyan et al., 1992; Sirles et Franke, 1989). À notre connaissance, seule l'étude d'Everson et al. (1989) a observé que l'âge de la victime n'était pas relié au niveau de soutien apporté par la mère. Par contre, les auteurs, qui ont observé une relation entre ces deux variables, ont émis diverses hypothèses pour l'expliquer. Sirles et Franke (1989) croient que l'ignorance des jeunes enfants à propos des questions sexuelles pourrait amener la mère à croire davantage leurs allégations d'abus que celles des enfants plus âgés. Heriot (1996) ainsi que Sirles et Franke (1989) posent également l'hypothèse que le processus d'individuation qui s'opère entre la mère et l'enfant au moment de l'adolescence de même que les conflits qui les opposent pendant cette période pourraient diminuer le soutien maternel.

Par ailleurs, toutes les études qui se sont penchées sur la relation entre le sexe de la victime et la capacité de soutien maternel (Everson et al., 1989; Runyan

et al., 1992; Sirles et Franke, 1989) ont observé qu'il n'y avait aucune relation entre ces deux variables.

Les études sur les facteurs associés au soutien maternel dans les cas d'abus sexuel ont omis d'intégrer deux caractéristiques importantes de l'enfant à leur recherche: son adaptation personnelle et sociale ainsi que sa perception du soutien reçu. L'aspect interactif entre l'enfant et la mère dans un contexte de soutien est donc peu considéré. Or des travaux sur le soutien social démontrent que celui-ci est un processus d'interactions complexes où la personne qui le reçoit a la capacité d'influencer la relation de soutien (Shinn, Lehmann, et Wong, 1984). Par exemple, la détresse vécue par la personne qui reçoit le soutien peut devenir un élément stressant pour la personne qui l'apporte. Les recherches effectuées dans d'autres domaines indiquent également que la nature, la fréquence et l'intensité des conduites adoptées par l'enfant sont déterminantes pour la qualité de la relation mère-enfant (Shapiro et Mangelsdorf, 1994). En plus des réactions de la victime suscitées par l'abus, Gavey, Florence, Pezaro et Tan (1990) soulignent que les victimes pré-adolescentes ressentent souvent de la colère envers leur mère, car elles ont l'impression de ne pas avoir été protégées par celle-ci. Ces sentiments de colère peuvent également survenir en réaction à l'attitude de surveillance adoptée par le parent qui a perdu confiance en la victime à la suite du dévoilement de l'abus (Davies, 1995). À notre avis, il est clair que la relation entre le soutien et l'adaptation de l'enfant est interactive, que les conduites de l'enfant peuvent devenir une source de stress pour la mère et peuvent ainsi influencer sa capacité de soutien. Il apparaît important de reconnaître cet aspect pour l'intervention, de même que dans les recherches futures.

De plus, les perceptions de la victime à propos du soutien qu'elle reçoit sont également un facteur essentiel à considérer. En effet, les perceptions de la victime et de la mère à ce sujet peuvent différer. La mère et l'enfant peuvent interpréter différemment un même comportement de soutien. Par exemple, une mère peut croire qu'elle soutient son enfant et fait preuve d'ouverture à son endroit lorsqu'elle l'interroge sur l'abus dont il a été victime. Cependant, si l'enfant n'est pas prêt à parler ouvertement de son abus, il peut percevoir cette tentative de soutien comme étant envahissante et nuisible. Selon l'étude sur le soutien social de Shumaker et Brownell (1984), le degré de congruence entre la perception de la personne qui offre le soutien et celle qui le reçoit a des implications importantes sur la qualité du soutien, sur sa continuité ainsi que sur ses effets. Elles avancent la possibilité d'une seconde "victimisation" dans les cas de divergence considérable dans la perception du soutien. Vérifier les perceptions de l'enfant et du parent concernant le soutien maternel à la suite du dévoilement d'un abus sexuel pourrait mettre à jour certains écarts et permettre de diminuer ceux-ci rapidement.

Sévérité de l'abus

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, dans les cas d'abus intrafamiliaux, plus l'abus est sévère, moins le soutien maternel est élevé. Si l'abus ne comporte pas de relations sexuelles complètes, la mère a plus tendance à croire son enfant (Sirles et Franke, 1989), à le soutenir émotionnellement et à agir de manière à le protéger de l'abuseur (Heriot, 1996). Par contre, Heriot (1996), tout comme Sirles et Franke (1989), croit que la mère peut avoir de la difficulté à accepter que son conjoint ou un autre membre de sa famille puissent abuser sévèrement de son

enfant. Le choc produit par de telles allégations peut empêcher la mère de soutenir adéquatement la victime. Selon Heriot (1996), une mère sera plus disposée à protéger un enfant ayant été sévèrement abusé par un membre de sa famille si elle reçoit de l'aide pour identifier la signification qu'elle donne à l'abus et les sentiments qu'il suscite.

La recherche de Runyan et al. (1992) ainsi que celle de Heriot (1996) précisent l'influence de certains facteurs mentionnés en fonction de deux formes de soutien maternel spécifique à l'abus. Dans les deux cas, ils distinguent les actions entreprises pour protéger l'enfant de l'abuseur, du soutien émotif. Trois facteurs déterminent les actions de protection: les sentiments d'hostilité et de rejet envers l'abuseur (Heriot, 1996), le fait que l'abuseur ne soit pas le conjoint de la mère (Heriot, 1996; Runyan et al., 1992) et le soutien social reçu par la mère (Runyan et al., 1992). Ces facteurs sont plus importants que la santé mentale de la mère, la présence d'une histoire d'abus sexuel pendant l'enfance de celle-ci, l'âge de la victime et la sévérité de l'abus. Quant au soutien émotif, il est déterminé par les sentiments d'hostilité et de rejet envers l'abuseur (Heriot, 1996), le soutien social, le soutien professionnel et la santé mentale de la mère (Runyan et al., 1992). Selon ces deux recherches, ces facteurs influencent davantage le soutien émotif que les autres variables étudiées.

Ces résultats viennent de nouveau appuyer l'importance de différencier les formes du soutien maternel spécifique à l'abus. Ils mettent également en lumière le rôle important des sentiments d'hostilité et de rejet envers l'abuseur de même que celui du soutien social pour expliquer les deux formes de soutien évaluées.

Les études présentées sur les facteurs associés au soutien maternel comportent des limites importantes au niveau méthodologique. L'absence d'analyses de groupes basées sur le lien entre la mère et l'abuseur semble être la lacune la plus importante. En effet, la plupart des études regroupent les cas où l'abus a été perpétré par le conjoint actuel de la mère avec les autres cas d'abus intrafamiliaux et parfois même avec les cas d'abus extrafamiliaux. Runyan et al. (1992) ont fait des analyses distinctes pour les mères vivant avec l'abuseur. Ils remarquent que la peur de la violence du conjoint est la variable la plus déterminante du faible soutien émotif offert par ces mères. Toutefois, cette variable n'a plus d'importance lors des analyses effectuées sur l'ensemble de l'échantillon incluant les cas d'abus intrafamiliaux et extrafamiliaux. D'autres études seront donc nécessaires afin de mieux saisir les déterminants du soutien maternel en fonction des divers paramètres énoncés.

IMPLICATIONS CLINIQUES

Malgré les lacunes méthodologiques retrouvées dans les recherches empiriques sur le soutien maternel, leurs résultats offrent des indications concernant l'évaluation et l'intervention dans les cas d'abus sexuel.

La première indication porte sur l'importance de tenir compte de la mère dans l'évaluation et le traitement de l'enfant. Il est particulièrement important dans les cas d'abus sexuel d'évaluer la relation de soutien général entre la mère et l'enfant et la présence des comportements de soutien spécifiques à l'abus. Ces soutiens sont cruciaux pour contrer la sévérité des séquelles de l'abus chez la victime. Nous avons déjà mentionné que les études empiriques indiquent qu'environ la moitié des mères n'apportent pas un soutien adéquat à leur enfant

dans cette situation. Les résultats permettent également d'avancer qu'un soutien approprié de la part de professionnels peut avoir un effet direct sur l'amélioration des comportements de soutien maternel.

Pour intervenir efficacement auprès des mères, les intervenants doivent reconnaître que le dévoilement de l'abus sexuel intrafamilial et extrafamilial constitue un stress majeur pour celles-ci. Ce stress les précipite dans une situation de crise dont les manifestations atteignent un seuil clinique dans la moitié des cas. Il est donc fort possible que plusieurs de ces mères ne puissent surmonter leur détresse et être une source de soutien pour leur enfant sans l'aide d'interventions thérapeutiques spécialisées (Newberger et al., 1993; Wright et al., 1997).

Certaines cibles d'intervention peuvent être identifiées parmi les facteurs qui influencent le soutien maternel. Par exemple, pour les mères qui vivent une relation conjugale avec l'abuseur de l'enfant, il importe de les aider à explorer les sentiments conflictuels qu'elles vivent à l'égard de leur conjoint. Sheinberg (1992) mentionne l'importance d'encourager la mère à reconnaître et comprendre toutes les émotions qu'elle vit par rapport à l'abuseur. Si la mère n'accepte pas ses sentiments ambivalents, elle sera plus portée à se blâmer, à rester dans une position inactive et, par conséquent, à moins soutenir son enfant. Il est également nécessaire d'amener les mères à s'affirmer davantage et à actualiser leur autonomie vis-à-vis de leur conjoint abuseur (Paradis et al., 1992).

La relation entre la mère et la victime est également une composante pertinente du traitement. Les sentiments de colère vécus de part et d'autre ainsi que les conflits dans la relation mère-enfant doivent être explorés (Oates, 1990)

afin que la mère et l'enfant arrivent à créer ou à rétablir une relation de confiance entre eux (Faller, 1988b; Timmons-Mitchell et Gardner, 1991) .

Analyser les réactions et les sentiments suscités par le dévoilement de l'abus et examiner la signification donnée aux gestes abusifs ainsi que sur les aspects non-résolus d'une histoire d'abus sexuel pendant l'enfance de la mère devrait également faire partie des cibles thérapeutiques dans les interventions auprès des mères des victimes (Friedrich, 1990; Hériot, 1996; Kelley, 1990; Lipovsky, 1991; Préjent et Senécal-Brooks, 1991).

Enfin, le soutien social est une autre cible importante d'intervention pour augmenter la capacité de soutien maternel. Comme plusieurs mères semblent insatisfaites du soutien social reçu et que certaines trouvent difficile de parler de l'abus sexuel de leur enfant avec leur entourage, l'intervention de groupe est une avenue intéressante pour briser leur isolement (Davies, 1995; Oates, 1990; Paradis et al., 1992; Préjent et Senécal-Brooks, 1991).

Compte tenu du nombre de facteurs qui peuvent entraver le soutien maternel et du comportement différent des mères des victimes par rapport à ces facteurs, il semble essentiel que chacun de ceux-ci fasse l'objet d'une évaluation rigoureuse afin que les mères puissent avoir accès à une intervention centrée sur leurs besoins. Ainsi, l'intervention pourra prendre plusieurs formes telles que l'intervention individuelle, conjugale, dyadique mère-enfant, familiale ou de groupe. Dans certains cas, il sera pertinent que la mère ait accès à plusieurs de ces formes d'intervention au cours de son traitement (Friedrich, 1990; Préjent et Senécal-Brooks, 1991).

CONCLUSION

Cet article a revu les études empiriques sur le soutien maternel offert aux enfants victimes d'abus sexuel. Il a tenté d'offrir certaines réponses sur la conceptualisation et l'impact du soutien maternel ainsi que sur les facteurs qui l'influencent. Même si ces facteurs n'illustrent pas tous les aspects en jeux dans la relation de soutien, ils nous donnent certaines indications sur les facteurs de risque associés à l'inadéquation du soutien maternel ainsi que sur les besoins de recourir aux services professionnels pour les mères des victimes à la suite du dévoilement de l'abus.

Afin d'avoir des résultats plus nuancés et plus valides concernant ces facteurs de risque, il apparaît important que les chercheurs analysent séparément les groupes de mères dont le conjoint est l'abuseur, les autres cas d'abus intrafamiliaux et les cas d'abus extrafamiliaux. De plus, comme nous l'avons indiqué précédemment, certains facteurs associés au soutien maternel devraient être étudiés plus en profondeur. Entre autres, il importe d'explorer plus à fond différents aspects de l'histoire d'abus sexuel de la mère pendant l'enfance et les signes de détresse psychologique comme les symptômes associés au stress post-traumatique qui sont présents chez une proportion importante de mères suite à la découverte de l'abus de leur enfant.

Par ailleurs, d'autres recherches seront nécessaires afin de développer des méthodes d'évaluation du soutien qui seront utiles en milieu clinique comme en recherche. Celles-ci devraient reposer sur une conceptualisation du soutien qui tient compte de sa complexité. Avec de tels instruments, l'évaluation du soutien

maternel sera facilitée et l'étude de l'impact du soutien et des facteurs qui y sont associés pourra fournir des connaissances pertinentes aux intervenants.

Résumé

Cet article revoit les études empiriques qui portent sur le soutien maternel offert aux enfants victimes d'abus sexuel. Successivement, la conceptualisation du soutien maternel, l'impact positif de celui-ci sur l'adaptation à court et à long terme des victimes et les facteurs associés au soutien maternel sont abordés. Les lacunes des recherches portant sur le sujet sont aussi présentées. Pour terminer, les implications thérapeutiques des résultats des recherches sont exposées.

Abstract

This article reviews the empirical studies on maternal support given to child victims of sexual abuse. It examines the conceptualization of maternal support, the positive impact of maternal support on victims' short- and long-term adaptation and identifies the factors associated with the capacity of its provision. In addition, gaps in the research on this subject and the therapeutic implications of research findings are discussed.

RÉFÉRENCES

- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood: A report on 28 children. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1252-1256.
- Briere, J. N. et Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69.
- Cicchetti, D. (1987). Developmental psychopathology in infancy: Illustrations from study of maltreated youngsters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 837-845.
- Cole, P. M., Woolger, C., Power, T.G. et Smith, K. D. (1992). Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 16, 239-249.
- Conte, J. R. et Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 11, 201-211.
- Davies, M. G. (1995). Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 399-408.
- Deblinger, E., Lippmann, J., Stauffer, L. et Finkel, M. (1994). Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations. *Child Abuse & Neglect*, 18(8), 679-682.
- deYoung, M. (1994). Immediate maternal reactions to the disclosure or discovery of incest. *Journal of Family Violence*, 9(1), 21-33.
- Elbow, M. et Mayfield, J. (1991). Mothers of incest victims: Villains, victims, or protectors? *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 9, 78-86.
- Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(1), 85-107.

- Everill, J. et Waller, G. (1994). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 19(1), 93-100.
- Everson, M. D., Hunter, W. M. et Runyan, D. K. (1989). *Parental reaction to abuse disclosure scale (PRADS) (measure instrument)*. Chapel Hill: University of North Carolina.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyan, D. K., Edelsohn, G. A. et Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197-207.
- Faller, K. C. (1988a). The myth of the "collusive mother". Variability in the functioning of mothers of victims of intrafamilial sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(2), 190-196.
- Faller, K.C. (1988b). *Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, case management, and treatment*. New York: Columbia University Press.
- Feiring, C., Taska, L. et Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 767-782.
- Friedrich, W. N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York: W W Norton.
- Fromuth, M. E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse & Neglect*, 10, 5-15.
- Garnezy, N. (1981). Children under stress: Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology, and the search for stress resistant children. In A. I. Rabin, J. Aronoff, A. M. Barclay et R.A.

- Zucker (Éds.). *Further explorations in personality* (pp.196-269). New York: Wiley.
- Gavey, N., Florence, J., Pezaro, S. et Tan, J. (1990). Mother-blaming, the perfect alibi: Family therapy and the mothers of incest survivors. *Journal of Feminist Family Therapy*, 2(1), 1-25.
- Gold, S. R., Milan, L. D., Mayall, A. et Johnson, A. E. (1994). A cross-validation study of the Trauma Symptom Checklist. The role of mediating variables. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(1), 12-26.
- Green, A. H., Coupe, P., Fernandez, R. et Stevens, B. (1995). Incest Revisited: Delayed post-traumatic stress disorder in mothers following the sexual abuse of their children. *Child Abuse & Neglect*, 19(10), 1275-1282.
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S. et Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 19(6), 707-714.
- Heriot. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 181-194.
- Hooper, C. A. (1992). *Mothers Surviving Child Sexual Abuse*. London and New York: Tavistock/Routledge.
- Howard, C. A. (1993). Factors influencing a mother's response to her child's disclosure of incest. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 176-181.
- Hubbard, G. B. (1989). Mother's perceptions of incest: Sustained disruption and turmoil. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(1), 34-40.
- Johnson, B. K. et Kenkel, B. M. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15, 293-305.

- Kelley, S. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. *Nursing Research, 39*(1), 25-29.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164-180.
- Leifer, M., Shapiro, J. P. et Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon Foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 17*, 755-766.
- Lipovsky, J. A. (1991). Disclosure of father-child sexual abuse: dilemmas for families and therapists. *Contemporary Family Therapy, 13*(2), 85-101.
- Lovett, B. B. (1995). Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse & Neglect, 19*(6), 729-738.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R. Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect, 20*(11), 1095-1109.
- Morrow, K. B. et Sorell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. *Journal of Marriage and the Family, 51*, 677-686.
- Myer, M. (1985). A New Look at Mothers of Incest Victims. *Journal of Social Work and Human Sexuality, 3*, 47-58.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Wateraux, C. M. et Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*(1), 92-102.

- Oates, K. R. (1990). *Understanding and managing child sexual abuse*. Sydney: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers.
- Paradis, J. P., Perron, A. et Dubé, J. (1992). Un programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels intrafamiliaux. *P.R.I.S.M.E.*, 3(1), 123-132.
- Pellegrin, A. et Wagner, W. G. (1990). Child sexual abuse: Factors affecting victims' removal from home. *Child Abuse & Neglect*, 14, 53-60.
- Pierce, R. et Pierce, L. H. (1985). The sexually abused child: A comparison of male and female victims. *Child Abuse & Neglect*, 9, 191-199.
- Préjent, L. et Senécal-Brooks, F. (1991). *Modèle d'évaluation et d'intervention psychosociale auprès des enfants abusés sexuellement et de leur famille*. Longueuil, Québec, CSS Richelieu.
- Regehr, C. (1990). Parental responses to extrafamilial child sexual assault. *Child Abuse & Neglect*, 14, 113-120.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N. et Whitcomb, D. (1992). *Maternal support for child victims of sexual abuse: Determinants and implications* (90-CA-1368). National Center on Child Abuse and Neglect.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent et J. E. Rolf (Éds.). *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Shapiro, J. R. et Mangelsdorf, S. C. (1994). The determinants of parenting competence in adolescent mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 23(6), 621-641.

- Sheinberg, M. (1992). Navigating treatment impasses at the disclosure of incest: Combining ideas from feminism and social constructionism. *Family Process*, 31, 201-216.
- Shinn, M., Lehmann, S. et Wong, N. W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues*, 40(4), 55-76.
- Shumaker, S. A. et Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.
- Sirles, E. A. et Franke, P. J. (1989). Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 13, 131-139.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Spaccarelli, S. et Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Testa, M., Miller, B. A., Downs, W. R. et Panek, D. (1992). The moderating impact of social support following childhood sexual abuse. *Violence and Victims*, 7(2), 173-186.
- Timmons-Mitchell, J. et Gardner, S. (1991). Treating sexual victimization: Developing trust-based relating in the mother-daughter dyad. *Psychotherapy*, 28(2), 333-338
- Tourigny, M., Péladeau, N. et Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. *Revue sexologique*, 1(2), 13-34.
- Wilson, M. K. (1995). A preliminary report on ego development in nonoffending mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 19(4), 511-518.

Wright, J., Friedrich, W. N., Cyr, M., Thériault, C., Perron, A., Lussier, Y. et Sabourin, S. (1997, sous-presse). The evaluation of franco-quebec victimes of child sexual abuse and their mothers: the implementation of a standard assessment protocol. *Child Abuse & Neglect*.

Wyatt, G. E. et Mickey, M. R. (1987). Ameliorating the effects of child sexual abuse. An exploratory study of support by parents and others. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 403-414.

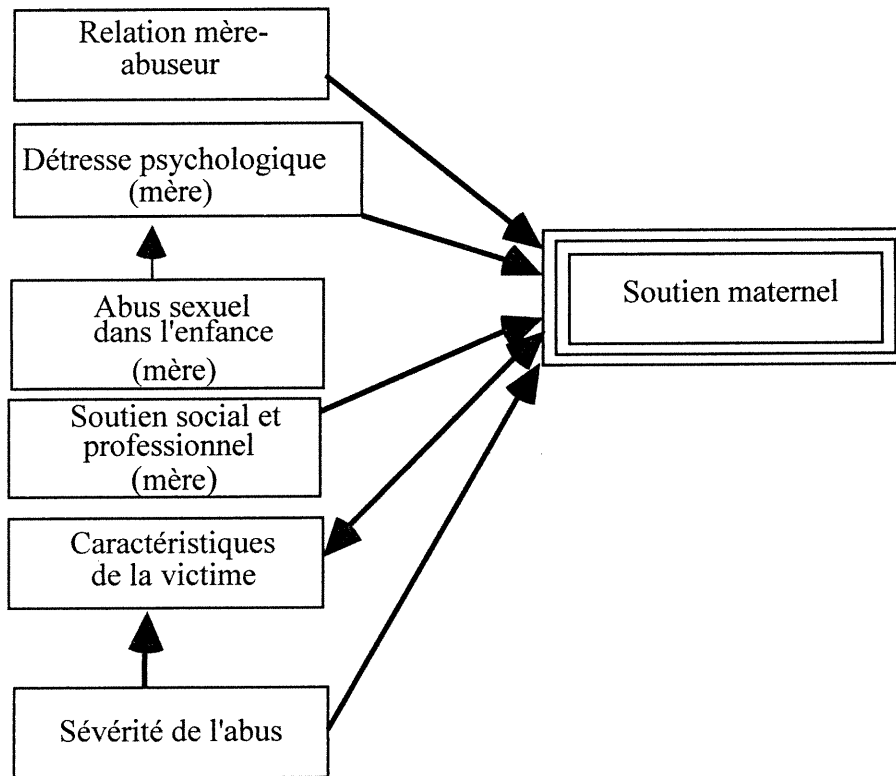


figure 1. Facteurs considérés dans les recherches empiriques comme influençant le soutien maternel spécifique à l'abus.

Chapitre 2

Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes
victimes d'agression sexuelle intrafamiliale

Facteurs contextuels associés aux symptômes
d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale

Chantal Thériault, Mireille Cyr, John Wright

Département de psychologie, Université de Montréal, Québec, Canada

Key Words - Incest, adolescents, post-disclosure symptoms, maternal support, family problems.

Mots clés – Inceste, adolescentes, symptômes, soutien maternel, problèmes familiaux.

Soumis à la revue Child Abuse & Neglect (février 2002)

Nous tenons à remercier les intervenants des centres jeunesse qui ont collaboré à cette étude ainsi que les assistants de recherche. Nous remercions également Pierre McDuff pour ses précieuses suggestions. Cette étude a bénéficié d'une subvention d'équipe du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) au « Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants (PRIMASE, RS-2548) », d'une bourse doctorale (BRS-643 095) à la première auteure et d'une subvention de recherche du CRSH (816-97-0028) aux deux derniers auteurs.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mireille Cyr, Université de Montréal, département de psychologie, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, H3C 3J7. Adresse électronique: Mireille.Cyr@umontreal.ca.

Résumé

Objectif : L'objectif de l'étude est de vérifier la contribution spécifique de trois catégories de facteurs contextuels (soutiens maternels, problèmes familiaux et caractéristiques de l'agression sexuelle) sur divers symptômes évalués auprès d'adolescentes ayant vécu une agression sexuelle intrafamiliale.

Méthode : L'échantillon comprend 71 adolescentes québécoises recrutées dans des centres de protection de la jeunesse. Les symptômes ont été évalués à l'aide du « Trauma Symptom Checklist for Children » (TSC-C; Briere, 1989). Les adolescentes ont aussi complété des questionnaires autorévélés et des entrevues semi-structurées pour évaluer les facteurs contextuels.

Résultats : L'analyse des régressions multiples révèle que, pour plusieurs symptômes du TSC-C, le soutien maternel général explique davantage la variance des symptômes que le soutien spécifiquement offert en réponse au dévoilement de l'agression. Cette analyse met également en lumière que les problèmes d'alcool dans la famille et les caractéristiques de l'agression sexuelle expliquent une partie unique de la variance de plusieurs symptômes.

Conclusions : La discussion fait ressortir la nécessité de poursuivre ces travaux en utilisant des mesures plus détaillées pour évaluer les problèmes familiaux et ce, en considérant un éventail de symptômes présents chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle.

Abstract

Objective : The aim of the study was to identify the unique contribution of three sets of contextual factors (maternal supports, family problems and characteristics of the sexual aggression) on adolescents' post-disclosure symptoms. All participants were abused by a family member.

Méthod : A total of 71 adolescents girls were recruited from youth center services across Quebec. Psychological distress was evaluated with « Trauma Symptoms Checklist for Children » (TSC-C; Briere, 1989). Adolescents also completed self-report instruments and semi-structured interviews to evaluate contextual factors.

Results : Regression analyses indicated that general maternal support explain more variance in most of TSC-C symptoms than maternal response to disclosure. Analysis highlight that alcohol problems in family and various characteristics of sexual aggression explain a unique part of variance of several symptoms.

Conclusions : The discussion addresses the need to continue to explore these questions with more specific instruments to evaluate family problems. A large spectrum of symptoms should also be considered.

Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes
victimes d'agression sexuelle intrafamiliale

Les jeunes victimes d'agression sexuelle (AS) manifestent une variété de symptômes sans qu'aucun syndrome ou symptôme particulier ne soient spécifiquement associés à cette expérience (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Briere & Elliott, 1994; Kendall-Tackett, Meyer, Williams, & Finkelhor, 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). Les chercheurs et les cliniciens ont attribué les différences dans l'amplitude des symptômes à divers facteurs tels les caractéristiques de l'agression, l'environnement familial des victimes, leur état de santé psychologique avant l'agression et les stratégies d'adaptation utilisées (Briere & Elliott, 1994; Friedrich, 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Mannarino, Cohen, & Berman, 1994; Spaccarelli, 1994; Wright, Lussier, Sabourin, & Perron, 1999). La compréhension des facteurs responsables de l'ampleur des symptômes est complexe et de nombreuses questions sont restées sans réponse. Afin de mieux comprendre les symptômes et les facteurs associés à ceux-ci, des auteurs ont suggéré de porter une attention aux différences entre les sexes et au niveau de développement des enfants en menant des études auprès de victimes appartenant à des groupes d'âge circonscrits (Friedrich, 1998; Kendall-Tackett et al., 1993). La présente étude porte sur des adolescentes agressées sexuellement par un membre de leur famille. Le soutien maternel, les problèmes

familiaux et les caractéristiques de l'agression sexuelle seront examinés en relation avec divers symptômes.

Le soutien maternel

La mère non-agresseuse est souvent la principale personne impliquée dans les soins et la protection apportés à la victime (Hooper, 1992) et ce, particulièrement lorsqu'une figure paternelle a commis l'agression. Le soutien du parent non-agresseur à la suite du dévoilement d'une AS est souvent présenté comme une composante du milieu familial favorisant le rétablissement des victimes (Hooper & Humphrey, 1998; Howard, 1993). Toutefois, les résultats des études empiriques sur la relation entre ce soutien et la détresse des victimes ont parfois été inconsistants. De plus, peu de recherches ont porté sur cette relation au cours de l'adolescence.

Le soutien a été défini de différentes façons selon les études (Thériault, Cyr, & Wright, 1997). Il a parfois été question de la réponse maternelle au dévoilement de l'agression. Cette réponse renvoie généralement à une ou plusieurs des dimensions suivantes: le crédit accordé aux allégations d'agression, les actions entreprises pour protéger l'enfant de l'agresseur et la démonstration à l'enfant qu'il n'est pas responsable de l'AS (Everson, Hunter, Runyan, Edelson, & Coulter, 1989; Leifer, Shapiro, & Kassem, 1993; Morrow & Sorell, 1989). D'autres ont plutôt évalué un soutien maternel général offert à la victime sans que celui-ci soit spécifiquement fourni en réponse au dévoilement. Ce soutien est habituellement défini par le niveau d'affection ou d'acceptation exprimé et l'aide

apportée lorsque l'enfant vit une difficulté (Esparza, 1993; Feiring, Taska, & Lewis, 1998; Hazzard, Celano, Gould, Lawry, & Webb, 1995; Lovett, 1995; Spaccarelli & Fuchs, 1997; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999).

Comparativement aux enfants, les adolescents reçoivent moins de soutien maternel en réponse au dévoilement d'une agression sexuelle (Heriot, 1996; Sirles & Franke, 1989) et moins de soutien général de la part de leurs parents (Feiring et al., 1998). Ces auteurs ont posé l'hypothèse que le processus d'individuation présent à l'adolescence et les conflits fréquents entre le parent et l'adolescent peuvent diminuer le niveau de soutien parental. La question de la relation entre le soutien maternel et les symptômes chez les adolescentes apparaît particulièrement pertinente puisque des résultats obtenus dans d'autres domaines indiquent que pendant l'adolescence, malgré la volonté d'une plus grande indépendance des jeunes, l'acceptation, la compréhension et le soutien de la part des parents demeurent un fondement essentiel à la poursuite de leur développement (Holahan, Valentiner, & Moos, 1995; Powers, Hauser, & Kilner, 1989).

Réponse maternelle au dévoilement de l'AS. En général, les études ont rapporté une association entre une réponse maternelle négative et un niveau de détresse psychologique plus élevé chez les victimes (Cohen & Mannarino, 2000; Everson et al., 1989; Johnson & Kenkel, 1991; Leifer et al., 1993; Morisson & Clavenna-Valleroy, 1998, Morrow & Sorell, 1989; Sauzier, Salt, & Calhoun, 1990; Sas, Hurley, Hatch, Malla, & Trish, 1993; Whitcomb, Goodman, Runyan, & Hoak, 1994). Les études sur les adolescentes ont porté sur des victimes suivant un

traitement psychologique. Elles ont indiqué que les adolescentes victimes d'inceste contrariées par la réaction de leur mère au dévoilement rapportaient un niveau plus élevé de détresse générale (Johnson & Kenkel, 1991). Les sentiments d'être blâmées pour l'agression et de ne pas être crues par la mère ont été associés à des symptômes de dépression plus importants et à une estime de soi plus faible mais ces sentiments n'étaient pas reliés à des comportements délinquants ou auto-destructeurs (Morrow & Sorell, 1989). Par ailleurs, l'étude de Morrisson et Clavenna-Valleroy (1998) a démontré que les adolescentes hospitalisées se sentant crues et soutenues par leur mère rapportaient un niveau plus élevé d'estime de soi et une diminution des symptômes de dépression à la fin d'un traitement et trois mois après celui-ci mais pas dans les 48 heures suivant le début du traitement.

Ces résultats suggèrent que, chez les adolescentes, la réponse maternelle au dévoilement n'est pas associée à tous les symptômes et qu'elle peut varier selon le contexte dans lequel cette relation est étudiée. Jusqu'à maintenant, les chercheurs n'ont pas étudié la relation entre la réponse maternelle au dévoilement et la perception des adolescentes quant à des symptômes sexuels, d'anxiété, de dissociation et de stress post-traumatique. D'autres études sont nécessaires puisque certains adolescents victimes d'agression sexuelle manifestent ce genre de symptômes (Friedrich, Jaworski, Huxsahl, & Bengtson, 1997; Jouvin, Cyr, Thériault, & Wright, 2001; Sadowski & Friedrich, 2000). De plus, il importe de se pencher sur cette question auprès d'adolescentes qui ne reçoivent pas nécessairement un traitement psychologique.

Soutien maternel général. Les études sur la relation entre le soutien maternel général et les symptômes des victimes ont rarement inclu des adolescentes. Spaccarelli et Fuchs (1997) ont toutefois mené une recherche auprès d'adolescentes sélectionnées pour participer à un traitement. Dans cette étude, le soutien du parent non-agresseur était associé à moins de symptômes de dépression et d'anxiété rapportés par les adolescentes. La perception du parent concernant les symptômes d'agressivité et les problèmes sociaux et sexuels des adolescentes n'était toutefois pas liée au soutien. Par ailleurs, les études ne portant pas spécifiquement sur les adolescentes indiquent qu'un plus grand soutien émotif général de la part d'une figure parentale est habituellement associé à moins de symptômes globaux et dépressifs. De plus, le soutien n'est généralement pas relié aux problèmes sexuels ni aux symptômes intériorisés perçus par un parent. Quant à la relation entre un soutien général et des problèmes de comportements extériorisés ou des difficultés d'adaptation sociale, elle est apparue contradictoire d'une étude à l'autre (Deblinger, Steer, & Lippman, 1999; Esparza, 1993; Feiring et al., 1998; Hazzard et al., 1995; Lovett, 1995; Tremblay et al. 1999).

Jusqu'à maintenant, aucune étude empirique ne s'est intéressée aux deux formes de soutien (réponse au dévoilement et soutien général) en relation avec la perception des adolescentes quant à leurs symptômes. Un tel examen, en plus d'établir s'il existe ou non un lien entre les soutiens et divers symptômes du point de vue des adolescentes, permettrait également de vérifier si la réponse au

dévoilement est associée de manière spécifique à certains symptômes en comparaison à un soutien plus général de la part de la mère.

Problèmes familiaux et caractéristiques de l'AS

Selon Friedrich (1998), l'impact de l'agression sexuelle sur les enfants repose autant sur les relations parents-enfant et les circonstances adverses dans lesquelles les enfants grandissent que sur les aspects spécifiques du traumatisme. Certaines conditions familiales adverses ont été associées à des symptômes plus importants chez les victimes d'agression sexuelle : la violence physique ou émotive envers la victime d'AS, la violence conjugale, la monoparentalité et les problèmes d'alcool ou de délinquance criminelle chez un membre de la famille (Bagley & Mallick, 2000; Chandy, Blum, & Resnick, 1996; Koverola & Morahan, 2000; Lynskey & Fergusson, 1997; Tourigny & Dufour, 2000). Des caractéristiques de l'agression comme la durée, des gestes sexuels impliquant une pénétration (orale, vaginale ou anale), le fait que l'agresseur fasse partie de la famille et que l'agression comporte de la violence ou des menaces de violence ont également été associées, quoique de manière inconsistante, à des symptômes plus importants chez les victimes d'agression sexuelle (Beitchman et al., 1991; Kendall-Tackett et al., 1993; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000; Spaccarelli, 1994). Selon Fergusson, Horwood et Lynskey (1997), être victime d'agression sexuelle au cours de l'enfance augmente le risque d'être de nouveau agressé sexuellement à l'adolescence. Peu de recherches ont considéré la

« revictimisation » comme un indice de sévérité de l'histoire d'agression sexuelle. La présente étude se propose de le faire.

En utilisant une méthode d'analyse multivariée, l'étude de Conte et Schuerman (1987), menée auprès de 369 victimes d'AS âgées entre 4 et 17 ans, indique que l'absence de soutien de la part d'un adulte ou de la fratrie, le nombre d'indices de dysfonctions familiales et certaines caractéristiques de l'agression font partie des facteurs associés à une augmentation des symptômes globaux des victimes. La recherche de Conte et Schuerman (1987) ne permet toutefois pas de distinguer le soutien maternel du soutien provenant des autres membres de la famille et d'identifier les dysfonctions familiales en cause. Dans les recherches portant sur une forme de soutien maternel, les caractéristiques de l'agression ont parfois été analysées de manière à ce que l'on puisse vérifier la contribution spécifique de celles-ci et du soutien maternel sur les symptômes. Il arrive que les deux facteurs soient associés aux symptômes (Morrow & Sorrel, 1989), qu'un seul facteur s'avère significatif (Hazzard et al., 1995; Johnson & Kenkel, 1991) ou, qu'à l'intérieur d'une même recherche, le facteur qui explique le mieux un symptôme diffère selon le symptôme étudié (Lovett, 1995; Spaccarelli & Fuchs, 1997). On peut attribuer cette variabilité des résultats au fait que la conceptualisation et la mesure de ces deux facteurs ainsi que celles des symptômes diffèrent d'une étude à l'autre, tout comme l'échantillon et les autres variables étudiées.

Objectifs

L'objectif principal de la présente étude est de mieux cerner la contribution spécifique de trois catégories de facteurs contextuels sur divers symptômes d'adolescentes agressées sexuellement par un membre de leur famille. Des analyses multivariées seront utilisées pour permettre un meilleur contrôle et une meilleure estimation du rôle spécifique des différents facteurs associés aux symptômes. L'apport de deux formes de soutien maternel, des problèmes familiaux et des caractéristiques de l'agression sexuelle sera analysé. L'examen de la perception des adolescentes quant à une diversité de symptômes s'avère une contribution nécessaire puisque certains d'entre eux (p. ex., dissociation et symptômes de stress post-traumatique) ont rarement été étudiés en relation avec les soutiens maternels et les problèmes familiaux dans cette population.

Méthode

Participants et déroulement

Soixante et onze adolescentes québécoises francophones âgées entre 12 et 17 ans ($M = 14.23$; $S.D. = 1.53$) ont participé à l'étude. Elles provenaient d'un groupe socio-économique défavorisé. En effet, les mères des adolescentes vivaient de l'aide sociale dans 42.3% des cas et elles avaient en moyenne 11.06 années de scolarité. Entre septembre 1997 et juillet 2000, un(e) intervenant(e) d'un centre de protection de la jeunesse a confirmé que ces adolescentes avaient été agressées sexuellement. L'AS est ici définie comme une expérience sexuelle non-désirée avec une personne ayant au moins 5 ans de plus que la victime. Les auteurs des

agressions étaient des hommes membres de la famille dans tous les cas (père (n=28), beau-père (n=22), membre de la famille élargie (p. ex., cousins, oncles, grand-père, beau-frère, fils du conjoint de la mère) (n=21)). Au moment du dévoilement de l'agression, 97.2% des adolescentes vivaient avec leur mère et les autres adolescentes avaient au moins un contact toutes les deux semaines avec celle-ci. Plus de la moitié des adolescentes (57.5%) vivaient avec l'agresseur lors du dévoilement (63.3% des filles agressées par leur père, la totalité de celles agressées par leur beau-père et 4.8% des victimes d'un membre de la famille élargie).

Les intervenants responsables de l'évaluation des situations d'agression sexuelle des centres de protection de la jeunesse de trois régions du Québec (Lanaudière, Mauricie /Centre du Québec et Montérégie) ont recruté les adolescentes et leur mère. Les intervenants les ont informées qu'un psychologue les contacterait pour les inviter à une rencontre au cours de laquelle elles complèteraient des entrevues semi-structurées et des questionnaires servant de complément à l'évaluation de leur situation. Si elles y consentaient, un psychologue préalablement formé pour conduire ces entretiens rencontrait les participantes individuellement. Il les informait qu'elles pouvaient arrêter l'entrevue ou se retirer de l'étude sans aucun préjudice quant aux services reçus ou à recevoir. Les entrevues duraient environ deux heures et se déroulaient dans les locaux des centres de protection de la jeunesse ou, exceptionnellement, chez les participantes. Elles avaient lieu en moyenne au cours des 4 mois (M= 3.92 mois;

É. T. = 5.94 mois) suivant la dénonciation de l'agression aux services de protection et 8 mois (M=7.68 mois : É.T. = 14.04 mois) après le dévoilement à la mère. Les participantes étaient informées que l'intervenant responsable de leur évaluation recevrait un rapport de leurs résultats dans la semaine suivant l'entrevue. Le comité d'éthique de l'université avait approuvé cette procédure.

Instruments de mesure

Un questionnaire a été utilisé pour mesurer les symptômes des adolescentes et six instruments (quatre questionnaires et deux entrevues semie-structurées) ont été retenus pour évaluer les facteurs contextuels.

Symptômes des adolescentes. Les adolescentes ont complété le « Trauma Symptom Checklist for Children » (TSC-C; Briere, 1989; Wright & Sabourin, 1996), questionnaire autorapporté de 54 items mesurant la fréquence des réactions à la suite d'un traumatisme sur une échelle en 4 points (jamais, parfois, souvent, presque toujours). Le TSC-C comprend six sous-échelles : anxiété, dépression, stress post-traumatique, préoccupations sexuelles, dissociation et colère. Pour chacune d'entre elles, Briere (1996) a fixé un score clinique. Dans l'échantillon actuel, les coefficients de cohérence interne varient de .83 à .89 selon les sous-échelles, sauf pour la sous-échelle dissociation ($\alpha = .69$). Ces résultats sont semblables à ceux obtenus avec la version originale de l'instrument (Briere, 1996; coefficient alpha variant de .77 à .89). Les validités convergente, discriminante et de construit des sous-échelles ont été démontrées dans la version originale (Briere, 1996; Elliot & Briere, 1994; Friedrich et al., 1997; Crouch, Smith, Ezzel, &

Saunders, 1999). Une étude récente, menée auprès de 1556 enfants et adolescents dont 382 victimes d'AS, a démontré que la structure factorielle et la cohérence interne de la traduction québécoise ainsi que sa validité de convergence avec des questionnaires mesurant l'anxiété, la dépression et l'estime de soi sont comparables à la version de Briere (Jouvin et al., 2001). Cette traduction du TSC-C permet de différencier les victimes d'agression sexuelle des enfants et des adolescents qui n'ont pas vécu une telle expérience. La fidélité test-retest de cette version après 15 jours varient de 0,75 à 0,81 selon les échelles ($p < .001$). Cette fidélité a été évaluée auprès de 128 enfants et adolescents issus d'écoles de la grande région de Montréal.

Réponse maternelle au dévoilement. Une version traduite du « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1996) a été utilisée pour évaluer trois dimensions de la réponse maternelle au dévoilement de l'agression sexuelle : niveau de crédit accordé aux allégations d'AS, soutien émotif et actions pour protéger l'enfant de l'agresseur. À la suite d'une entrevue semi-structurée de vingt minutes réalisée séparément auprès de l'adolescente et de sa mère, le PRADS a été codifié en combinant les informations obtenues. Le score à chacune des dimensions peut varier de -2 à +2. À partir de +1 la réponse au dévoilement peut être qualifiée de supportante. Un score de 0 indique une réponse ambivalente alors qu'un résultat négatif correspond à une réponse non-supportante ou rejetante. Afin de vérifier la fidélité de cette version du PRADS, des entrevues ont été enregistrées sur cassette

audio et écoutées par un juge indépendant qui a codifié 38 PRADS. Les entrevues servant à l'accord interjuges ont été menées auprès de victimes âgées entre 4 et 17 ans et leur mère. Parmi les victimes, 16 ont également participé à la présente étude et on comptait 5 garçons. Les coefficients intra-classe indiquent un degré d'accord très satisfaisant pour chacune des sous-échelles (niveau de crédit accordé aux allégations (.97), soutien émotif (.91), action de protection (.91)). Everson et al. (1989) avaient obtenu un résultat semblable avec l'instrument original ($r=.95$) en comparant le score total de l'interviewer (addition des trois sous-échelles) avec un évaluateur qui cotait l'entrevue à partir des notes de l'interviewer.

Soutien maternel général. La sous-échelle « soin et soutien » du « Questionnaire des attitudes et des comportements parentaux » (Bergeron, Valla, Breton, Gaudet, & Berthiaume, 1993) a permis d'évaluer la perception des adolescentes quant au soutien affectif et instrumental reçu de la part de leur mère au cours des six derniers mois. Cette sous-échelle est composée de huit items (p. ex., Parlez-vous ensemble de tes activités, tes ami(e)s, tes résultats scolaires? Est-ce qu'elle te console quand tu es triste ou que tu as de la peine? Est-ce qu'elle t'aide lorsque tu as de la difficulté à accomplir une tâche (p. ex., pour faire tes devoirs)). Les items sont répondus sur une échelle de type Likert en quatre points (jamais, quelque fois, souvent et la plupart du temps). Une analyse factorielle a confirmé ce construit. La cohérence interne de cette sous-échelle est satisfaisante (alpha de .83) et sa corrélations test-retest se situe entre .72 et .84 (Bergeron et al.,

1993). Avec l'échantillon actuel, un coefficient de cohérence interne de .89 est obtenu.

Caractéristiques des agressions sexuelles. Deux instruments ont été utilisés pour décrire les caractéristiques des agressions sexuelles. L'intervenant du centre jeunesse a complété l'Échelle d'évaluation d'abus sexuel (Wright, Sabourin, & Lussier, 1994), version française du « Sexual Abuse Rating Scale » (Friedrich, 1992), pour déterminer l'identité et l'âge de l'agresseur ainsi que la durée de l'agression. Nous avons aussi demandé aux intervenants si l'adolescente vivait avec l'agresseur au moment du dévoilement et si elle avait déjà vécu d'autres situations d'agression sexuelle dans le passé.

Nous avons également eu recours à la traduction et l'adaptation de l'« Incest History Questionnaire » de Courtois (1988) (Thériault, Cyr, & Cinq-Mars, 1997) (voir Appendice C) : une entrevue semi-structurée menée auprès de l'adolescente et portant sur l'ensemble des situations d'AS vécues. Cette entrevue a permis de vérifier la sévérité de l'ensemble des gestes posés au cours des agressions (p. ex., attouchements, pénétration orale, vaginale ou anale) et les stratégies utilisées par l'agresseur (p. ex., utilisation de violence, promesses de cadeaux, menace envers l'adolescente ou ses proches).

Problèmes familiaux. Les adolescentes ont complété un inventaire de problèmes familiaux conçu dans le cadre du présent projet (voir Appendice D). Elles devaient indiquer la présence ou l'absence de différents problèmes familiaux depuis leur naissance sur les items suivants : maladie ou accident ayant nécessité

l'hospitalisation d'un parent, problèmes financiers, séparation ou divorce des parents, violence entre les membres de la famille (conjugale ou envers les enfants, verbale ou physique), incarcération d'un membre de la famille, problèmes d'alcool, abandon des enfants par un des parents et agression sexuelle vécue par un autre membre de la famille. Pour chacune des situations vécues par les adolescentes, elles indiquaient l'âge qu'elles avaient au moment où la situation a débuté et lorsqu'elle s'est terminée. Elles notaient aussi jusqu'à quel point chacune des situations l'avait bouleversée (pas du tout, peu, assez, extrêmement).

Un questionnaire sociodémographique a permis de recueillir, auprès des adolescentes, des informations sur leur âge et leur situation familiale.

Résultats

Afin de vérifier la relation entre les trois groupes de variables contextuelles (soutiens, caractéristiques de l'AS et problèmes familiaux) et les symptômes, des corrélations de Pearson ont été effectuées. Par la suite, pour chacun des symptômes, une régression multiple (stepwise) a été réalisée en conservant comme variables indépendantes les facteurs contextuels ayant atteint le seuil de signification de .05 dans les analyses corrélationnelles. Avant de présenter les résultats de ces analyses, les symptômes et les facteurs contextuels seront décrits.

Description des symptômes et des facteurs contextuels

Symptômes des adolescentes. Pour chacune des six sous-échelles du TSC-C, le tableau 1 présente la moyenne et l'écart-type obtenus par les participantes ainsi que le pourcentage d'entre elles dont le score a atteint le seuil clinique. Selon

la sous-échelle, entre 7.0% (colère) et 33.8% (préoccupations sexuelles) des adolescentes ont atteint ce seuil. Presque la moitié (46.5%) d'entre elles ont des résultats qui se situent au-delà du seuil clinique sur au moins une des sous-échelles du TSC-C. Plus précisément, 19.7% des adolescentes ont des résultats qui atteignent le seuil clinique sur une seule sous-échelle du TSC-C alors que 26.8% d'entre elles l'atteignent sur deux sous-échelles ou plus.

Insérer le tableau 1 ici

Réponse maternelle au dévoilement. Les résultats indiquent que 76% des mères croient les allégations d'agression sexuelle de l'adolescente (résultat supérieur ou égal à +1), 10% hésitent à le faire (résultat de 0) et 14% nient au moins une partie des allégations (résultats négatifs). Pour ce qui est des actions entreprises pour protéger l'adolescente de l'agresseur, 65% des mères entreprennent de telles actions, 14% demeurent passive ou sont ambivalentes et 21% choisissent l'agresseur plutôt que l'enfant dans la majorité des circonstances. La moitié des mères (51%) offrent du soutien émotif à l'adolescente, 22% sont ambivalente dans leur désir de soutenir l'adolescente ou elles manquent d'habileté pour le faire et 28% sont menaçantes, hostiles ou rejetantes envers l'adolescente dans la majorité des circonstances. Lorsque les trois dimensions de la réponse maternelle sont pris en considération, 44% des mères offrent une réponse supportante au dévoilement de l'agression (résultat supérieur ou égal à +1 sur les

trois dimensions de la réponse évaluées) alors que 10% répondent d'une manière jugée non-supportante (résultat négatif sur les trois dimensions).

Soutien maternel général. La moitié des adolescentes considèrent leur mère comme étant « souvent » ou « la plupart du temps » supportante (attitude de soin et de soutien) ($M=13.24$, $E.T.=6.03$).

Caractéristiques des agressions sexuelles. L'agresseur était une figure paternelle (père ou beau-père) dans 70% des cas. Les agressions sexuelles ont en moyenne duré 27 mois ($E.T.=28.87$) et elles sont terminées en moyenne depuis 19 mois ($E.T.=28.87$). Une adolescente sur cinq (22.5%) a vécu au moins une autre situation d'agression sexuelle en plus de celle dénoncée au service de protection. Les adolescentes avaient en moyenne 9 ans ($E.T.=3.30$) au moment de la première agression et 39% ont subi des gestes sexuels impliquant une pénétration orale, génitale ou anale. Dans 31% des cas, au moins un des agresseurs a eu recours à la violence physique ou la menace de conséquences graves.

Problèmes familiaux. Au cours de leur vie, les adolescentes ont été confrontées en moyenne à 3 problèmes parmi les 8 évalués ($M=3.44$, $E.T.=1.65$). Pour chaque problème familial, la proportion d'adolescentes ayant vécu celui-ci au cours de leur vie, la proportion de celles ayant fait face à ce problème dans la dernière année ainsi que le pourcentage de participantes qui ont été extrêmement bouleversées par le problème sont présentés au tableau 2. Ainsi, la séparation ou le divorce des parents (69.0%), la violence familiale verbale ou physique (66.2%) et les problèmes financiers (52.1%) sont les 3 problèmes les plus fréquemment

rapporté au cours de la vie des adolescentes. Au cours de la dernière année, la violence familiale verbale ou physique (45.0%), les problèmes financiers (39.4%) et les problèmes d'alcool (32.4%) dans la famille ont été les plus fréquemment rapportés. Mises à part les difficultés financières (10.8%), au moins un quart des adolescentes (entre 25.0% et 46.7% selon le problème) ont été extrêmement bouleversées lorsqu'elles ont été confrontées à un des problèmes familiaux.

Insérer le tableau 2 ici

Relation entre les facteurs contextuels et les symptômes évalués par le TSC-C

Les résultats des corrélations entre les facteurs contextuels (réponses maternelles au dévoilement, soutien maternel général, problèmes familiaux et caractéristiques de l'agression sexuelle) et les symptômes (TSC-C) apparaissent au tableau 3. Plusieurs facteurs contextuels sont significativement corrélés à certains symptômes du TSC-C : un soutien émotif plus faible en réponse au dévoilement, un soutien maternel général plus faible, l'hospitalisation d'un parent, la présence de violence familiale, l'incarcération d'un membre de la famille, la présence de problèmes d'alcool dans la famille et plusieurs caractéristiques de l'agression sexuelle (être agressée par un membre de la famille élargie, la durée plus longue de l'agression sexuelle, avoir vécu une autre situation d'agression sexuelle que celle dénoncée au centre de protection de la jeunesse, un âge plus jeune au début de l'agression sexuelle, les agressions qui impliquent une pénétration orale,

vaginale ou anale et celles qui s'accompagnent de violence ou de menaces de conséquences graves).

Par ailleurs, certains facteurs contextuels ne sont significativement corrélés à aucun des symptômes mesurés par le TSC-C. C'est le cas de deux dimensions de la réponse maternelle au dévoilement (crédit accordé aux allégations d'AS et actions de protection), de quatre problèmes familiaux (problèmes financiers, séparation ou divorce des parents, AS subit par un autre membre de la famille et abandon de la part d'un parent) et d'une caractéristique de l'agression sexuelle (nombre de mois depuis la fin de l'agression).

Insérer le tableau 3 ici

Les analyses de régressions multiples (voir tableau 4) ont permis de vérifier la contribution des facteurs contextuels pour expliquer les six symptômes du TSC-C. Tel que mentionné plus tôt, pour chacun des six symptômes, les facteurs contextuels significativement corrélés au symptôme (seuil de signification de .05) (voir tableau3) ont été conservés comme variables indépendantes dans les régressions multiples. Par exemple, les 4 facteurs suivants ont été inclus comme variables indépendantes dans la régression multiple portant sur les préoccupations sexuelles : la présence de violence familiale, les problèmes d'alcool dans la famille, l'agression sexuelle par une figure paternelle et la durée de l'agression sexuelle.

Ainsi, pour les symptômes d'anxiété, 2 facteurs contextuels parmi les 6 inclus dans la régression multiple expliquent 13% de la variance: un soutien émotif plus faible en réponse au dévoilement et l'utilisation de menaces ou de violence par l'agresseur. Une durée plus longue de l'AS et un soutien maternel général plus faible (deux facteurs sur cinq inclus dans la régression) rendent compte de 16% de la variance des symptômes dépressifs. Pour les symptômes de stress post-traumatique, 14% de la variance est expliqué par la présence de problèmes d'alcool dans la famille et un soutien maternel général plus faible (deux facteurs sur cinq inclus dans la régression). La présence de problèmes d'alcool dans la famille rend compte de 9% de la variance des préoccupations sexuelles (un facteur sur quatre inclus dans la régression). L'hospitalisation d'un parent, le fait que l'adolescente ait vécu d'autres situations d'agression sexuelle, la présence de problèmes d'alcool dans la famille et avoir subi une agression impliquant une pénétration orale, génitale ou anale expliquent 39% de la variance des symptômes de dissociation (quatre facteurs sur neuf inclus dans la régression). Enfin, pour ce qui est de la colère, avoir vécu d'autres situations d'AS, la présence de problèmes d'alcool dans la famille et un soutien maternel général plus faible expliquent 24% de sa variance (trois facteurs sur sept inclus dans la régression).

Insérer le tableau 4 ici

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'examiner la relation entre trois catégories de facteurs contextuels et six symptômes spécifiques (TSC-C) chez des adolescentes au moment d'une évaluation visant à vérifier la véracité des allégations d'agression sexuelle intrafamiliale. De manière générale, nos résultats indiquent que le soutien maternel, les caractéristiques de l'agression et les problèmes familiaux contribuent à expliquer une partie de la variance de certains symptômes perçus par les adolescentes.

Soutiens et symptômes

Un des apports de la présente étude est l'examen simultané du soutien maternel général et des réponses maternelles au dévoilement (crédit accordé aux allégations, soutien émotif et action de protection) en relation avec les symptômes des adolescentes. Les résultats indiquent que le soutien général est associé à plus de symptômes du TSC-C que les réponses au dévoilement de l'agression. Hazzard et al. (1995), qui ont mesuré les deux formes de soutien auprès de filles âgées entre 8 et 13 ans, avaient obtenu un résultat similaire. Nos résultats indiquent également que ces deux formes de soutien maternel (soutien général et réponses au dévoilement) ne sont pas associées aux symptômes de dissociation ni aux préoccupations sexuelles des adolescentes. Ils corroborent ainsi les résultats d'études récentes indiquant l'absence de relation entre le soutien parental et le point de vue des victimes sur ces symptômes (Cohen & Mannarino, 2000; Feiring et al., 1998).

Réponses au dévoilement. Plus les adolescentes reçoivent du soutien émotif de la part de leur mère en réponse au dévoilement (p.ex., mère disponible, permettant à l'adolescente d'exprimer son expérience relative à l'agression sans la blâmer), moins elles manifestent des symptômes d'anxiété. Ce résultat corrobore celui de Cohen et Mannarino (2000) obtenu auprès d'enfants. Par ailleurs, le niveau de crédit accordé aux allégations d'AS et les actions pour protéger l'adolescente de l'agresseur ne sont liés à aucun des symptômes évalués chez les adolescentes. Ces résultats concordent avec ceux de Sauzier et al. (1990) qui concluent que l'habileté de la mère à agir pour protéger son enfant de l'agression ne prévient pas nécessairement les conséquences négatives de l'agression sexuelle.

Contrairement aux résultats des études de Everson et al. (1989) et de Leifer et al. (1993), aussi conduites dans le contexte de l'évaluation de l'agression, la réponse maternelle au dévoilement n'est pas associée aux symptômes de dépression ni aux symptômes sexuels dans notre échantillon et ce, même si la proportion des mères offrant une réponse supportante au dévoilement dans notre échantillon (44%) est semblable à celle des échantillons de Everson et al. (1989) (44%) et de Leifer et al. (1993) (49%). Cette divergence peut s'expliquer par le fait que nous avons utilisé une mesure autorapportée. En effet, nos résultats quant à la dépression s'apparentent davantage à ceux des études menées avant un traitement et ayant utilisé des mesures autorapportées auprès de filles âgées entre 7 et 12 ans (Mannarino et Cohen, 1996) et d'adolescentes (Morrison et Clavenna-Valleroy, 1998).

D'autres hypothèses peuvent aussi être émises pour expliquer l'absence de relation entre la réponse maternelle au dévoilement et la plupart des symptômes évalués. En effet, même lorsque les mères sont supportantes, les victimes éprouvent fréquemment des sentiments complexes envers elles (p. ex., colère relativement au fait de ne pas avoir été protégées avant, culpabilité d'avoir gardé l'agression secrète, sentiment d'être responsable de la détresse et des bouleversements familiaux) (Hooper & Humphrey, 1998). De plus, le niveau de soutien maternel offert en réponse au dévoilement peut fluctuer avec la façon dont les mères font face à leur propre détresse et aux perturbations familiales amenées par la découverte de l'agression (Elliott & Carnes, 2001; Hooper & Humphrey, 1998). Enfin, comme semblent l'indiquer les résultats des études menées à la suite d'un témoignage à la cour ou d'un traitement psychologique (Cohen & Mannarino, 2000; Johnson & Kenkel, 1991; Morrisson & Clavenna-Valleroy, 1998; Morrow & Sorell, 1989; Sas et al., 1993; Whitcomb et al., 1994), il est possible que l'impact de la réponse au dévoilement se fasse sentir, une fois passée la période d'instabilité qui peut suivre le dévoilement officiel de l'agression sexuelle.

Soutien général. Nos résultats à l'effet qu'un soutien général plus faible est associé à des symptômes plus importants suggèrent que, dans le contexte de l'évaluation d'une agression sexuelle intrafamiliale, le soutien maternel général (affection exprimée et aide apportée lors de difficultés) aide les adolescentes à faire face à des symptômes dépressifs ainsi qu'à la colère qu'elles ressentent envers les autres ou elles-mêmes. Ce soutien, quoique général, peut aussi aider les

adolescentes à composer avec des pensées, des sensations ou des souvenirs envahissants et traumatiques. La relation entre un soutien maternel général plus faible et des symptômes plus importants (TSC-C) peut également suggérer que, dans certains cas, il devient difficile pour la mère d'établir ou de rétablir une relation de soutien avec une adolescente qui manifeste des symptômes plus sévères.

Problèmes familiaux et symptômes

L'étude d'événements familiaux adverses spécifiques a permis une meilleure estimation des problèmes familiaux les plus susceptibles d'être associés aux symptômes des adolescentes. Nos résultats indiquent que les problèmes d'alcool expliquent une partie unique de la variance des symptômes de stress post-traumatique, de dissociation et de colère ainsi que des préoccupations sexuelles. Dans une revue des écrits, Brown (1988) décrit l'environnement familial dans lequel vivent les enfants d'alcooliques comme étant chaotique, inconsistant et imprévisible avec une confusion des rôles. Selon Brown (1988) et Jesse (1991), les enfants d'alcooliques sont susceptibles de se sentir seuls devant leur insécurité et pour assurer leurs soins.

L'hospitalisation d'un parent explique également une proportion importante de la variance des symptômes de dissociation. Connaître le motif de cette hospitalisation (maladie mentale ou physique, traumatisme d'un parent, etc.), la durée ou la chronicité de celle-ci, ce qui s'est passé pendant l'hospitalisation ou ce que les adolescentes en ont compris serait utile pour mieux saisir la nature de

cette relation. Ces résultats s'apparentent à ceux de Draijer et Langeland (1999) obtenus auprès d'une population adulte hospitalisée. Ceux-ci indiquent qu'en plus des agressions sexuelles dans l'enfance, le manque de disponibilité d'un parent dû à une maladie physique ou mentale et à des problèmes d'alcool est associé à la sévérité des symptômes de dissociation.

Contrairement aux résultats d'autres recherches (Bagley & Mallick, 2000; Koverola & Morahan, 2000), la violence familiale n'est pas apparue comme expliquant les symptômes et ce, malgré sa corrélation avec les préoccupations sexuelles et les symptômes de dissociation et de colère. On peut penser que sa corrélation modérée ($r=.31$, $p=.009$; calcul post-hoc) avec les problèmes d'alcool dans la famille explique en partie cette absence de résultats. En effet, une proportion d'enfants issus de familles où il y a des problèmes d'alcool sont en contact avec d'autres formes de victimisation envers les enfants ou entre les figures parentales (Brown, 1988; Jesse, 1989; Tourigny & Dufour, 2000).

La présente recherche n'étant pas de nature longitudinale, la direction des relations entre les problèmes familiaux et les symptômes des adolescentes est imprécise. Ainsi, certains problèmes familiaux notés peuvent avoir précédé et augmenté le risque d'occurrence de l'agression sexuelle. Certains problèmes peuvent avoir été exacerbés par son début ou son dévoilement. Enfin, dans quelques cas, des effets réciproques peuvent également avoir été présents (p. ex., l'alcoolisme d'un père de famille ayant une attirance sexuelle pour les enfants pourrait avoir augmenté le risque qu'il agresse sexuellement ses enfants en

diminuant ses inhibitions, et sa consommation d'alcool pourrait aussi s'être amplifiée lorsqu'il a été confronté à des émotions intenses suscitées par ce geste).

Caractéristiques de l'AS et symptômes

En moyenne, 1.5 an après la fin des agressions sexuelles, les caractéristiques de l'agression (p. ex., durée, présence de pénétration) expliquent une partie unique de la variance de cinq symptômes du TSC-C et ce, même lorsque les soutiens maternels et les problèmes familiaux sont inclus dans les analyses. Ces résultats s'apparentent à ceux de Conte et Schuerman (1987), de Morrow et Sorrel (1989) et de Fergusson et al. (1997) selon lesquels les symptômes sont expliqués à la fois par des caractéristiques de l'agression sexuelle et des contextes familiaux perturbés.

Quatre caractéristiques de l'agression ressortent particulièrement. Ainsi, l'utilisation par l'agresseur de violence et de menace de conséquences graves est associée à plus d'anxiété chez les adolescentes. La durée des agressions explique une proportion significative de la dépression. Les gestes sexuels qui impliquent une pénétration orale, génitale ou anale sont associés à la dissociation. Enfin, le fait d'avoir vécu d'autres agressions avant la situation dénoncée au centre de protection de la jeunesse est associé à la dissociation et la colère. Ces résultats corroborent ceux rapportés dans la revue des études empiriques effectuée par Kendall-Tackett et al.(1993) à l'effet que les agressions d'une durée plus longue, celles comportant une pénétration (orale, vaginale ou anale) ou de la violence sont associées à des symptômes plus importants. Quant à la revictimisation sexuelle, le

devis de notre recherche ne permet pas de savoir si les symptômes de colère et de dissociation étaient présents avant celle-ci. Il est toutefois possible que ces symptômes aient pu être exacerbés par une autre situation d'agression et que la revictimisation puisse être considérée comme un indice de sévérité de l'histoire d'agression.

Limites de l'étude

La présente étude comporte certaines limites. Tout d'abord, effectuer une étude auprès des adolescentes qui sont venues à l'attention des centres de protection de la jeunesse limite la généralisation des résultats. Il est en effet possible que ces filles se distinguent de celles qui ne sont pas en contact avec ce genre d'organismes. La nature transversale et corrélationnelle de l'étude ne permet pas de connaître la séquence d'apparition des facteurs contextuels et des symptômes ainsi que leurs possibles interactions. Certaines variables, exclues des régressions parce qu'elles n'étaient pas suffisamment corrélées avec les symptômes, ont pu avoir un impact indirect sur les symptômes. Enfin, l'utilisation d'instruments permettant d'évaluer de manière plus spécifique et détaillée la présence, la sévérité et la chronicité des problèmes familiaux serait nécessaire pour mieux évaluer l'importance relative de ces divers problèmes dans l'explication des symptômes des adolescentes.

Conclusion

Cette étude a mis en lumière que les symptômes des adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale venant à l'attention des services de protection

de la jeunesse s'expliquent par la combinaison d'un ensemble de facteurs incluant les soutiens maternels, des caractéristiques de l'agression et des problèmes familiaux. L'étude de la contribution de deux formes de soutiens maternels, de problèmes familiaux spécifiques et de la revictimisation sexuelle comme un indice de sévérité de l'agression sexuelle a permis de démontrer que la faiblesse du soutien maternel général, les problèmes d'alcool dans la famille et la revictimisation étaient des facteurs associés à divers symptômes chez cette population. De plus, chez les adolescentes, les variables familiales avaient été peu étudiées en relation avec certains symptômes comme le stress post-traumatique et la dissociation.

Afin d'offrir un portrait plus nuancé de la compréhension des symptômes des adolescentes, les recherches futures devraient prendre en considération ces facteurs en utilisant des mesures plus détaillées pour évaluer les problèmes familiaux. D'autres types de mauvais traitements, comme la négligence, devraient aussi être pris en considération. Enfin, des études longitudinales seraient nécessaires pour mieux comprendre la séquence des facteurs contextuels et des symptômes.

Par ailleurs, la sévérité de l'histoire d'AS des adolescentes, l'intensité de la détresse psychologique qu'elles rapportent, la réponse maternelle ambivalente ou négative au dévoilement et la faiblesse du soutien maternel général notées chez la moitié des participantes ainsi que les divers problèmes familiaux avec lesquels elles doivent composer appuient la nécessité d'avoir recours à une évaluation

adéquate de toutes les personnes touchées par la situation d'agression sexuelle (victime, agresseur, parent non-agresseur, famille) afin de déterminer les interventions nécessaires pour leur venir en aide (Wright et al., 1999).

Tableau 1. Moyennes, écart-types et pourcentages de participantes ayant des symptômes au-delà du seuil clinique pour chacune des sous-échelles du TSC-C.

TSC-C	<i>M</i>	<i>SD</i>	% > seuil clinique
Anxiété	10.07	5.21	19.7
Dépression	9.76	5.13	18.3
Stress post-traumatique	13.96	6.08	18.3
Préoccupations sexuelles	5.94	3.91	33.8
Dissociation	9.55	5.20	11.3
Colère	8.27	5.27	7.0

Tableau 2. Pourcentages des adolescentes ayant vécu chacun des problèmes familiaux au cours de leur vie et dans la dernière année et proportion de celles qui ont été extrêmement bouleversées par le problème.

Problèmes familiaux	% vie	% année	% extrêmement bouleversée
Hospitalisation d'un parent	35.2	14.1	28.0
Problèmes financiers	52.1	39.4	10.8
Séparation/divorce des parents	69.0	14.1	31.9
Violence familiale (verbale ou physique)	66.2	45.0	25.0
Agressions sexuelles d'un autre membre de la famille	23.2	4.5	46.7
Incarcération	33.8	11.4	25.0
Problèmes d'alcool	46.5	32.4	27.3
Abandon de la part d'un parent	15.5	2.9	36.4

Tableau 3. Corrélations entre les facteurs contextuels et les symptômes au TSC-C.

Facteurs contextuels	Symptômes					
	Anx.	Dépr.	Stress.	P.sex.	Disso.	Col.
Réponse : Crédit allégations	-.13	-.03	.01	.01	.01	-.00
Réponse : Soutien émotif	-.28*	-.19	-.20	-.16	-.09	-.18
Réponse : Action protection	-.21	-.10	-.10	-.17	-.17	-.11
Soutien général	-.23*	-.28*	-.28*	-.23	-.17	-.28*
Hospitalisation parent	.24*	.23*	.21	.22	.42***	.05
Problèmes financiers	-.01	.12	-.04	.01	.15	.12
Séparation/divorce	-.12	-.22	-.14	-.21	-.22	-.11
Violence familiale	.21	.15	.21	.28*	.25*	.28*
AS subie par un autre membre de la famille	.15	-.03	.20	.01	.15	-.01
Incarcération	.28*	.12	.25*	.06	.24*	.27*
Problèmes d'alcool	.08	.24*	.29**	.32**	.35**	.33**
Abandon	.07	-.17	-.04	.03	-.05	-.16
AS par figure paternelle	-.14	-.18	-.25*	-.25*	-.28*	-.12
Durée AS	.08	.30*	.13	.24*	.14	.07
Mois depuis fin AS	.10	-.01	.09	.12	.06	.05
AS autres que AS dénoncées	.16	.16	.04	.18	.35**	.35**
Âge début AS	-.22	-.17	-.18	-.11	-.26*	-.21
Pénétration	.27*	.26*	.19	.23	.28*	.23*
AS avec Violence / menace	.27*	.20	.24*	.21	.35**	.26*

*p<.05. **p<.01. ***p<.001

Tableau 4. Analyses des régressions multiples (stepwise) des facteurs contextuels significativement associés à chacun des symptômes du TSC-C.

Facteurs contextuels	R ² ajusté	F	bêta	B	ET (B)	t
Anxiété	.13	6.14**				
-Réponse : Soutien émotif			-.28	-1.14	.46	-2.51*
AS avec Violence/Menace			-.28	3.10	1.26	2.46*
Dépression	.16	7.57***				
-Durée AS			.32	5.70	.02	2.92**
-Soutien général			-.31	-.26	.09	-2.80*
Stress Post-traumatique	.14	6.67**				
-Problèmes d'alcool			.29	3.55	1.36	2.61*
-Soutien général			-.28	-.28	.11	-2.47*
Préoccupations sexuelles	.09	7.82**				
-Problèmes d'alcool			.32	2.48	.89	2.80**
Dissociation	.39	11.99***				
-Hospitalisation parent			.41	4.39	1.03	4.27***
-AS autres que AS dénoncées			.26	3.26	1.20	2.72**
-Problèmes d'alcool			.27	2.86	.99	2.87**
-Pénétration			.23	2.48	1.03	2.41*
Colère	.24	8.16***				
-AS autres que AS dénoncées			.29	3.65	1.33	2.74**
-Problèmes d'alcool			.29	3.10	1.12	2.77**
-Soutien général			-.25	-.22	.09	-2.41*

*p<.05. **p<.01. ***p<.001.

Bagley, C., & Mallick, K. (2000). Prediction of sexual, emotional, and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. Child Maltreatment, *5*(3), 218-226.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, *16*, 101-118.

Bergeron, L., Valla, J.P., Breton, J.J., Gaudet, N., & Berthiaume, C. (1993). Factor analysis and reliability of parental behaviors and attitudes questionnaire. Communication présentée au 40ième Congrès de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Briere, J. (1989). Trauma symptom Checklist for Children (TSC-C). Los angeles, CA : University of Southern California Press.

Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) : Professional Manual. Odessa: Psychological Resources, Inc.

Briere, J., & Elliott, D.M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. The Future of Children, *4*(2), 54-69.

Brown, S. (1988). Treating adult children of alcoholics : A developmental perspective. New York : John Wiley & Sons.

Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Female adolescents with a history of sexual abuse: Risk outcome and protective factors. Journal of Interpersonal Violence, *11*(4), 503-518.

Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (2000). Predictors of Treatment Outcome in Sexually Abused Children. Child Abuse & Neglect, 24(7), 983-994.

Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 11, 201-211.

Courtois, C. A. (1988). Healing the incest wound: Adult survivors in therapy. New York: W.W. Norton & Co, inc.

Crouch, J. L., Smith, D. W., Ezzel, C. E., & Saunders, B. E. (1999). Measuring reactions to Sexual Trauma Among Children: Comparing the Children's Impact of Traumatic Events Scale and the Trauma Symptom Checklist for Children. Child Maltreatment, 4(3), p.255-263.

Deblinger, E., Steer, R., & Lippman, J. (1999). Maternal Factors Associated With Sexually Abused Children's Psychosocial Adjustment. Child Maltreatment, 4(1), p.13-20.

Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. The American Journal of Psychiatry, 156(3), p.379-185.

Elliot, D. M., & Briere, J. (1994). The Trauma Symptom Checklist for children: Validation data from a child abuse evaluation center: University of Southern California School of Medicine.

Elliot, A.N., & Carnes, C.N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. Child Maltreatment, 6(4), p. 314-331.

Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. Issues in Mental Health Nursing, 14(1), 85-107.

Everson, M. D., Hunter, W. M., & Runyan, D. K. (1989). Parental reaction to abuse disclosure scale (PRADS) (measure instrument). Chapel Hill: University of North Carolina.

Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyan, D. K., Edelsohn, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. American Journal of Orthopsychiatry, 59(2), 197-207.

Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence, 13(2), 240-260.

Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Lynskey, M. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. Child Abuse and Neglect, 21(8), 789-803.

Friedrich, W.N. (1992). Sexual Abuse Rating Scale : Dept. pédiopsychiatrie, Clinique Mayo, Rochester Minn. Eass.

Friedrich, W. N. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 22(6), 523-531.

Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E., & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. Journal of Interpersonal Violence, 12, 155-171.

Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S., & Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. Child Abuse & Neglect, 19, 707-714.

Heriot, J. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence, 11, 181-194.

Holahan, C.J., Valentiner, D.P., & Moos, R.H. (1995). Parental support, coping strategies, and psychological adjustment : An integrative model with late adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 24(6), 633-648.

Hooper, C. A. (1992). Mothers Surviving Child Sexual Abuse. New York: Routledge.

Hooper, C.A., & Humphrey, C. (1998). Women whose children have been sexually abused : reflections on a debate. The British Journal of Social Work, 28, 565-580.

Howard, C. A. (1993). Factors influencing a mother's response to her child's disclosure of incest. Professional Psychology: Research and Practice, 24(2), 176-181.

Jesse, R.C. (1991). Children in Recovery. New York : W.W. Norton & Company.

Johnson, B. K., & Kenkel, B. M. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. Child Abuse & Neglect, 15, 293-305.

Jouvin, E., Cyr, M., Thériault, C., & Wright, J. (2001). Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C). Document inédit : Université de Montréal.

Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113, 164-180.

Koverola, C., & Morahan, M. (2000, Juin). Differential impact of exposure to domestic violence and child sexual abuse. Communication présentée à la Victimization of Children & Youth : An International Research Conference, Durham, N.H., États-Unis.

Leifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon Foster placement and adjustment in sexually abused girls. Child Abuse & Neglect, 17, 755-766.

Lovett, B. B. (1995). Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. Child Abuse & Neglect, 19, 729-738.

Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 21(12), 1177-1190.

Mannarino, A.P., & Cohen, J.A. (1996). Family-related variables and psychological symptom formation in sexually abused girls. Journal of Child Sexual Abuse, 5(1), 105-120.

Mannarino, A.P., Cohen, J.A., & Berman, S.R. (1994). The relationship between prabuse factors and psychological symptomatology in sexually abused girls. Child Abuse & Neglect, 18(1), 63-71.

Morisson, N.C., & Clavenna-Valleroy, J. (1998). Perceptions of maternal support as related to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents. Journal of Child Sexual Abuse, 7(1), 23-40.

Morrow, K. B., & Sorell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. Journal of Marriage and the Family, 51, 677-686.

Paolucci, E.O., Genuis, M.L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. The Journal of Psychology, 135(1), 17-36.

Powers, S.I., Hauser, S.T., & Kilner, L.A. (1989). Adolescent Mental Health. American Psychologist, 44(2), 200-208.

Ruggiero, K.J., McLeer, S.V., & Dixon, J.F. (2000). (1995). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. Child Abuse & Neglect, 24(7), 951-964.

Sadowski, C.M., & Friedrich, W.N. (2000). Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents. Child Maltreatment, 5(4), 364-372.

Sas, L., D., Hurley, P., Hatch, A., Malla, S., & Trish, D. (1993). A longitudinal study of the social and psychological adjustment of child witnesses referred to the child witness project. Child Witness Project. London: London Family Court Clinic Inc.

Sauzier, M., Salt, P., & Calhoun, R. (1990). The effects of child sexual abuse. Dans B. Gomes-Schwartz, J.M. Horowitz & A.P. Cardarelli (Éds), Child sexual abuse: The initial effects (pp.75-108). London: Sage.

Sirles, E. A., & Franke, P. J. (1989). Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 13, 131-139.

Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. Psychological Bulletin, 116(2), 340-362.

Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in Symptom Expression Among Sexually Abused Girls: Developing Multivariate Models. Journal of Clinical Child Psychology, 26(1), 24-35.

Thériault, C., Cyr, M., & Cinq-Mars, C. (1997). Traduction et adaptation du Incest History Questionnaire de Courtois (1988). Document inédit, Université de Montréal.

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). Traduction et adaptation du Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale de Everson et al. (1989). Document inédit, Université de Montréal.

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1997). Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel : Conceptualisation, effets et facteurs associés. Revue Québécoise de Psychologie, 18, 147-167.

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. Child Abuse & Neglect, 23(9), 929-945.

Tourigny, M., & Dufour, M. (2000). La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants: une recension des écrits. Rapport présenté au Gouvernement du Québec par le comité permanent de lutte à la toxicomanie: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Whitcomb, D., Goodman, G., Runyan, D., & Hoak, S. (1994). The emotional effects of testifying on sexually abused children. Washington, DC : U.S. Department of Justice.

Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S., & Perron, A. (1999). L'abus sexuel à l'endroit des enfants. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Éds.), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Approche intégrative, (pp. 615-639). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (1994). Traduction de l'échelle d'évaluation d'abus sexuel. Document inédit : Université de Montréal.

Wright, J. & Sabourin, S. (1996). Traduction du Trauma symptom Checklist for Children (TSC-C) (Briere, 1989). Document inédit : Université de Montréal.

Discussion

Même si le soutien maternel en réponse au dévoilement de l'agression sexuelle commise envers les jeunes était apparu pour plusieurs chercheurs et intervenants comme étant lié à l'état psychologique des victimes (Everson et al., 1989; Hooper & Hymphrey, 1998; Howard, 1993; Kendall-Tackett et al., 1993) et aux décisions prises pour protéger leur développement et leur sécurité (Hunter et al., 1990; Leifer et al., 1993; Pellegrin & Wagner, 1990), peu de travaux avaient fait le point sur les études empiriques portant sur le soutien maternel. De plus, des questions sur la relation entre le soutien maternel en réponse au dévoilement et les symptômes des victimes restaient à explorer, notamment lorsque le dévoilement se déroulait au cours de l'adolescence.

Dans cette perspective, la présente thèse visait à étayer notre compréhension du soutien maternel en réponse au dévoilement d'une agression sexuelle. Elle a mis en évidence l'existence de différentes conceptualisations du soutien maternel dans les études et elle a confirmé l'hétérogénéité et l'aspect multidimensionnel de la réponse au dévoilement des mères d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. Cette recherche a également apporté une contribution méthodologique par la traduction du « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1996), une échelle mesurant le soutien en réponse au dévoilement, et par la précision de ses critères de cotation. Elle a également fait le point sur les facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver la réponse maternelle au dévoilement. Enfin, cette thèse a démontré que divers symptômes d'adolescentes agressées sexuellement étaient davantage associés à un soutien maternel général,

plutôt qu'à celui offert en réponse au dévoilement. Les résultats ont aussi révélé qu'en plus du soutien maternel, des caractéristiques de l'agression sexuelle et des problèmes familiaux étaient associés aux symptômes des adolescentes.

Description du soutien maternel en réponse au dévoilement

Les résultats confirment que les mères d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale ne forment pas un groupe homogène dans la façon dont elles répondent au dévoilement de l'agression. En effet, 44% des mères croient les allégations d'agression sexuelle de leur fille et agissent de manière à la protéger de l'agresseur tout en leur offrant un soutien émotif. Cette proportion de mères supportantes s'apparente à celle retrouvée dans d'autres recherches portant sur des situations d'agression intrafamiliale où plus d'une dimension de la réponse maternelle sont évaluées (Everson et al., 1989; Heriot, 1996; Pintello & Zuravin, 2001). Dans ces travaux, entre 42% et 52% des mères offraient une réponse supportante au dévoilement sur plus d'une dimension. Cette réponse n'était toutefois pas offerte exclusivement à des adolescentes. Ces résultats remettent de nouveau en question l'image uniforme et négative des mères des victimes véhiculée dans les écrits cliniques entre les années 1950 et 1980 (Salt et al., 1990). Selon ces études, les mères étaient habituellement présentées comme complices de l'agresseur ou comme étant incapables d'agir pour arrêter les agressions ou de protéger leur enfant.

Les résultats montrent aussi que la réponse au dévoilement de l'agression sexuelle est multidimensionnelle. En effet, les trois dimensions de la réponse maternelle évaluées ne sont pas offertes de manière équivalente. Les trois quarts

des mères accordent du crédit aux allégations d'agression de la victime, 65% entreprennent des actions pour protéger l'adolescente de l'agresseur et 51% offrent un soutien émotif. D'autres auteurs ayant mesuré plus d'une dimension de la réponse maternelle ont également obtenu que celles-ci n'étaient pas offertes dans les mêmes proportions (Heriot, 1996; Leifer et al., 1993; Lovett, 1995; Pintello & Zuravin, 2001; Runyan et al., 1992; Salt et al., 1990). Ces résultats mettent aussi en évidence que 46% des victimes sont confrontées à des réactions maternelles ambivalentes ou ambiguës. Par exemple, certaines adolescentes sont crues et protégées par leur mère mais sentent qu'elles ne peuvent aborder avec elle le sujet de l'agression sexuelle ou ce qu'elles vivent dans cette situation.

Ces résultats et ceux de l'équipe de Runyan (1992) qui, de plus, montrent que les facteurs associés à la réponse maternelle diffèrent selon la dimension de la réponse étudiée, démontrent la pertinence de mesurer de manière distincte les différentes dimensions du soutien maternel.

La mesure du soutien maternel en réponse au dévoilement

La traduction du « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (PRADS; Everson et al., 1989; Thériault et al., 1996), la précision de ses critères de cotation ainsi que la mesure de sa fidélité interjuges font également partie des contributions de cette thèse. Le PRADS a été élaboré dans le cadre des travaux de l'équipe de Everson (1989) largement cités dans le domaine de l'agression sexuelle envers les enfants. Cet instrument a été retenu pour cette recherche étant donné les nombreux avantages qu'il présentait. En effet, à la suite d'une entrevue semi-structurée réalisée séparément auprès de l'enfant victime âgé entre 4 et 17 ans et de sa mère,

le PRADS permet d'évaluer de manière distincte quatre dimensions de la réponse maternelle au dévoilement : la crédibilité accordée aux allégations de l'enfant, le soutien émotif, les actions de protection et la recherche d'informations et de services professionnels². De plus, il reflète une certaine complexité de la relation mère-victime en positionnant chaque dimension de la réponse sur un continuum de 5 points. Enfin, le fait qu'il prenne en considération le point de vue de la victime et celui du parent pour évaluer le niveau de soutien en réponse au dévoilement semble un point important puisque, par exemple, une réponse qui ne satisfait pas les besoins de la victime peut être perçue comme étant supportante par le parent sans que ce soit le cas (Elliott & Carnes, 2001).

Une faiblesse de l'instrument réside toutefois dans sa grille de codification. Par conséquent, nous avons entrepris une étude pilote pour préciser les critères permettant de positionner chacune des dimensions de la réponse maternelle. Ces critères sont présentés dans le « Guide de catégorisation du PRADS » (voir Appendice B). Dans la version originale, seulement 3 des 5 points du continuum étaient définis et cette définition était peu étayée. Afin de préciser les critères pour chaque position du continuum, la version traduite du PRADS a été administrée à 34 dyades mère-enfant au moment où elles participaient à une évaluation avec un intervenant d'un centre jeunesse afin d'établir si l'agression sexuelle avait eu lieu. Ainsi, des intervenants préalablement formés pour administrer le PRADS ont

² La sous-échelle sur la recherche d'informations et de services professionnels n'a pas été utilisée dans le cadre de l'étude présentée au deuxième chapitre (explication p. 101).

justifié leur cote à chacune des dimensions de la réponse maternelle. Par la suite, chaque justification a été listée et regroupée par thèmes. Pour guider le choix des thèmes, les critères d'auteurs ayant qualifié différents niveaux de soutien en réponse au dévoilement (Adams-Tucker, 1982; deYoung, 1994; Everill & Waller, 1994; Heriot, 1996; Testa et al., 1992) ont été utilisés en tentant de distinguer les différentes dimensions de la réponse maternelle et leurs 5 niveaux. Ainsi, la version révisée du PRADS présente pour chaque dimension une définition plus précise de chacun des 5 niveaux. Cette contribution apparaissait nécessaire afin d'optimiser la fidélité interobservateurs des utilisateurs potentiels.

En outre, la fidélité de cette version traduite du PRADS, utilisée avec le « Guide de catégorisation du PRADS », a été vérifiée au moyen d'un accord interjuges. Dans ce but, 38 PRADS ont été cotés par un juge indépendant à partir de l'enregistrement audio d'entrevues menées auprès de victimes âgées entre 4 et 17 ans et de leur mère³. Parmi ces participants, il y a 5 garçons. De plus, 16 des dyades font aussi partie de l'étude sur les adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale décrite au chapitre 2 de cette thèse. Les coefficients intraclass indiquent un excellent degré d'accord pour chacune des quatre sous-échelles. Ils sont tous supérieurs à .85 (crédibilité aux allégations = .97; soutien

³ On obtient les cotes aux sous-échelles du PRADS en procédant à un jugement clinique qui combine les points de vue de la mère et de l'enfant. Habituellement, les deux entrevues sont effectuées par le même interviewer. Toutefois, devant des contraintes liées aux horaires et au moyen de transport, certaines entrevues (6/38) ont été effectuées par des interviewers distincts. Dans ces cas, la cote unique de chaque sous-échelle du PRADS a été établie par les deux interviewers à partir des informations recueillies dans les entrevues menées auprès de la mère et de l'enfant.

émotif = .91; actions de protection = .91; recherche d'informations et de services = .86). Nous croyons que le travail de définition de chacun des points d'ancrage effectué dans cette thèse a contribué à ce résultat.

Certains pourraient objecter que Everson et ses collaborateurs (1989) avaient aussi obtenu avec une version antérieure (PRIDS⁴) à la version originale du PRADS, une excellente corrélation interjuges sur le score total de l'instrument (addition des 3 sous-échelles). Toutefois, cet accord interjuges avait été fait sur la base de notes d'entrevues et non à partir de l'écoute de l'enregistrement audio des entrevues menées auprès de l'enfant et de sa mère. Comme les notes d'entrevues sont plus indirectes et donnent accès à des informations en partie sélectionnées, leur accord interjuges était susceptible d'être plus élevée. En plus de donner une indication sur la fidélité de la version traduite, l'accord interjuges comptabilisé pour chacune des sous-échelles du PRADS ajoute au travail de l'équipe de Everson (1989) et représente une contribution à ce domaine de recherche. Soulignons toutefois que, dans le cadre du deuxième article de cette thèse, la sous-échelle servant à mesurer la recherche d'informations et de services professionnels n'a pas été utilisée puisque, la plupart du temps, les adolescentes ne pouvaient nous renseigner sur cet aspect et il était difficile d'obtenir une information précise auprès des mères.

⁴ Le "Parental reaction to incest disclosure scale" se distingue du PRADS par le fait qu'il ne compte pas la sous-échelle sur la recherche de services. De plus, les actions de protection dans cette version sont positionnées sur un continuum de 3 points plutôt que 5.

Comme dans certaines situations le score total du PRADS (addition des 4 sous-échelles) peut être utile, nous avons comptabilisé l'indice de cohérence interne du score total de la version traduite et révisée du PRADS pour notre échantillon de 38 participants ($\alpha = ,81$) et pour celui des adolescentes ayant participé à l'étude présentée au chapitre 2 ($\alpha = ,90$). Ces indices sont très bons et semblables à celui comptabilisé avec la version originale ($\alpha = ,83$) (Everson et al., 1989).

Le PRADS est un outil accessible et utile pour les chercheurs et les cliniciens désireux d'obtenir un indice du profil de la réponse maternelle au dévoilement⁵. Selon les besoins et les questions de recherche, la cote des sous-échelles individuelles ou la cote totale de la version traduite et révisée du PRADS peuvent être utilisées. Toutefois, d'autres travaux sont nécessaires afin de vérifier sa validité et sa fidélité dans le temps. De plus, malgré le fait que nous ayons traduit le protocole d'entrevue qui s'adresse aux enfants âgés entre 4 et 7 ans, nous avons eu accès à très peu de participants de cet âge dans le cadre des travaux effectués pour cette thèse. Nous croyons donc qu'un travail sur la fidélité et la validité de la version prévue pour les enfants de cet âge serait instructif. Cet instrument pourrait également être utilisé de diverses façons. Par exemple, il serait intéressant de comptabiliser une cote individuelle au PRADS pour la perception de

⁵ Les psychologues ayant participé à notre expérimentation ont reçu une formation sur le PRADS. L'instrument, ses critères de cotation, différents exemples de situations pouvant être rencontrées et des exercices de cotation étaient présentés. Une fois la formation terminée, nous étions disponibles pour discuter des questions relatives à la cotation.

l'enfant et de sa mère. Nous pourrions ainsi vérifier l'effet des différences dans les perceptions sur ce plan et émettre des recommandations à ce propos si nécessaire. Dans le format actuel, on obtient les différentes cotes du PRADS en procédant à un jugement clinique qui combine ces deux points de vue.

Facteurs associés au soutien maternel en réponse au dévoilement

Notre revue des travaux empiriques sur les facteurs associés au soutien maternel en réponse au dévoilement a montré que ce secteur de recherche avait été très peu développé et que d'autres recherches étaient nécessaires pour approfondir nos connaissances. Cette constatation a également été faite dans les travaux parus à la suite de notre revue des écrits (Corcoran, 1998; Crawford, 1999; Elliott & Carnes, 2001; Pintello & Zuravin, 2001). En effet, depuis 1996, peu de recherches empiriques ont porté sur ce sujet.

Les résultats des études menées au moment où le premier chapitre de cette thèse fut rédigé suggéraient, sur la base de très peu d'études empiriques (parfois une ou deux), que la dépendance psychologique de la mère envers l'agresseur, un niveau plus élevé de détresse générale chez celle-ci, le fait qu'elle reçoive moins de soutien social et professionnel, l'âge plus avancé des victimes et des agressions plus sévères étaient généralement associés à une réponse maternelle moins supportante. Une relation directe n'avait pas été établie entre l'histoire d'agression sexuelle dans l'enfance de la mère et la réponse maternelle au dévoilement. Les résultats de ces études suggéraient aussi que la relation entre la mère et l'agresseur, le soutien social et professionnel reçu par la mère ainsi que sa détresse

psychologique étaient des facteurs plus déterminants pour la réponse maternelle que les autres facteurs précités (Heriot, 1996; Runyan et al., 1992).

Même si les résultats des nouvelles recherches ayant utilisé des méthodes multivariées (Cyr et al., sous presse, soumis pour publication; Leifer, Kilbane, & Grossman, 2001; Pintello & Zuravin, 2001) sont difficiles à comparer avec les résultats précités compte tenu des différences dans les méthodes utilisées et les variables analysées, elles confirment toutes que la relation entre la mère et l'agresseur est l'une des variables les plus associées à la réponse maternelle au dévoilement de l'agression. De plus, les études qui se sont penché sur les caractéristiques de l'agression ainsi que sur l'âge de la victime (Cyr et al., sous presse, soumis pour publication; Pintello & Zuravin, 2001) confirment que ces facteurs ne sont plus significativement associés à la réponse maternelle lorsque d'autres variables sont entrées dans les analyses. Il faut noter que les deux recherches de l'équipe de Cyr (sous presse, soumis pour publication) portaient sur des victimes appartenant à des groupes d'âge circonscrit (p. ex., filles âgées de 6 à 12 ans, adolescents).

Deux des nouvelles études précités ont également mis en lumière que les caractéristiques du dévoilement de l'agression sont davantage associées à la réponse maternelle que les caractéristiques de l'agression sexuelle (p. ex., durée de l'agression). Ainsi, tout comme Everson et al. (1989) et Myer (1985), Cyr et al. (soumis pour publication) ont montré que la confirmation des allégations par l'agresseur ou par d'autres sources est liée à un plus grand soutien en réponse au dévoilement. Les résultats de Cyr et son équipe (soumis pour publication)

indiquent aussi que lorsque la mère est la première personne à qui l'agression sexuelle est dévoilée, leur réponse est plus supportante. Quant à Pintello et Zuravin (2001), leurs résultats montrent que les mères ayant appris l'existence de l'agression avant le rapport aux services de protection, croient moins et protègent moins leurs enfants.

Certains résultats ne sont pas constants d'une étude à l'autre, en ce qui concerne la primauté de leur relation avec la réponse maternelle au dévoilement: le fait que la mère ait un emploi (Cyr et al., soumis pour publication, Pintello & Zuravin, 1999) et sa détresse psychologique (Cyr et al., sous presse, soumis pour publication; Leifer et al., 2001). De plus, contrairement aux résultats de Runyan et al., (1992), ceux de Leifer et al. (2001) et de Cyr et al. (soumis pour publication) n'ont établi aucun lien entre le soutien social reçu par la mère et sa réponse au dévoilement.

Les nouvelles recherches empiriques ont éclairci la relation entre le lien avec l'agresseur et la réponse maternelle au dévoilement. Ainsi, selon Cyr et al. (soumis pour publication), les mères d'adolescents(es) qui n'habitent pas avec l'agresseur offrent une réponse plus supportante au moment du dévoilement. Les résultats de Pintello et Zuravin (2001) ont aussi montré que dans les cas d'agression sexuelle intrafamiliale, les mères ont plus tendance à croire et à protéger leur enfant victime lorsque l'agresseur n'est pas leur partenaire sexuel actuel. Les résultats de Cyr, Wright, McDuff et Perron (2002) concordent avec ceux-ci. Ils démontrent que les mères ont plus de difficultés à croire les allégations d'agression envers leur fille lorsque leur nouveau conjoint est l'agresseur que lorsqu'il s'agit du frère ou du

père de l'enfant. Dans cet échantillon, les deux tiers des pères étaient séparés de la mère au moment du dévoilement.

En ce qui concerne la détresse psychologique des mères à la suite du dévoilement, même si elle a été bien documentée dans les études empiriques (Cyr et al., 1999; Elliott & Carnes, 2001), une seule étude avait porté sur la relation entre celle-ci et la réponse maternelle au moment de la rédaction du premier chapitre. Runyan et ses collègues (1992) avaient démontré que neuf mois après le dévoilement, les mères qui manifestaient un niveau élevé de détresse générale offraient moins de soutien émotif à l'enfant en réponse au dévoilement. Les résultats des études menées depuis n'ont pas été concluants en ce qui concerne la détresse générale (Cyr et al., sous presse; Lipton, 1997) et les symptômes post-traumatiques manifestés par les mères (Cyr et al., soumis; Leifer et al., 2001; Thériault, Cyr, & Wright, 2000). Certaines n'ont obtenu aucun lien significatif (Cyr et al., soumis; Leifer et al., 2001; Lipton, 1997). D'autres ont obtenu des résultats parfois surprenants. En effet, Cyr et al. (sous presse) ont démontré la présence d'une réponse au dévoilement plus supportante lorsque les mères de filles âgées entre 6 et 12 ans manifestaient une plus grande détresse psychologique générale. Dans le cadre d'un autre projet, nous avons évalué les symptômes d'intrusion et d'évitement du stress post-traumatique des mères d'adolescentes (symptômes spécifiques à la situation d'agression des adolescentes). Les résultats ont indiqué que les symptômes d'évitement des mères étaient associés à une réponse maternelle au dévoilement moins supportante, alors que les symptômes d'intrusion étaient associés à une réponse plus supportante (Thériault et al., 2000).

Le fait que des méthodes d'évaluation permettant de distinguer la détresse ponctuelle et attribuable à une situation de crise d'une détresse chronique n'aient pas été utilisées dans les recherches conduites à ce jour pourrait expliquer en partie l'ambiguïté des résultats. La relation positive entre la détresse des mères et la réponse au dévoilement, présente dans deux études, soulève un questionnement sur l'impact, pour certaines mères, de soutenir un enfant en détresse comme c'est le cas dans une expérience de victimisation secondaire (Hooper, 1992; Manion et al., 1996; Paradis, Perron, & Dubé, 1992). Elle fait aussi penser à la possibilité que, les mères qui ressentent un certain niveau de détresse en relation avec la situation d'agression puissent se mobiliser davantage pour venir en aide à leur enfant.

Pour ce qui est de la présence d'une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance de la mère, la majorité des études recensées par Corcoran (1998), Crawford (1999) et Elliott et Carnes (2001) n'ont révélé aucun lien entre celle-ci et la réponse maternelle au dévoilement. Toutefois, dans une étude empirique, Morrisson et Clavenna-Valleroy (1998) ont noté que des adolescentes hospitalisées percevaient leur mère comme étant plus supportante lorsque cette dernière avait, elle aussi, vécu une agression sexuelle avant l'âge adulte. Le fait que la majorité des études n'ont établi aucun lien entre ce facteur et la réponse maternelle fait penser que les mères ayant une histoire d'agression sexuelle ont tendance à réagir de diverses façons au dévoilement de l'agression de leur enfant. Ils laissent également supposer que des variables intermédiaires pourraient influencer la relation entre cette histoire et la réponse au dévoilement. Les résultats des études cliniques de deYoung (1994) et de Green, Coupe, Fernandez et Stevens

(1995) offrent des pistes de réflexion sur les aspects de l'histoire d'agression sexuelle de la mère qui pourraient influencer la réponse maternelle au dévoilement tels le niveau de résolution de cette expérience et le soutien reçu lors du dévoilement de leur propre agression. Le niveau d'intégration des souvenirs, des affects et des cognitions liés à cette expérience (Lebowitz, Harvey, & Herman, 1993) ou les façons de composer avec celle-ci telles que l'évitement émotif (Polusny & Follette, 1995), semblent des variables intermédiaires qui devraient être considérées dans la relation entre l'histoire d'agression sexuelle de la mère et sa réponse au dévoilement de l'agression de l'enfant.

Certains facteurs sur lesquels nous ne nous étions pas penché ont été cités dans des recherches récentes comme étant plus associés que d'autres facteurs à un niveau de soutien plus élevé en réponse au dévoilement: le fait que les mères perçoivent leur relation avec leur adolescent comme étant moins conflictuelle (Cyr et al., soumis pour publication), qu'elles aient eu leur premier enfant après avoir atteint l'âge adulte (Pintello & Zuravin, 2001), qu'elles aient vécu moins de problèmes dans leur famille d'origine (violence conjugale, problèmes d'alcool, violence verbale ou physique envers les enfants) (Cyr et al., sous presse) et que l'enfant victime ne manifeste pas de comportements sexualisés (Pintello & Zuravin, 2001).

Leifer et al. (2001) suggèrent également qu'une histoire et un mode d'attachement perturbé chez les mères pourraient être associés avec leur difficulté à offrir une réponse supportante au dévoilement de l'agression sexuelle. Leurs résultats montrent que les mères les moins supportantes en réponse au dévoilement

ont vécu plus de séparations avec leurs parents et moins de continuité dans les soins qu'elles recevaient enfant. Ces mères rapportent à leur tour plus de séparations avec leur enfant et leur offrir moins de continuité dans les soins. Ces mères ont également des difficultés plus grandes dans leur relation de couple (p. ex., changements fréquents de partenaires, violence conjugale, conjoint ayant des problèmes avec la loi et des problèmes de consommation excessive de drogue ou d'alcool).

Ainsi, notre revue des écrits sur les facteurs associés au soutien en réponse au dévoilement de même que d'autres travaux (Corcoran, 1998; Crawford, 1999; Elliott & Carnes, 2001) indiquent la nécessité de continuer à approfondir notre connaissance de la relation entre la réponse au dévoilement et plusieurs des facteurs mentionnés. De plus, les auteurs de travaux sur les mères non-agresseuses suggèrent fréquemment le soutien des professionnels pour aider les mères à mieux répondre au dévoilement. Jusqu'à maintenant très peu d'études empiriques ont porté sur la relation entre la réponse maternelle au dévoilement et les interventions élaborées pour venir en aide aux mères ainsi que sur la relation entre la réponse maternelle et le soutien offert aux mères par les professionnels. De telles études apparaissent pourtant hautement pertinentes. En effet, les mères rapportent souvent ne pas avoir reçu le soutien dont elles avaient besoin à la suite du dévoilement (Deblinger, Lippmann, Stauffer, & Finkel, 1994; Elliott & Carnes, 2001; Leifer et al., 1993). Tel que mentionné plus tôt, plusieurs d'entre elles vivent une détresse de niveau clinique. De plus, une réponse de soutien au dévoilement exige souvent des modifications importantes dans la vie actuelle des mères et dans leurs projets

(p. ex., réaliser qu'une personne avec qui elles partageaient une relation intime a agressé leur enfant, devoir s'éloigner de cette personne pour protéger l'enfant) (Massat & Lundy, 1998; Runyan et al., 1992). Ces modifications ainsi que la détresse vécue par les mères peuvent susciter le besoin d'être soutenue.

Soutien maternel et symptômes des adolescentes

Cette recherche a également comme particularité de distinguer le soutien maternel spécifiquement offert en réponse au dévoilement de l'agression sexuelle d'un soutien maternel général. Ce dernier est souvent défini par le niveau d'affection ou d'acceptation exprimé à l'enfant et par l'aide apportée lorsqu'il vit une difficulté (Esparza, 1993; Feiring, Taska, & Lewis, 1998; Hazzard, Celano, Gould, Lawry, & Webb, 1995; Lovett, 1995; Spaccarelli & Fuchs, 1997; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999).

Cette approche a permis de démontrer qu'un soutien général plus faible était associé à plus de symptômes dans notre échantillon d'adolescentes, qu'un soutien plus faible spécifiquement offert en réponse au dévoilement de l'agression. Hazzard et ses collaborateurs (1995) avaient obtenu un résultat similaire auprès de filles âgées entre 8 et 13 ans ayant vécu une agression sexuelle intrafamiliale ou extrafamiliale. Le lien entre les symptômes des victimes et un soutien maternel général plus faible avait d'ailleurs été démontré plus clairement dans les travaux empiriques, que la relation entre ceux-ci et la réponse au dévoilement.

Dans la présente recherche, un soutien émotif plus élevé en réponse au dévoilement est lié à moins de symptômes d'anxiété chez les adolescentes. Mais le crédit accordé aux allégations d'agression et la protection offerte à la victime ne

sont associés à aucun des symptômes évalués. De plus, un soutien maternel général plus élevé est associé à moins de symptômes de dépression, de stress post-traumatique et de colère. Ces résultats suggèrent que l'implication affective des mères, même si elle n'est pas spécifique à la situation d'agression, est associée à un meilleur fonctionnement des adolescentes. En effet, l'implication affective est un aspect central de notre mesure du soutien maternel général (Bergeron, Valla, Breton, Gaudet, & Berthiaume, 1993). Ceci concorde avec les résultats de Morisson et Clavenna-Valleroy (1998). Ces auteures ont demandé à des adolescentes hospitalisées à la suite d'une agression sexuelle comment leur mère montrait leur soutien et comment elles aimeraient qu'elle le manifeste. Les réponses indiquaient principalement que les adolescentes souhaitaient que leur mère s'implique avec elles dans le traitement et qu'elles discutent ensemble de l'agression sexuelle. Ces résultats démontrent l'utilité de mesurer à la fois un soutien maternel général et des dimensions spécifiques du soutien en réponse au dévoilement de l'agression.

L'absence de relation directe entre les symptômes des adolescentes et deux dimensions du soutien maternel en réponse au dévoilement a généré des questions sur l'influence possible des facteurs suivants : la sous-représentation des mères les moins supportantes, la fluctuation de cette réponse dans le temps et les circonstances dans lesquelles se trouvent les victimes.

La question de la sous-représentation des mères les moins supportantes au plan du crédit accordé aux allégations d'agression sexuelle et de la protection s'est posée dans notre recherche comme dans d'autres travaux (Leifer et al., 1993;

Morisson & Clavenna-Valleroy, 1998; Runyan et al., 1992). En effet, à quelques reprises, les intervenants n'ont pu solliciter les dyades mère-fille pour participer à la présente étude puisque la collaboration était difficile entre la famille de la victime et l'intervenant en charge du recrutement⁶. De plus, quoique nécessaire pour évaluer de manière valable le soutien maternel général, le fait d'avoir exclu de notre échantillon les adolescentes ayant un contact irrégulier avec leur mère avant le signalement de l'agression sexuelle au centre jeunesse a probablement restreint la proportion de mères non-supportantes.

Par ailleurs, certains auteurs ont suggéré que la réponse maternelle évolue au cours du processus menant à une plus grande acceptation de la part des mères du fait que leur enfant ait été agressé et avec la façon dont elles font face à leur propre détresse et aux perturbations familiales provoquées par la découverte de l'agression (Elliott & Carnes, 2001; Hooper & Humphrey, 1998; Salt et al., 1990). Cette fluctuation a pu influencer la mesure du soutien maternel. Il est également possible que l'impact de la réponse au dévoilement sur les symptômes des victimes soit plus grand dans certaines circonstances, comme à la suite d'un traitement psychologique (Morrisson & Clavenna-Valleroy, 1998).

D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre l'inconsistance, à travers les études, des résultats sur la relation entre la réponse maternelle au dévoilement et les symptômes des victimes. Notamment, des études

⁶ Il a été impossible de comptabiliser le nombre de fois où cette situation s'est produite compte tenu de la charge importante de travail des intervenants et des nombreux changements de personnel dans les centres jeunesse participants.

qui prendraient en considération la fluctuation de la réponse maternelle et les circonstances dans lesquelles se retrouvent les victimes seraient pertinentes. De plus, il serait important de mettre en place les moyens pour avoir accès et évaluer les mères qui offrent un soutien faible en réponse au dévoilement en ce qui concerne le crédit accordé aux allégations d'agression et la protection offerte à la victime.

Facteurs contextuels et symptômes des adolescentes

Cette recherche a également mis en évidence que, en plus du soutien maternel général et du soutien émotif en réponse au dévoilement, des problèmes familiaux et des caractéristiques de l'agression sexuelle expliquent une partie unique de plusieurs symptômes présents chez les adolescentes agressées sexuellement par un membre de la famille. Nos résultats s'apparentent à ceux de Conte et Schuerman (1987) et de Morrow et Sorrel (1989) selon lesquels les symptômes sont expliqués à la fois par des caractéristiques de l'agression sexuelle, la réponse au dévoilement et des contextes familiaux perturbés. Ils corroborent également ceux de Sauzier, Salt et Calhoun (1990) qui concluent que l'habileté de la mère à agir pour protéger son enfant de l'agression ne prévient pas nécessairement les conséquences négatives de l'agression sexuelle.

L'évaluation d'événements familiaux adverses spécifiques plutôt que la mesure d'un indice de problèmes familiaux a permis de voir que, parmi huit problèmes familiaux évalués, les problèmes d'alcool étaient ceux qui étaient les plus susceptibles d'être associés à divers symptômes chez les adolescentes. Notons toutefois que l'utilisation d'instruments permettant d'évaluer de manière plus

spécifique et détaillée la présence, la sévérité et la chronicité de ces problèmes familiaux serait nécessaire pour mieux évaluer l'importance relative de ces divers problèmes dans l'explication des symptômes des adolescentes. De plus, le devis de notre recherche n'a pas permis d'évaluer si ces problèmes avaient précédé et augmenté le risque d'occurrence de l'agression sexuelle, s'ils avaient été exacerbés par son début ou son dévoilement et si des effets réciproques étaient présents.

Conclusion

La revue des écrits effectuée sur le soutien maternel en réponse au dévoilement de l'agression sexuelle ainsi que les résultats empiriques obtenus dans cette thèse soulignent la pertinence de poursuivre les recherches sur le soutien maternel dans les situations d'agression sexuelle. En effet, plusieurs des facteurs étudiés en relation avec le soutien maternel ou en lien avec les symptômes des adolescentes doivent être examinés de manière plus approfondie. De plus, des pistes intéressantes restent à explorer, notamment par le biais d'études longitudinales. Ce type d'étude permettrait de mieux documenter la variabilité du soutien maternel dans le temps, la séquence d'apparition des divers facteurs étudiés (p. ex, la détresse de la mère, celle de la victime, les problèmes d'alcool) et la direction des relations entre ceux-ci. Compte tenu des interactions complexes possibles entre les facteurs influençant la réponse au dévoilement et ceux liés aux symptômes des victimes, des recherches comportant un grand nombre de sujets seraient nécessaires. Enfin, s'intéresser aux victimes dont l'agression sexuelle n'a pas fait l'objet d'un signalement dans un centre de protection de la jeunesse ainsi

qu'à leur famille serait très pertinent compte tenu du nombre important de victimes qui ne sont jamais en contact avec un tel service (Finkelhor, 1994b; Sedlak & Broadhurst, 1996; Tourigny et al., 1993). Une telle étude permettrait de décrire celles-ci, leur milieu familial, le soutien dont elles bénéficient et ce qui les distinguent des victimes dont l'agression sexuelle est signalée aux autorités.

Pour terminer, le portrait des adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale en contact avec les centres jeunesse et celui des mères brossés à partir des résultats de cette recherche ont des implications cliniques. Ainsi, à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle généralement sévère, une proportion importante d'adolescentes vivent une détresse de niveau clinique. Plusieurs sont confrontées à des contextes familiaux perturbés ainsi qu'à un soutien maternel ambivalent ou faible, que celui-ci soit général ou spécifiquement offert en réponse au dévoilement. Dans cette période de bouleversement, les mères vivent souvent une détresse de niveau clinique et un sentiment d'être peu soutenues par leur entourage. De plus, la relation entre la mère et l'agresseur affecte le niveau de soutien maternel offert aux victimes. Cette description souligne la nécessité d'avoir recours à une évaluation adéquate de toutes les personnes touchées par la situation d'agression sexuelle (victime, agresseur, parent non-agresseur, famille) ainsi que de la dynamique prévalant dans les relations entre ces personnes. Cette évaluation permettrait de déterminer les interventions nécessaires pour leur venir en aide et les soutenir à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle.

Références

(sections introduction et discussion)

- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood: A report on 28 children. American Journal of Psychiatry, 139, 1252-1256.
- Alexander, P.C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60 (2), 185-195.
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) (2000). Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 16, 101-118.
- Bergeron, L., Valla, J.P., Breton, J.J., Gaudet, N., & Berthiaume, C. (1993). Factor analysis and reliability of parental behaviors and attitudes questionnaire. Communication présentée au 40ième Congrès de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Bergner, R. M., Delgado, L. K., & Graybill, D. (1995). Finkelhor's risk factor checklist: A cross-validation study. Child Abuse & Neglect, 18(4), 331-340.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 19, 371-384.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. The Future of Children, 4(2), 54-69.
- Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Female adolescents with a history of sexual abuse: Risk outcome and protective factors. Journal of Interpersonal Violence, 11(4), 503-518.
- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 11, 201-211.
- Corcoran, J. (1998). In defense of mothers of sexual abuse victims. Families in Society : The Journal of Contemporary Human Services, 79(4), 358-369.
- Crawford, S. L. (1999). Intrafamilial sexual abuse: What we think we know about mothers, and implications for intervention. Journal of Child Sexual Abuse, 7, 55-72.
- Cyr, M., Wright, J., & McDuff, P. (1999). Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation. Santé Mentale au Québec, 24, 191-216.

- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse : Brother/sister incest does not differ from father/daughter, and step-father/step-daughter incest. Child Abuse & Neglect, 26(9).
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Thériault, C. (sous presse). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants agressés sexuellement. Revue d'éducation et d'orientation.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Thériault, C. (2002). Predictors of maternal support : The point of view of adolescent victims of sexual abuse and their mother. Manuscrit soumis pour publication.
- Davies, M. G. (1995). Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 19(4), 399-408.
- Deblinger, E., Lippmann, J., Stauffer, L., & Finkel, M. (1994). Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations. Child Abuse & Neglect, 18(8), 679-682.
- deYoung, M. (1994). Immediate maternal reactions to the disclosure or discovery of incest. Journal of Family Violence, 9(1), 21-33.
- Elbow, M., & Mayfield, J. (1991). Mothers of incest victims: Villains, victims, or protectors? Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 9, 78-86.
- Elliot, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child : A review of the literature. Child Maltreatment, 6(4), p. 314-331.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1994). Forensic sexual abuse evaluations of older children : disclosures and symptomatology. Behavioral Sciences and the Law, 12, 261-277.
- Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. Issues in Mental Health Nursing, 14(1), 85-107.
- Everill, J., & Waller, G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. Child Abuse & Neglect, 19, 93-100.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., & Runyan, D. K. (1989). Parental reaction to abuse disclosure scale (PRADS) (measure instrument). Chapel Hill: University of North Carolina.

- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyan, D. K., Edelsohn, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. American Journal of Orthopsychiatry, 59(2), 197-207.
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence, 13(2), 240-260.
- Finkelhor, D. (1994a). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. The Future of Children, 4(2), 31.
- Finkelhor, D. (1994b). The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 18(5), 409-417.
- Friedrich, W. N. (1990). Psychotherapy of sexually abused children and their families. New York: W W Norton.
- Friedrich, W. N. (1998). Behavioral manifestations of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 22(6), 523-531.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E., & Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. Journal of Interpersonal Violence, 12, 155-171.
- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., & Cardarelli, A. P. (1990). Child sexual abuse: the initial effects. London: Sage.
- Green, A. H., Coupe, B., Fernandez, R., & Stevens, B. (1995). Incest revisited: Delayed post-traumatic stress disorder in mothers following the sexual abuse of their children. Child Abuse & Neglect, 19(10), 1275-1282.
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S., & Webb, C. (1995). Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims. Child Abuse & Neglect, 19, 707-714.
- Heriot, J. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence, 11, 181-194.
- Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery. New York: Basic books.
- Hooper, C. A. (1992). Mothers Surviving Child Sexual Abuse. New York: Routledge.

- Hooper, C. A., & Humphrey, C. (1998). Women whose children have been sexually abused: Reflections on a debate. The British Journal of Social Work, 28, 565-580.
- Howard, C. A. (1993). Factors influencing a mother's response to her child's disclosure of incest. Professional Psychology: Research and Practice, 24(2), 176-181.
- Hunter, W. M., Coulter, M. L., Runyan, D. K., & Everson, M. D. (1990). Determinants of placement for sexually abused children. Child Abuse & Neglect, 14, 407-417.
- Johnson, B. K., & Kenkel, B. M. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. Child Abuse & Neglect, 15, 293-305.
- Jones, L., & Finkelhor, D. (2001). The Decline in Child Sexual Abuse Cases. Washington, DC: U.S. Department of Justice
- Jouvin, E., Cyr, M., Thériault, C., & Wright, J. (2001). Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C). Document inédit : Université de Montréal.
- Joyce, P. A. (1997). Mothers of sexually abused children and the concept of collusion: A literature review. Journal of Child Sexual Abuse, 6(2), 75-92.
- Kelley, S. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. Nursing Research, 39(1), 25-29.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113, 164-180.
- Lebowitz, L., Harvey, M. R., & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. Journal of Interpersonal Violence, 8(3), 378-391.
- Leifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. Child Abuse & Neglect, 17, 755-766.
- Leifer, M., Kilbane, T., & Grossman, G. (2001). A three-generational study comparing the families of supportive and unsupportive mothers of sexually abused children. Child Maltreatment, 6(4), 353-364.

- Lipton, M. (1997). The effect of the primary caretaker's distress on the sexually abused child: A comparison of biological and foster parents. Child and Adolescent Social Work Journal, 14, 115-127.
- Lovett, B. B. (1995). Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. Child Abuse & Neglect, 19, 729-738.
- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 21(12), 1177-1190.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. Child Abuse & Neglect, 20(11), 1095-1109.
- Massat, C. R., & Lundy, M. (1998). « Reporting Costs » to nonoffending parents in cases of intrafamilial child sexual abuse. Child Welfare, LXXVII(4), 371-388.
- Morrisson, N. C., & Clavenna-Valleroy, J. (1998). Perceptions of maternal support as related to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents. Journal of Child Sexual Abuse, 7(1), 23-40.
- Morrow, K. B., & Sorell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. Journal of Marriage and the Family, 51, 677-686.
- Nagel, D. E., Putnam, F. W., & Noll, J. G. (1997). Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at a 1-year follow-up. Child Abuse & Neglect, 21(2), 137-147.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. American Journal of Orthopsychiatry, 63(1), 92-102.
- Palmer, S. E., Brown, R. A., Rae-Grant, N. I., & Loughlin, J. (1999). Responding to children's disclosure of familial abuse: What survivors tell us. Child Welfare, LXXVIII, (2), 259-282.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. The Journal of Psychology, 135(1), 17-36.
- Paradis, J. P., Perron, A., & Dubé, J. (1992). Un programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels intrafamiliaux. P.R.I.S.M.E., 3, 123-132.

- Pellegrin, A., & Wagner, W. G. (1990). Child sexual abuse: Factors affecting victims' removal from home. Child Abuse & Neglect, 14, 53-60.
- Pintello, D., & Zuravin, S. (2001). Intrafamilial child sexual abuse : Predictors of postdisclosure maternal belief and protective action. Child Maltreatment, 6(4), 344-352.
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse : theory and review of the empirical literature. Applied & Preventive Psychology, 4, 143-166.
- Roberts, J., & Taylor, C. (1993). Sexually abused children and young people speak out. Dans L. Waterhouse (Éds.), Child abuse and child abusers : Protection and prevention (pp. 13-37). London : Jessica Kingsley.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N., & Whitcomb, D. (1992). Maternal support for child victims of sexual abuse: Determinants and implications (90-CA-1368). National Center on Child Abuse and Neglect.
- Sadowski, C. M., & Friedrich, W. N. (2000). Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents. Child Maltreatment, 5(4), 364-372.
- Salt, P., Myer, M., Coleman, L., & Sauzier, M. (1990). The myth of the mother as "accomplice" to child sexual abuse. Dans B. Gomes-Schwartz, J.M. Horowitz & A.P. Cardarelli (Éds), Child sexual abuse: The initial effects (pp.109-131). London: Sage.
- Sauzier, M., Salt, P., & Calhoun, R. (1990). The effects of child sexual abuse. Dans B. Gomes-Schwartz, J.M. Horowitz & A.P. Cardarelli (Éds), Child sexual abuse: The initial effects (pp.75-108). London: Sage.
- Sedlak, A. J., & Broadhurst, D.,D. (1996). Third national incidence study of child abuse and neglect. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Sorenson, T., & Snow, B. (1991). How children tell: The process of disclosure in child sexual abuse. Child Welfare, 70, 661-663.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. Psychological Bulletin, 116(2), 340-362.
- Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. Journal of Clinical Child Psychology, 26(1), 24-35.

- Testa, M., Miller, B. A., Downs, W. R., & Panek, D. (1992). The moderating impact of social support following childhood sexual abuse. Violence and Victims, 7(2), 173-186.
- Thériault, C., Cyr, M., Cinq-Mars, C., Jouvin, É., & Daigneault, I. (2000). Symptômes et événements vécus par les adolescents. Rapport présenté à l'École Jacques Rousseau, Longueuil, Québec.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). Traduction et adaptation du Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale de Everson et al. (1989). Document inédit, Université de Montréal.
- Thériault, C., Cyr, M. et Wright, J. (2000, juin). Maternal Reactions to Disclosure of Sexual Abuse and Psychological Distress among Sexually Abused Adolescents : Interaction of Family Factors. Communication présentée au congrès : «Victimization of Children & Youth : An International Research Conference ». Durham, New Hampshire.
- Tourigny, M., Péladeau, N., & Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. Revue sexologique, 1(2), 13-34.
- Tourigny, M., Wright, J., Mayer, M., Larrivée, M.-C., & Bouchard, C. (2001, juin). Faits saillants régionaux : abus physiques et sexuels : Mise en contexte. Document tiré de l'étude d'incidence québécoise ÉIQ, Mont St-Anne, Québec, Canada.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. Child Abuse & Neglect, 23(9), 929-945.
- Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (1998). Developmental consequences of child sexual abuse. Dans P. K. Trickett & C. K. Schellenback (Éds.), Violence against children in the family and the community : Contents (pp. 39-56). Washington, DC : American Psychological Association.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). Étude Canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Rapport final. Ottawa (Ontario) : Ministre des Travaux Publics et Services gouvernementaux. Canada.
- Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S., & Perron, A. (1999). L'abus sexuel à l'endroit des enfants. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Éds.), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Approche intégrative, (pp. 615-639). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Wright, J., Tourigny, M., Trocmé, N., & Mayer, M. (2000). Decline of incidence of sexual abuse in Quebec: An Exploration of Possible Causes. Communication orale présentée au Crimes Against Children Research Center's (CCRC) research project, funded by the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP), 3 Novembre 2000, Rockville, Maryland, US
- Wyatt, G. E., & Mickey, M. R. (1987). Ameliorating the effects of child sexual abuse. An exploratory study of support by parents and others. Journal of Interpersonal Violence, 2(4), 403-414.

Appendice A

Accusé de réception de la revue Child Abuse & Neglect
pour l'article présenté au chapitre 2.

MSS [REDACTED] Mireille Cyr
Facteurs contextuels associés aux symptômes
d'adolescentes victimes d'agression sexuelle
intrafamiliale

Child Abuse & Neglect
The International Journal

Thank you for sending your manuscript to *Child Abuse & Neglect*. It was received on 09/22/02 and has been given identification number [REDACTED]. This identification number should be used in all correspondence. After careful consideration by the editorial board and our international panel of reviewers, we will notify you of their decision. A Manuscript may be accepted, accepted with revision, rejected. In addition, the author may be asked to revise and resubmit the paper, or to submit the material in another form such as a Brief Communication or Letter to the Editor. We try not to delay the editorial review, but due to the international make up of our board, delays can occur and we ask your patience.

John M. Leventhal, MD
Editor-in-Chief
205 Whitney Avenue, Ste. 100
New Haven, CT 06511 USA

D. [REDACTED]

Appendice B

Échelle des réactions des parents
au dévoilement de l'agression sexuelle

Adaptation de l'échelle des réactions des parents suite au dévoilement de l'abus

Voici une adaptation de la grille de cotation "Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale" (PRADS; Everson, 1989). Cette adaptation tente de clarifier et de différencier les cinq niveaux de soutien pour chacun des quatre types de soutien maternel (croire l'enfant, soutien émotif, action envers l'abuseur et recherche d'informations et de services professionnels) évalués à l'aide de cette grille. Cette première version d'une adaptation du PRADS a été possible grâce à la collaboration de quatre évaluateurs qui devaient remplir cette grille en justifiant le niveau de soutien maternel qu'ils évaluaient suite à une entrevue structurée effectuée auprès d'enfants victimes d'abus sexuel et de leur mère.

Directives: 1° Pour chacun des types de soutien particuliers (ex: soutien émotif offert à l'enfant), lire attentivement chacun des énoncés qui se retrouvent à côté des chiffres représentant les différents niveaux de soutien (-2 à +2) et cocher le chiffre qui correspond le mieux au niveau de soutien maternel constaté lors de l'entrevue.

2° En vous référant au cahier "Guide de catégorisation du PRADS" qui présente les dimensions (a, b, c ...) décrivant les différents niveaux de soutien (-2 à +2), indiquer, au moyen des lettres, les dimensions du niveau de soutien choisi qui correspondent aux comportements et attitudes de la mère que vous avez évaluée.

3° Si une des dimensions du niveau de soutien choisi ne correspond pas tout à fait aux comportements ou attitudes de la mère, veuillez lire les autres niveaux de cette dimension (ils sont identifiés par la même lettre) et indiquer, s'il y a lieu le niveau qui correspond le mieux à celui des comportements de la mère.

4° Si d'autres critères que les dimensions mentionnées vous apparaissent pertinents pour justifier le niveau choisi, veuillez, s'il vous plaît les indiquer.

Échelle des réactions des parents suite au dévoilement de l'abus

Veillez indiquer les personnes qui vous ont fourni les renseignements qui vous permettent de codifier l'échelle ci-dessous (ex: mère, victime, belle-mère): _____

A. Croire la dénonciation de l'enfant.

- | | | |
|-------|----|--|
| _____ | +2 | Déclare clairement qu'elle croit l'enfant et ce, en présence des personnes impliquées dans la situation (ex: l'enfant, l'abuseur, les intervenants). |
| _____ | +1 | Croit la majorité des révélations de l'enfant ou le croit la majorité du temps et l'affirme en présence de la majorité des personnes impliquées dans la situation. |
| _____ | 0 | Hésite à croire l'enfant ou est indécise. |
| _____ | -1 | Nie certains aspects de l'abus et est hésitante vis-à-vis d'autres aspects. |
| _____ | -2 | Nie totalement que l'abus s'est produit. |

-Indiquer ici, par des lettres, les dimensions du niveau de soutien choisi qui correspondent aux comportements et aux attitudes de la mère évaluée: _____

-Y a-t-il des dimensions qui se retrouvent à un autre niveau de soutien que celui choisi? Si oui, veuillez indiquer la dimension au moyen d'une lettre et le niveau (-2 à +2) (ex: b=0)? _____

-Y a-t-il des dimensions que vous n'arrivez pas à évaluer? Si oui, lesquelles (lettres)? _____

-Avez vous d'autres critères que les dimensions présentées pour justifier le niveau de soutien choisi? Si oui, veuillez s'il vous plaît les nommées _____

B. Soutien émotif offert à l'enfant.

- | | | |
|-------|----|--|
| _____ | +2 | S'implique grandement auprès de l'enfant et lui donne du soutien émotif. |
| _____ | +1 | S'implique la majorité du temps auprès de l'enfant et, dans certaines circonstances, est ambivalente dans son désir de soutenir l'enfant OU manque d'habileté pour le faire. |
| _____ | 0 | Ambivalente dans son désir de soutenir l'enfant OU manque d'habileté pour le faire. |
| _____ | -1 | Menaçante, hostile ou rejetante dans la majorité des circonstances et, dans certaines circonstances, est ambivalente dans son désir de soutenir l'enfant OU manque d'habileté pour le faire. |
| _____ | -2 | Menaçante, hostile ou rejetante. |

-Indiquer ici, par des lettres, les dimensions du niveau de soutien choisi qui correspondent aux comportements et aux attitudes de la mère évaluée: _____

-Y a-t-il des dimensions qui se retrouvent à un autre niveau de soutien que celui choisi? Si oui, veuillez indiquer la dimension au moyen d'une lettre et le niveau (-2 à +2) (ex: b=0)? _____

-Y a-t-il des dimensions que vous n'arrivez pas à évaluer? Si oui, lesquelles (lettres)? _____

-Avez vous d'autres critères que les dimensions présentées pour justifier le niveau de soutien choisi? Si oui, veuillez s'il vous plaît les nommées _____

C. Action envers l'abuseur

- ___ +2 Démonstre clairement sa désapprobation face au comportement de l'abuseur.
- ___ +1 Démonstre dans la majorité des circonstances sa désapprobation face au comportement de l'abuseur mais demeure passive ou refuse de prendre position relativement à certains aspects de la situation d'abus.
- ___ 0 Demeure passive; refuse de prendre position.
- ___ -1 Semble choisir l'abuseur plutôt que l'enfant dans la majorité des circonstances. Demeure toutefois passive ou refuse de prendre position relativement à certains aspects de la situation d'abus.
- ___ -2 Choisit l'abuseur plutôt que l'enfant et ce, au dépend de l'enfant.

-Indiquer ici, par des lettres, les dimensions du niveau de soutien choisi qui correspondent aux comportements et aux attitudes de la mère évaluée: _____

-Y a-t-il des dimensions qui se retrouvent à un autre niveau de soutien que celui choisi? Si oui, veuillez indiquer la dimension au moyen d'une lettre et le niveau (-2 à +2) (ex: b=0)? _____

-Y a-t-il des dimensions que vous n'arrivez pas à évaluer? Si oui, lesquelles (lettres)? _____

-Avez vous d'autres critères que les dimensions présentées pour justifier le niveau de soutien choisi? Si oui, veuillez s'il vous plaît les nommées _____

D. Utilisation des services professionnels.

- ___ +2 Joue un rôle actif dans la recherche d'informations et de services pour elle, la victime et les autres membres de sa famille (si pertinent).
- ___ +1 Joue un rôle actif dans la recherche d'une partie de l'information et des services OU à l'égard d'une partie des membres de la famille (excluant elle-même ou la victime).
- ___ 0 Est passive dans la recherche d'informations et de services.
- ___ -1 Refuse une partie des services et des informations qui lui sont offerts ou ne coopère pas, en partie avec eux et demeure passive face à la recherche de certaines informations et services.
- ___ -2 Refuse les services qui lui sont offerts ou ne coopère pas avec eux.

-Indiquer ici, par des lettres, les dimensions du niveau de soutien choisi qui correspondent aux comportements et aux attitudes de la mère évaluée: _____

-Y a-t-il des dimensions qui se retrouvent à un autre niveau de soutien que celui choisi? Si oui, veuillez indiquer la dimension au moyen d'une lettre et le niveau (-2 à +2) (ex: b=0)? _____

-Y a-t-il des dimensions que vous n'arrivez pas à évaluer? Si oui, lesquelles (lettres)? _____

-Avez vous d'autres critères que les dimensions présentées pour justifier le niveau de soutien choisi? Si oui, veuillez s'il vous plaît les nommées _____

Guide de catégorisation du PRADS

A. Croire la dénonciation de l'enfant.

+2 Déclare clairement, en tout temps, qu'elle croit l'enfant et ce, en présence des personnes impliquées dans la situation (ex: enfant, abuseur, intervenants).

a) Croit, en tout temps, toutes les révélations de l'enfant concernant les gestes commis par l'abuseur et l'identité de celui-ci.

b) N'a pas besoin que les gestes ou l'identité de l'abuseur soient confirmés par une autre source.

c) Affirme sans hésitation qu'elle croit les révélations de son enfant en présence de l'enfant, de l'abuseur (s'ils ont eu des contacts après le dévoilement) et des intervenants impliqués dans la situation.

+1 Croit la majorité des révélations de l'enfant ou le croit la majorité du temps et l'affirme en présence de la majorité des gens impliqués dans la situation (enfant, abuseur et intervenants sont inclus).

a) Croit la majorité des révélations de l'enfant concernant les gestes commis par l'abuseur et l'identité de celui-ci OU croit, la majorité du temps, ces révélations.

b) Peut avoir besoin que certains gestes liés à l'abus soient confirmés par une autre source.

c) Affirmer, la plupart du temps qu'elle croit les révélations de son enfant en présence de l'enfant, de l'abuseur (s'ils ont eu des contacts après le dévoilement) ou des intervenants impliqués dans la situation.

0 Hésite à croire l'enfant ou est indécise

a) Hésite à croire la majorité des révélations de l'enfant sur les gestes commis par l'abuseur ou l'identité de celui-ci (ex: peut se sentir tiraillée entre croire la version de l'enfant et celle de l'abuseur si elles sont différentes) OU hésite à croire, la majorité du temps, ces révélations.

b) Peut avoir besoin que certains gestes ou l'identité de l'abuseur soient confirmés par une autre source.

c) Hésite à affirmer qu'elle croit les révélations de son enfant devant la majorité des personnes impliquées dans la situation soit son enfant, l'abuseur (s'ils ont eu des contacts après le dévoilement) ou les intervenants.

-1 Nie certains aspects de l'abus et est hésitante vis-à-vis d'autres aspects

a) Ne croit pas la majorité des révélations de l'enfant sur les gestes commis par l'abuseur ou l'identité de celui-ci OU ne croit pas, la majorité du temps, ces révélations.

b) Même si les gestes de l'abuseur ou l'identité de celui-ci sont confirmés par d'autres sources, elle continue à ne pas croire certains de ces gestes ou l'identité de l'abuseur.

c) Nie la majorité des révélations de l'enfant en présence de l'enfant, de l'abuseur ou des intervenants impliqués dans la situation OU nie les révélations de l'enfant devant la majorité des personnes impliquées dans la situation (elle peut demander à l'enfant de ne révéler à personne l'abus qu'il a subi).

A. Croire la dénonciation de l'enfant (suite)

-2 Nie totalement que l'abus s'est produit

__a) Ne croit aucune révélation de l'enfant sur les gestes commis par l'abuseur et l'identité de celui-ci et ce, en tout temps.

__b) Même si les gestes ou l'identité de l'abuseur sont confirmés par d'autres sources, elle les nie.

__c) Nie les révélations de l'enfant en présence de l'enfant, de l'abuseur et des intervenants impliqués dans la situation (peut déclarer que l'enfant ment, peut mettre de la pression sur l'enfant pour qu'il modifie ses révélations).

**B. Soutien émotif offert à l'enfant relativement
à ce qu'il vit concernant l'abus.**

+2 S'implique grandement auprès de l'enfant et lui donne du soutien émotif.

- __a) Attentive, en toutes circonstances, à ce que vit l'enfant par rapport à l'abus et aux besoins qui en découlent.
- __b) Respecte, en toutes circonstances, les besoins de l'enfant en tenant compte de son rythme et de son âge (ex: n'insiste pas pour qu'il lui parle de ses difficultés s'il a envie de jouer / lui permet de pleurer s'il est triste / le laisse se retirer s'il en a besoin).
- __c) Permet et encourage l'enfant, lorsqu'il en a besoin, à exprimer son vécu relativement à l'abus (ex: colère).
- __d) Disponible pour écouter, consoler, rassurer ou soutenir l'enfant s'il en a besoin
- __e) Rassure l'enfant lorsqu'il vit des inquiétudes relativement à l'abus
- __f) Montre clairement à l'enfant, en toutes circonstances, qu'il n'est pas à blâmer pour l'abus sexuel.

+1 S'implique la majorité du temps auprès de l'enfant et, dans certaines circonstances ou vis-à-vis certains besoins de l'enfant, est ambivalente dans son désir de soutenir l'enfant ou manque d'habileté pour le faire.

- __a) Attentive, la majorité du temps, à ce que vit l'enfant par rapport à l'abus et aux besoins qui en découlent.
- __b) Respecte la majorité des besoins de l'enfant en tenant compte de son rythme et de son âge OU respecte ses besoins dans la majorité des circonstances.
- __c) Permet et encourage la plupart du temps, l'enfant à exprimer ce qu'il vit relativement à l'abus selon ses besoins.
- __d) Disponible, la majorité du temps, pour écouter, consoler, rassurer ou soutenir l'enfant s'il en a besoin
- __e) Rassure l'enfant, la majorité du temps, lorsqu'il vit des inquiétudes relativement à l'abus OU le rassure relativement à la majorité de ses inquiétudes
- __f) Montre, la majorité du temps, à l'enfant qu'il n'est pas à blâmer pour l'abus sexuel.

0 Ambivalente dans son désir de soutenir l'enfant OU manque d'habileté pour le faire (peut désirer le soutenir mais ne pas savoir comment s'y prendre)

- __a) Attentive, d'une façon inconsistante, à ce que vit l'enfant par rapport à l'abus et aux besoins qui en découlent.
- __b) Respecte, d'une façon inconsistante, les besoins de l'enfant en tenant compte de son rythme et de son âge (selon le besoin ou la circonstance).
- __c) Résistance ou difficulté à permettre et à encourager l'enfant à exprimer son vécu relatif à l'abus selon ses besoins.
- __d) Disponible, d'une façon inconsistante, pour écouter, consoler, rassurer ou soutenir l'enfant s'il en a besoin.
- __e) Ambivalente dans son désir de rassurer l'enfant lorsqu'il vit des inquiétudes relativement à l'abus ou manque d'habileté pour le faire.
- __f) Inconsistante vis-à-vis du blâme qu'elle porte à l'enfant concernant l'abus sexuel.

**B. Soutien émotif offert à l'enfant relativement
à ce qu'il vit concernant l'abus (suite)**

-1 Menaçante, hostile ou rejetante dans la majorité des circonstances et, dans certaines circonstances, est ambivalente dans son désir de soutenir l'enfant ou manque d'habileté pour le faire.

- a) Indifférente, la majorité du temps, à ce que vit l'enfant par rapport à l'abus et aux besoins qui en découlent.
- b) Ignore la majorité des besoins de l'enfant OU ignore ses besoins dans la majorité des circonstances.
- c) Peut parfois interdire ou décourager l'enfant à exprimer ce qu'il vit par rapport à l'abus.
- d) Très peu disponible pour écouter, consoler, rassurer ou soutenir l'enfant s'il en a besoin.
- e) Attitudes et comportement suscitant la majorité du temps l'augmentation de l'inquiétude vécue par l'enfant, relativement à certains aspects de la situation d'abus.
- f) Blâme l'enfant la majorité du temps OU le blâme en tout temps pour la plupart des aspects de l'abus sexuel.

-2 Menaçante, hostile ou rejetante.

- a) Indifférente, en toutes circonstances, à ce que vit l'enfant par rapport à l'abus et aux besoins qui en découlent.
- b) Ignore en toutes circonstances les besoins de l'enfant.
- c) Interdit ou décourage l'enfant à exprimer ce qu'il vit par rapport à l'abus lorsqu'il en a besoin.
- d) Pas disponible pour écouter, consoler, rassurer ou soutenir l'enfant s'il en a besoin
- e) Attitudes et comportements qui suscitent l'augmentation de l'inquiétude vécu par l'enfant relativement à la situation d'abus.
- f) Blâme l'enfant en toutes circonstances OU pour tous les aspects de l'abus sexuel (ex: croit que les révélations de l'enfant sont faites dans le but de la séparer de son conjoint ou pour faire du tort à son conjoint ou à elle-même).

C. Action envers l'abuseur.

+2 Démontre clairement sa désapprobation face au comportement de l'abuseur

- a) Ne se sépare pas de l'enfant
- b) Empêche les contacts enfant-abuseur et se sépare de l'abuseur s'il habite avec eux (ex: quitte la maison avec l'enfant / l'abuseur a quitté la maison à la demande de la mère ou parce que celle-ci a fait une plainte à la police ou à la D.P.J.).
- c) Exprime clairement son désaccord vis-à-vis les actes commis.
- d) Initie des mesures supplémentaires à celle de l'expression de son désaccord vis-à-vis les gestes commis, afin d'empêcher les contacts abuseur-enfant sans supervision (ex: signalement au D.P.J. / plainte à la police/ mesures légales pour faire cesser les visites sans supervision).
- e) Suit les recommandations de son entourage ou des intervenants pour encadrer ou empêcher le contact abuseur-victime.
- f) Veille à ce que les mesures prises pour encadrer ou empêcher les contacts abuseur-victime soient respectées.

+1 Démontre dans la majorité des circonstances sa désapprobation face au comportement de l'abuseur mais demeure passive ou refuse de prendre position relativement à certains aspects de la situation d'abus

- a) Ne se sépare pas de l'enfant
- b) Empêche les contacts enfant-abuseur sans nécessairement se séparer de l'abuseur s'il habite avec eux.
- c) Exprime clairement qu'elle est en désaccord avec les actes commis.
- d) N'initie pas des mesures supplémentaires à celle de l'expression de son désaccord vis-à-vis les gestes commis, afin d'empêcher les contacts abuseur-enfant sans supervision (ex: signalement au D.P.J. / plainte à la police/ mesures légales pour faire cesser les visites sans supervision).
- e) Suit les recommandations de son entourage ou des intervenants pour encadrer ou empêcher le contact abuseur-victime (elle peut donc accepter les mesures supplémentaires cités plus haut même si elle ne les initie pas).
- f) Veille à ce que les mesures prises pour encadrer ou empêcher les contacts abuseur-victime soient respectées.

0 Demeure passive ou refuse de prendre position

- a) Peut être ambivalente vis-à-vis une séparation entre elle et l'enfant
- b) N'initie pas de démarches pour empêcher les contacts enfant-abuseur.
- c) N'exprime pas clairement qu'elle est en désaccord avec les actes commis.
- d) N'initie pas des mesures telles le signalement au D.P.J., la plainte à la police ou les mesures légales pour faire cesser les visites sans supervision, afin d'empêcher les contacts abuseur-enfant sans supervision.
- e) Semble ambivalente vis-à-vis le fait de suivre les recommandations des intervenants pour encadrer ou empêcher les contacts abuseur-victime.
- f) Difficulté à adopter une attitude ferme pour faire respecter les mesures prises pour encadrer ou empêcher les contacts abuseur-victime.

C. Action envers l'abuseur (suite)

-1 Choisit l'abuseur plutôt que l'enfant dans la majorité des circonstances. Demeure toutefois passive ou refuse de prendre position relativement à certains aspects de la situation d'abus.

__a) Peut permettre que son enfant soit séparé d'elle (même si elle peut en être bouleversée).

__b) Laisse parfois la victime avec l'abuseur sans surveillance.

__c) Comportements et attitudes qui font parfois croire qu'elle est en accord, permet ou excuse les comportements de l'abuseur.

__d) Ne désire pas des mesures telles le signalement au D.P.J., la plainte à la police ou les mesures légales pour empêcher les contacts abuseur-enfant sans supervision.

__e) Ne suit pas la plupart recommandations des intervenants pour empêcher le contact abuseur-victime.

__f) Respecte rarement les mesures prises pour encadrer ou empêcher les contacts abuseur-victime.

-2 Choisit l'abuseur plutôt que l'enfant et ce, au dépend de l'enfant

__a) Peut permettre qu'on la sépare de son enfant (même si elle peut en être bouleversée).

__b) Peut permettre à l'abuseur un accès à la victime sans supervision.

__c) Comportements et attitudes qui font croire qu'elle est en accord, permet ou excuse les gestes de l'abuseur.

__d) Peut contester ou demander qu'on retire les allégations ou des mesures telles un signalement au D.P.J., une plainte à la police ou des mesures légales pour faire cesser les visites sans supervision.

__e) Ne suit pas les recommandations des intervenants pour empêcher le contact abuseur-victime.

__f) Ne respecte pas les mesures prises pour encadrer ou empêcher les contacts abuseur-victime.

D. Utilisation des services professionnels

+2 Joue un rôle actif dans la recherche d'informations et de services pour elle, la victime et les autres membres de sa famille (si pertinent)

__a) Recherche de l'information sur l'abus sexuel (ex: pour savoir comment aider son enfant, elle-même ou le reste de sa famille, pour savoir comment agir avec l'abuseur) auprès de personnes reconnues comme pouvant l'aider dans ce domaine (ex: un(e) intervenant(e) du C.L.S.C.ou du Centre Jeunesse).

__b) Se montre intéressée par l'information qu'on lui offre sur l'abus sexuel.

__c) A fait ou fait présentement des démarches pour que son enfant, elle-même ou le reste de sa famille (si pertinent) reçoivent des services susceptibles de répondre à leur besoin.

__d) Collabore bien avec les services disponibles et s'implique beaucoup à ce niveau.

+1 Joue un rôle actif dans la recherche d'une partie de l'information et de services OU à l'égard d'une partie des membres de la famille (excluant elle-même ou la victime).

__a) Recherche de l'information sur l'abus sexuel (ex: pour savoir comment aider son enfant, pour savoir comment agir avec l'abuseur) auprès de personnes qui ne sont pas reconnues comme pouvant l'aider dans ce domaine (ex: un ami, le professeur de peinture de la mère etc.).

__b) Se montre intéressée par la majorité de l'information qu'on lui offre sur l'abus sexuel

__c) A fait ou fait présentement des démarches pour que seulement une partie des membres de sa famille (si pertinent) reçoivent des services susceptibles de répondre à leur besoin (ex: recherche des services pour elle-même mais attend qu'on lui offre des services pour son enfant) OU fait peu de démarches pour les services

__d) Collabore bien avec les services qui lui sont offerts et s'implique à ce niveau.

__a & b) Demeure passive au niveau de la recherche de services mais recherche activement de l'information sur l'abus sexuel auprès de personnes qui sont reconnues comme pouvant l'aider dans ce domaine.

0 Est passive dans la recherche d'informations et de services.

__a) Ne fait aucune démarche pour recevoir de l'information sur l'abus sexuel (ex: pour savoir comment aider son enfant, pour savoir comment agir avec l'abuseur)

__b) Accepte l'information qu'on lui offre.

__c) Ne fait aucune démarche pour que l'enfant, elle-même ou les autres membres de la famille (si pertinent) reçoivent des services susceptibles de répondre à leur besoin.

__d) Collabore avec les services qui lui sont offerts et s'implique la majorité du temps à ce niveau.

D. Utilisation des services professionnels (suite)

-1 Refuse en partie les services et les informations qui lui sont offerts OU ne coopère pas en partie avec eux et demeure passive face à la recherche de certaines informations ou services.

__a) Ne fait aucune démarche pour recevoir de l'information sur l'abus sexuel (ex: pour savoir comment aider son enfant, pour savoir comment agir avec l'abuseur)

__b) Est peu intéressée par l'information qu'on lui offre.

__c) Ne fait aucune démarche pour qu'une partie de la famille (incluant l'enfant ou elle-même) reçoivent des services susceptibles de répondre à leur besoin ET elle refuse une partie des services qui lui sont offerts (ex: demeure passive dans la recherche de service pour son enfant et refuse les services pour elle-même).

__d) Ne collabore pas avec une partie des services qui lui sont offerts OU collaboration inconsistante avec eux et très peu d'implication.

-2 Refuse les services qui lui sont offerts ou ne coopère pas avec eux.

__a) Ne fait aucune démarche pour recevoir de l'information sur l'abus sexuel (ex: pour savoir comment aider son enfant, pour savoir comment agir avec l'abuseur)

__b) N'est pas intéressée par l'information qu'on lui offre (n'en voit pas la pertinence).

__c) Refuse les services qui lui sont offerts (peut nier qu'elle ou son enfant puissent avoir besoin de services)

__d) Ne collabore pas avec les services offerts

PRADS: Entrevue du parent

1. Comment avez-vous découvert ce qui se passait chez votre enfant?

Ce qu'il vous a dit:

2. Quelle a été votre réaction lorsque vous l'avez appris?

3. Qu'avez-vous fait lorsque vous avez découvert ce qui se passait? (*général, v-a-v abuseur*)

4. Croyez-vous que votre enfant ait dit la vérité au sujet de ce qui s'est passé ?

Qu'est-ce qui vous fait penser cela?

5. Connaissez-vous la personne qui est accusée d'avoir blessé votre enfant?
Quel **lien** y a-t-il entre **vous et l'abuseur** (ex: conjoint, oncle, étranger)?
Quel **lien** y a-t-il entre votre **enfant et l'abuseur** (ex: père, ami etc.)?

Si vous connaissez cette personne, est-ce que ce qui s'est passé change vos sentiments à son égard? (*décrire*)

Si vous ne connaissez pas cette personne, avez-vous eu des **réactions particulières** face à cette personne? (*décrire*)

6. Est-ce que l'enfant a besoin d'une attention ou de soutien supplémentaire de votre part pour l'aider à composer avec ce qui s'est passé?

Si oui, veuillez décrire:

Qu'est-ce qui est fait pour répondre à ces nouveaux besoins?

Si votre enfant n'a pas besoin d'une attention ou de soutien supplémentaire de votre part, est-ce que votre attitude face à l'enfant ou votre relation avec celui-ci a changé depuis que vous avez appris ce qui s'est passé?

7. Est-ce que la vie de tous les jours s'est modifiée pour votre famille après le dévoilement?

Si oui, comment?

8. Y a-t-il des mesures particulières qui ont été prises depuis le dévoilement de l'abus? **Si oui, lesquelles?**

Comment réagissez-vous à celles-ci?

Le présumé abuseur peut-il avoir des contacts avec la victime?

Si oui, veuillez décrire les circonstances

9. Est-ce que votre famille a besoin de services ou d'aide (ex: thérapie, service de soutien aux victimes) pour mieux composer avec l'abus ou l'agression?

Si oui, veuillez décrire

Pour votre enfant:

Pour ses frères et soeurs:

Pour vous:

Pour l'abuseur:

Si oui, avez-vous pu obtenir n'importe lequel de ces services jusqu'à maintenant ?

Veuillez Décrire (ex: comment a-t-elle eu accès aux services).

Si votre famille n'a pas besoin d'aide pour l'aider à composer avec l'abus, est-ce que des professionnels ou des institutions ont tenté de s'impliquer dans cette situation?

Si oui, lesquels?

De quelle façon?

Comment réagissez-vous à ces services?

Si vous ne pouvez pas répondre aux questions suivantes suite à l'entrevue, demandez à la mère de préciser chacune d'entre-elles.

Qui vous a dévoilé l'abus: _____ Date du dévoilement: _____

Habitez-vous avec l'abuseur au moment du dévoilement? _____

L'enfant évalué habitait-il avec l'abuseur au moment du dévoilement? _____

Habitez-vous avec l'abuseur actuellement? _____

L'enfant évalué habite-il avec l'abuseur actuellement? _____

PRADS: Entrevue de l'enfant
(âge: 4 à 7 ans)

1. Comment ta mère a-t-elle su ce qui se passait pour toi?

2. Qu'a-t-elle fait lorsqu'elle l'a su ?

3. Qu'est-ce qu'elle a dit?

4. Qu'est-ce qu'elle a dit au sujet de (nom du présumé abuseur)?

5. Est-ce que ta mère a fait quelque chose pour s'assurer que (nom du présumé abuseur) ne recommencerait pas?

6. Depuis que ta mère sait ce qui s'est passé pour toi, qu'est-ce que ta mère a fait de différent avec toi ou pour toi?

Es-tu content(e) ou pas content(e) de ce que ta mère a fait avec toi ou pour toi?
(si pas voir ce qu'il n'aime pas)

7. Si ta mère connaissait une fée, est-ce qu'il y a quelque chose que tu aimerais qu'elle lui demande pour que tu te sentes bien? *(Qu'aimerais-tu que ta mère fasse de plus pour que tu te sentes mieux?)*

PRADS: Entrevue de l'enfant
(âge: 8 à 17 ans)

1. Comment ta famille a-t-elle découvert ce qui se passait pour toi?

2. Qu'ont-ils fait lorsqu'ils ont découvert ce qui se passait?

3. Qu'est-ce qu'ils ont dit?

4. Comment se sont-ils sentis au sujet de ce qui s'est passé?

5. Comment se sont-ils sentis par rapport à la personne qui t'a blessé ou qui a abusé de toi?

6. Est-ce que quelqu'un dans ta famille a dit ou fait quelque chose pour que tu te sentes mieux?

7. Quelquefois les enfants souhaitent que leur famille ait fait davantage pour les soutenir et pour les aider à ce qu'ils se sentent mieux. Aurais-tu souhaité que ta famille te donne plus de soutien?

N.B.: Ces questions ne désignent pas la mère de façon précise. Si la mère n'est pas mentionnée spontanément dans les réponses de l'enfant, veuillez explorer la réaction et les actions de la mère.

Appendice C

Questions issues de la traduction et l'adaptation de l' « Incest History
Questionnaire » de Courtois (1988) (Thériault, Cyr, & Cinq-Mars, 1997)

Ce questionnaire porte sur tes antécédants d'abus sexuel. Il a été conçu pour t'aider à décrire l'expérience d'abus sexuel que tu as vécue. Réponds au mieux de ta connaissance à ce questionnaire en prenant en considération ton niveau de confort. Prends ton temps et ne te mets pas de pression.

Description de l'abus sexuel

1. Par combien de personnes as-tu été abusé(e) ? _____

2. Qui était(ent) l'abuseur ou les abuseurs (ex: inconnu, père, beau-père, mère, frère, cousin, professeur, etc.)?	3. Quel âge avais-tu au moment de l'abus? (ex: 10 à 12 ans)	4. Quel âge avait l'abuseur ou les abuseurs?	5. Combien de fois as-tu été victime d'abus ? (approximativement)	6. Durée (en mois)	7. Avec qui habitais-tu au moment de l'abus?
a) _____	a) _____ à _____	a) _____	a) _____ fois	a) _____	a) _____
b) _____	b) _____ à _____	b) _____	b) _____ fois	b) _____	b) _____
c) _____	c) _____ à _____	c) _____	c) _____ fois	c) _____	c) _____
d) _____	d) _____ à _____	d) _____	d) _____ fois	d) _____	d) _____
e) _____	e) _____ à _____	e) _____	e) _____ fois	e) _____	e) _____

3. Quels ont été les gestes ou les activités sexuelles au cours de ces abus? Coche les énoncés qui s'appliquent.

- Attouchements sexuels que tu as subis ou as été forcé(e) de pratiquer chez l'abuseur.
- Activités sexuelles orales
- Relations sexuelles complètes
- Autres: _____

4. Comment l'abuseur ou les abuseurs a-t-il (ont-ils) réussi à procéder aux abus sexuels sur toi (tu peux cocher plus d'une réponse)?

- C'était une personne en qui j'avais confiance
- Il(elle) a utilisé la séduction ou des cadeaux
- Il(elle) m'y obligeait en me menaçant de conséquences graves mais sans violence physique
- Il(elle) me forçait avec violence physique

Appendice D

Inventaire des problèmes familiaux

Voici une liste d'événements de la vie qui ont pu avoir lieu dans ta famille d'origine. Pour chacun de ces événements, indique si tu les as vécus ou non. Si oui, indique l'âge ou la tranche d'âges (ex: 7 à 12 ans) que tu avais au moment où l'événement s'est produit, et dans quelle mesure celui-ci t'a bouleversé(e).

Événement	Vécu	Âge	Pas du tout bouleversant	Peu	Assez	Extrêmement bouleversant
a) Maladie ou accident ayant nécessité l'hospitalisation d'un de tes parents. Qui? _____	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
b) Problèmes d'argent.	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
c) Séparation ou divorce des parents.	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
d) Violence conjugale. (violence physique) *	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
e) Violence conjugale. (violence verbale, i.e. rabaisser, crier etc.) *	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
f) Violence physique à l'égard des enfants *	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
g) Violence verbale à l'égard des enfants. (ex: rabaisser, crier etc.) *	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
h) Violence entre les enfants*	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
i) Abus sexuel vécu par un autre membre de la famille. Qui? _____	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4
j) Incarcération d'un membre de ta famille Qui? _____	Oui					
	Non	_____	1	2	3	4

Événement	Vécu	Âge	Pas du tout bouleversant	Peu	Assez	Extrêmement bouleversant
k) Alcoolisme dans la famille Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
l) Abandon des enfants par un des parents Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
m) Autre problème familial, traumatisme ou bouleversement auquel tu peux penser Lequel? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4

Dans le cadre de l'étude décrite au chapitre 2, nous avons considéré qu'il y avait **présence de violence entre les membres de la famille si la participante avait répondu « oui » à un des items suivants : d, e, f, g, h.*