

Université de Montréal

Département de psychologie, Faculté des études supérieures et postdoctorales

---

*Cet essai doctoral intitulé*

**Analyse des Services Intégrés Psychosociaux auprès des Parents (SIPP) du Centre  
d'Expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEMV)**

*Présenté par*

**Marie-Lou Ouellette**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Marie-Julie Béliveau**

Président-rapporteur

**Mireille Cyr**

Directrice de recherche

**Sébastien Grenier**

Membre du jury

## Résumé

Le dévoilement d'une agression sexuelle (AS) est susceptible de déstabiliser l'entourage de la victime, plus particulièrement les parents non-agresseurs (PNA), pour lesquels le soutien d'intervenants pourrait être utile. La présente étude porte sur la description d'un tel service, soit les Services Intégrés Psychosociaux auprès des Parents (SIPP) qui sont offerts au Centre d'Expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEMV). Elle a pour objectif de mieux connaître qui en sont les utilisateurs et quels types de soutien ils y reçoivent, afin que le Centre soit en mesure d'objectiver les services qu'ils offrent. Dans cet optique, deux volets sont à l'étude. Le volet 1 consiste à documenter les caractéristiques sociodémographiques et psychologiques des participants qui consultent les SIPP, ainsi que les caractéristiques du format des rencontres et les différentes thématiques abordées dans celles-ci. Le volet 2 consiste à comparer au moment où la psychothérapie de l'enfant débute, les participants ayant reçu des SIPP à ceux qui n'en n'ont pas reçu, afin de voir si ces groupes diffèrent quant à leurs caractéristiques sociodémographiques et psychosociales.

Pour le volet 1, les intervenants ont rempli un questionnaire recueillant des informations sur les caractéristiques sociodémographiques de 112 participants, ainsi qu'un questionnaire recueillant les différentes thématiques abordées lors des rencontres. Pour le volet 2, auprès de participants venant au CEMV pour débiter une psychothérapie pour leur enfant, nous avons comparé les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales de ceux ayant utilisé les SIPP ( $n = 55$ ) et ceux ne les ayant pas utilisés ( $n = 65$ ).

Concernant le premier objectif du volet 1, les résultats démontrent que la clientèle est majoritairement composée des femmes (74,1%) âgées en moyenne de 38,38 ans ( $\acute{E}.T = 8,3$ ), à l'emploi et mariées (54,5%). Plus de la moitié (55,6%) des participants rapportaient vivre une

détresse psychologique atteignant un seuil clinique, tandis que 48,4% souffraient cliniquement de symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les rencontres dans le cadre des SIPP durent en moyenne une heure ( $M = 60,5$  minutes) et se tiennent majoritairement en présentiel (89,1%). Les participants se présentent en moyenne à 4 rencontres ( $M = 3,98$ ) et les font majoritairement seuls ( $M = 68,2\%$ ), donc en l'absence d'un(e) partenaire. Pour les thématiques abordées, les résultats démontrent que les rencontres se concentrent majoritairement sur le soutien psychosocial, et plus particulièrement sur le soutien émotionnel des proches. Pour le volet 2, les analyses comparant les caractéristiques du groupe ayant reçu des SIPP au groupe n'ayant pas reçu les SIPP ne soulèvent aucune différence significative sur le plan sociodémographique ou psychosocial.

Les résultats suggèrent que la clientèle ayant eu recours aux SIPP ne diffère pas de la clientèle qui ne les a pas utilisés. L'analyse du contenu des thématiques et du nombre de sessions de rencontre indique que les SIPP semblent offrir les services d'accompagnement et de soutien en situation de crise pour lesquels ils ont été développés.

**Mots-clés :** Agressions sexuelles, soutien parental, parents, services d'accompagnement

## Abstract

The disclosure of a sexual assault can destabilize the victim's entourage, especially the non-offending parents, for whom the support of professionals could be useful. This study describes such a service, the Integrated Psychosocial Parent Services (IPPS), which are offered at the Centre d'Expertise en Agression Sexuelle Marie-Vincent (CEMV). The objective is to find out more about who uses these services and what kind of support they receive, so that the Centre can objectify the services they offer. To this end, two questions are being studied. Component 1 consists of documenting the sociodemographic and psychological characteristics of the participants who consult the IPPS, as well as the characteristics of the format of the sessions and the different themes addressed in them. Component 2 involves comparing participants who have received IPPS with those who have not, before their child begins psychotherapy, to see whether the group of participants who receive IPPS has different sociodemographic and psychological characteristics of those who do not.

For Component 1, practitioners completed a questionnaire collecting information on the sociodemographic characteristics of 112 participants, as well as a questionnaire collecting the various themes discussed during the session. For Component 2, we compared the sociodemographic and psychosocial characteristics of participants at the time they came to CEMV to begin psychotherapy for their child, for those who had used SIPP ( $n = 55$ ) and those who did not have ( $n = 65$ ).

Concerning the first objective of component 1, the results show that the clientele is predominantly female (74.1%), with an average age of 38.4 ( $S.D = 8.3$ ), employed and married (54.5%). More than half (55.6%) of the participants reported psychological distress reaching a clinical threshold, while 48.4% suffered clinically from PTSD symptoms. On average, IPPS

session last about an hour (60.5 minutes) and are mostly face-to-face (89.1% of the time). Participants attend around 4 sessions (average of 3.98), most of them alone (average of 68.2%), i.e., in the absence of a partner. In terms of the themes addressed during the session, the results show that the IPPS focuses mainly on psychosocial support, and more specifically on emotional support for the caregiver. For Component 2, analyses comparing the characteristics of the IPPS group with those of the non-IPPS group revealed no significant sociodemographic or psychological differences.

The results suggest that clients who have used IPPS do not differ from those who have not. An analysis of the content of the themes and the number of sessions indicates that IPPS appears to offer the crisis support services for which it was developed.

**Keywords:** Sexual assault, parenting support, parents, support services

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| <i>Résumé</i> .....                           | 2  |
| <i>Abstract</i> .....                         | 4  |
| <i>Liste des tableaux</i> .....               | 7  |
| <i>Liste des figures</i> .....                | 8  |
| <i>Liste des sigles et abréviations</i> ..... | 9  |
| <i>Dédicace</i> .....                         | 10 |
| <i>Introduction</i> .....                     | 12 |
| <i>Méthodologie</i> .....                     | 25 |
| <i>Procédure</i> .....                        | 25 |
| <i>Participants</i> .....                     | 26 |
| <i>Mesures</i> .....                          | 28 |
| <i>Éthique</i> .....                          | 31 |
| <i>Analyses statistiques</i> .....            | 32 |
| <i>Résultats</i> .....                        | 32 |
| <i>Discussion</i> .....                       | 38 |
| <i>Références</i> .....                       | 47 |

## Liste des tableaux

|  |    |
|--|----|
| <b>Tableau 1.</b> Tableau présentant la fréquence des thématiques abordées, leur pourcentage et le pourcentage des participants concernés par les thématiques .....                | 34 |
| <b>Tableau 2.</b> Données sociodémographiques ( <i>%</i> , <i>N</i> ou <i>M</i> , <i>ET</i> ) de deux groupes de participants et résultats des tests statistiques .....            | 36 |
| <b>Tableau 3.</b> Résultats sur les tests psychologiques ( <i>%</i> , <i>N</i> ou <i>M</i> , <i>ET</i> ) de deux groupes de participants et résultats des tests statistiques ..... | 38 |

## Liste des figures

|   |    |
|---|----|
| <i>Figure 1.</i> Représentation visuelle de la chronologie de l'étude ..... | 25 |
|---|----|

## Liste des sigles et abréviations

AS : Agression sexuelle

CYAC: Child and Youth Advocacy Centres

CEMV: Centre d'Expertise en agression sexuelle Marie-Vincent

CIASF : Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille

DPJ : Direction de la Protection de la Jeunesse

É.T : Écart type

IPPS : Integrated Psychosocial Parent Services

M : Moyenne

MITAS : Milieu d'Intervention et de Thérapie en Agression Sexuelle (MITAS)

n : Taille de l'échantillon

PNA : Parent non-agresseur

S.D : Standard Deviation

SIPP: Services Intégrés Psychosociaux auprès des Parents

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

% : Pourcentage

## Dédicace

*Oui grand-maman, j'ai passé mon année !*

## Remerciements

Merci à Mireille Cyr, ma directrice de recherche, qui a été (très!!!!) patiente et qui m'a suivi dans mes hauts et mes bas pendant mon parcours doctoral.

Merci aux intervenant.e.s de la Fondation Marie-Vincent qui ont complété les questionnaires lors de leurs rencontres avec les parents.

Merci à la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles de m'avoir financé par l'octroi de bourses et permis de me concentrer sur cet essai.

Merci à Manon Robichaud et Josée Thériault, de la Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles, de m'avoir guidé et aidé concernant la constitution des banques de données.

Merci à ma famille, mon père Luc, ma belle-mère Lyne, mon petit frère Charles-Antoine, mon grand frère Gabriel, ma marraine Mimi, mon oncle Éric, ma tante Nathalie et ma grand-mère Marie-Marthe, qui m'ont soutenu et encouragé à me dépasser depuis le début de mon parcours en psychologie.

Merci à mes collègues et amies Camille, Pascale, Audrey et Amili, qui m'ont aidé directement ou indirectement dans la finalisation de cet essai.

Je n'aurais pu réussir sans vous tous. Merci indéfiniment.

# Introduction

Les agressions sexuelles (AS) sur les mineurs représentent une problématique sociétale importante. Elles ont un impact non seulement sur les enfants et adolescents qui en sont victimes, mais aussi sur leur famille. La famille est un facteur de protection primordial pour assurer le rétablissement de l'enfant, son bon développement et son bien-être. En effet, l'entourage de la victime permet à celle-ci d'acquérir des compétences en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation et de la modulation des pensées, des émotions et des perceptions (Hébert et al., 2014). Ces compétences sont cruciales dans le processus de rétablissement à la suite d'un événement traumatisant. Les parents sont aussi un facteur clé concernant la résilience et la guérison (Cyr et al., 2011; Godbout et al., 2014). Toutefois, à la suite d'une AS, les parents non-agresseurs (PNA)<sup>1</sup> peuvent aussi se sentir très déstabilisés. Dans ce contexte, ces derniers peuvent se voir proposer des services personnalisés leur offrant du soutien et de l'aide pour traverser cette épreuve, en plus de les outiller pour qu'ils soutiennent et aident leur enfant à leur tour. Cet essai doctoral vise à brosser le portrait d'un de ces services d'intervention personnalisée offerts aux PNA d'enfants ayant été agressés sexuellement, tant sur le plan de la clientèle qui l'utilise, que du contenu des rencontres offertes.

## Définitions et prévalence de l'AS

Encore à ce jour, il existe plusieurs définitions de l'AS. Dû aux disparités culturelles et légales des différentes régions du monde, il est difficile d'avoir une définition universelle de ce concept (Barth et al., 2013; Mathews et Collin-Vézina, 2019). Même au Québec, plusieurs définitions divergentes coexistent. La définition de l'AS sur les mineurs proposée par Tourigny et

---

<sup>1</sup> Pour alléger le texte, l'abréviation PNA a été utilisée pour désigner les parents non-agresseurs.

Baril (2011) a été sélectionnée dans le cadre de cette étude, puisqu'elle semblait contenir la majorité des éléments des autres définitions. Ceux-ci définissent ce concept comme étant :

Tout acte ou jeu sexuel, hétérosexuel ou homosexuel, entre une ou plusieurs personnes en situation de pouvoir, d'autorité ou de contrôle, et un enfant mineur. Ces actes sexuels ont pour but de stimuler sexuellement l'enfant ou de l'utiliser pour se stimuler soi-même sexuellement ou pour stimuler une autre personne. Lorsqu'il n'y a pas de situation de pouvoir ou de contrôle, il y a AS si la victime ne consent pas (p. 9; Tourigny et Baril, 2011).

Il est extrêmement difficile d'estimer l'ampleur et la prévalence des cas d'AS chez les mineurs. En effet, que ce soit dû au fait que plusieurs victimes gardent le silence et ne rapportent pas avoir été agressées (Alagia et al., 2019; Azzopardi et al., 2019), ou encore aux différentes définitions divergentes de l'AS, les statistiques ne représentent qu'une partie des victimes (Stoltenborgh et al., 2015). De plus, la provenance des statistiques peut influencer les prévalences. Par exemple, les études portant sur la justice pénale et la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ) se basent sur des cas qui ont été rapportés à la police. Ces statistiques sont parfois référées comme étant *la pointe de l'Iceberg* (Laforest et al., 2018; MacMillan et al., 2003), ne représentant qu'une partie des victimes. En effet, les statistiques des études se basant sur la population générale peuvent contenir des cas d'AS qui n'ont pas été rapportés à la police ou à la DPJ, couvrant donc une population plus large. Cela pourrait également expliquer en partie la variation dans les statistiques et la difficulté à estimer la prévalence des AS envers les enfants.

L'AS envers les mineurs est une problématique extrêmement préoccupante. Globalement, les études rapportent qu'environ 18 à 20% des femmes et 8% des hommes ont été victimes d'AS dans l'enfance (Pereda et al., 2009; Stoltenborgh et al., 2011; Organisation mondiale de la santé,

2022). Au Québec, ce serait entre 8% et 16% de la population qui auraient été victimes d'AS dans l'enfance (Laforest et al., 2018). L'étude populationnelle canadienne de Statistiques Canada auprès d'adultes (Flores et al., 2016) rapporte que la prévalence des AS pour les filles avant l'âge de 16 ans est de 15,7% et pour les garçons de 6,9% au Québec. Ces chiffres révèlent donc un problème de santé publique prévalant chez les enfants et les adolescents.

### **Impacts de l'AS sur l'enfant et sa famille**

Les victimes d'AS sont à risque de vivre diverses problématiques concernant leur santé physique et psychologique, ainsi que des troubles de comportement (Afifi et al., 2016; Collin-Vézina et al., 2013; Hébert, 2011). Les difficultés rencontrées par les victimes comprennent la dépression, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide, les problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, le stress post-traumatique, les comportements sexuels à risque et l'augmentation de l'utilisation des services de santé pour des problèmes de santé physique (Fergusson et al., 2013).

Une revue de littérature d'articles publiés entre 2000 et 2011 a rapporté qu'environ 13,6% des adolescents ayant vécu une AS développent un trouble de stress post-traumatique (TSPT; Nooner et al., 2012). Cet article indique aussi que le diagnostic de TSPT est associé avec d'autres difficultés, telles que le suicide, l'abus de substances, un pauvre réseau social, des problèmes académiques et une mauvaise santé physique. Le TSPT peut également avoir un impact sur le processus de maturation biologique et ainsi contribuer aux problématiques à long terme concernant la régulation émotionnelle et les troubles de comportements (Nooner et al., 2012). Onze études de cette revue de littérature ont démontré un lien statistiquement significatif entre le TSPT et le soutien social. En effet, que ce soit avant ou après le traumatisme, le soutien social des parents et des pairs est considéré comme étant un facteur de protection primordial (Nooner et al., 2012). Pour

plusieurs parents, l'état de choc et la détresse qui accompagne le dévoilement doivent être surmontés afin de leur permettre de se mobiliser et d'offrir à l'enfant le soutien dont il a besoin (Cyr et al., 2011; Fong et al., 2020).

**Réactions au dévoilement.** Le dévoilement d'une AS par un enfant est souvent ressenti comme étant un choc (Daignault et al., 2017) comparable à l'expérience des parents qui ont perdu tragiquement un enfant (Elliott et Carnes, 2001). Certains PNA réagissent avec désespoir et impuissance, tandis que d'autres réagissent avec du dégoût, de la colère et de la rage, ou encore avec du déni, de la panique et de la peur (Allard et al., 2011; Boivin et Boucher-Dandurand, 2009; Bourcet et Gravillon, 2004; Cyr et al., 2011; Daignault et al., 2017). Dans le cas de déni ou d'évitement du PNA à la suite du dévoilement, l'absence de soutien offert à l'enfant diminue les chances que l'enfant puisse composer avec son trauma; celui-ci ne disposerait pas d'un environnement favorable pour parler de son trauma et de ses besoins qui y sont reliés. Ainsi, ces mécanismes de défense viendraient enfermer l'enfant et la famille dans un secret important et nuiraient au rétablissement de celui-ci (Gallo et al., 2016).

L'étude de DeDilectis (2022) suggère que près de la moitié des PNA sont ambivalents, 31,2% soutiennent leur enfant et 22,5% ne le font pas. Le concept d'ambivalence fait référence au conflit qu'un parent peut ressentir lorsqu'il veut soutenir son enfant, tout en éprouvant de l'allégeance pour l'agresseur (Bolen et Lamb, 2002; Briere et Elliott, 1994; DeDilectis, 2022; Kendall-Tackett et al., 1993; Knott et Fabre, 2014). Dû à ce conflit, le parent peut donc ressentir de la détresse et démontrer une inconstance dans ses actions (Bolen et Lamb, 2004; DeDilectis, 2022; Knott et Fabre, 2014). En plus d'avoir un effet sur la capacité de protection de son enfant, Romano (2013) indique que les fonctions parentales de compréhension et d'affection/valorisation peuvent également être affectées. La fonction de compréhension, qui consiste en la capacité d'un

parent de comprendre les états mentaux de son enfant, peut être perturbée dû à leur propre exposition à cet évènement qu'eux-mêmes ne peuvent assimiler. La fonction d'affection/valorisation, qui fait référence à la capacité du parent à manifester du soutien et de l'affection à l'enfant de façon appropriée, peut être altérée; le parent devenant surprotecteur ou encore indisponible pour son enfant s'il vit trop d'impuissance ou de colère face à l'évènement. Cet éventail de réactions qui engendrent des sentiments négatifs peut empêcher un parent d'aider et de guider son enfant adéquatement dans cette période.

**Détresse psychologique des parents.** Dépendamment des stratégies d'adaptation (*coping*) et des facteurs individuels préexistants du PNA (p. ex., avoir vécu une AS en enfance), le dévoilement d'un enfant peut mener à de la détresse psychologique (Daignault et al., 2017). Selon l'étude de Cyr et al. (2016), environ la moitié des mères et le tiers des pères rapportent souffrir de détresse psychologique à la suite du dévoilement de leur enfant. Les résultats de l'étude longitudinale de Cyr et al. (2018) indiquent que l'état de détresse psychologique des mères a tendance à diminuer au cours des deux années suivant le dévoilement, tandis que l'état de détresse psychologique des pères a tendance à augmenter. La détresse psychologique chez les PNA d'enfants victimes d'AS serait significativement plus élevée que chez le groupe contrôle, quatre ans après le dévoilement (Dyb et al., 2003).

De plus, un nombre important de parents ressentent des symptômes d'anxiété, de dépression, d'intrusion et d'évitement liés au TSPT (Allard et al., 2011; Cyr et al., 2011; Daignault et al., 2017; Fong et al., 2020; Tavkar et Hansen, 2011). L'étude de Cyr et al. (2014) a démontré que 49% des mères et 30% des pères souffraient de dépression à la suite d'un dévoilement, en comparaison à 23% des femmes et 18% des hommes dans la population générale. Certains symptômes psychologiques du TSPT peuvent aussi être ressentis par le parent, tels que de

l'insomnie, des cauchemars concernant les scènes sexuelles vécues par l'enfant, de l'anxiété et/ou de l'hypervigilance (Daignault et al., 2017; Dyb et al., 2003; Tremblay, 2016). Une étude suggère que 13,1% des mères et 7,1% des pères rencontrent les critères diagnostiques pour le TSPT (Cyr et al., 2014). Les conséquences vécues par les PNA peuvent donc être considérées comme étant un traumatisme secondaire (Allard et al., 2011; Banyard et al., 2004; Cyr et al., 2011; Daignault et al., 2017).

Des impacts au niveau relationnel peuvent aussi être observés chez les PNA, comme une baisse de l'intérêt pour l'intimité et la sexualité, des changements dans les comportements parentaux, de l'isolement et des problèmes relationnels avec la famille et les amis (Dyb et al., 2003; Tremblay, 2016). Ces événements peuvent potentiellement ajouter de la détresse émotionnelle et du stress aux victimes ainsi qu'à leurs parents (Daignault et al., 2017).

**Santé physique des parents.** Entre 10 et 21% des parents verraient leur santé physique se détériorer à la suite du dévoilement de leur enfant (Cyr et al., 2016, 2018; Van Toledo et Seymour, 2016). Parmi les divers problèmes physiques rapportés en lien avec le dévoilement de leur enfant, il y a les migraines, l'insomnie, les problèmes gastro-intestinaux, les palpitations cardiaques, un affaiblissement du système immunitaire et l'augmentation de la gravité des problèmes de santé datant d'avant le dévoilement (Cyr et al., 2018; Daignault et al., 2017; Lafleur, 2009; Tremblay, 2016). Ces problèmes physiques se perpétuent aussi dans le temps, avec 28% des mères et 18% des pères présentant encore des problèmes de santé physique affectant leur capacité à travailler, à faire des activités et à pratiquer des loisirs deux ans après le dévoilement de leur enfant (Cyr et al., 2018).

**Suivi médico-socio-judiciaire.** Après le dévoilement, les parents font face à de multiples démarches dans l'accompagnement de leur enfant au travers des différentes étapes des services

médicaux, sociaux et judiciaires (Proulx-Beaudet, 2018). Plusieurs de ces démarches peuvent être vécues comme des épreuves ou des sources de stress. L'étude de Rasha (2009) expose la possibilité que le traumatisme secondaire du parent soit davantage lié à l'impact de ces procédures qu'à l'agression en soi. Celles-ci peuvent impliquer l'enquête policière, les démarches judiciaires, l'implication médiatique, l'évaluation de la protection de la jeunesse concernant les capacités protectrices des parents, la perte possible de la garde de l'enfant dans les cas d'une agression intrafamiliale, une séparation ou un divorce qui peut engendrer des problèmes monétaires et un déménagement (Dyb et al., 2003; Kilroy et al., 2014).

En conclusion, le dévoilement de l'AS est un évènement majeur pour les parents, qui peut avoir un impact tant au niveau de la santé mentale qu'au niveau de la santé physique et qui peut bouleverser leur environnement, ainsi que leur capacité à soutenir leur enfant (Cyr et al., 2011; Lewin et Bergin, 2001; Romano 2013). Ils peuvent également remettre en question leurs propres perceptions de leur rôle et de leurs compétences comme parent, ceux-ci n'ayant pas pu empêcher l'AS de se produire (Romano, 2013).

### **Les PNA comme facteur de protection**

Malgré les bouleversements vécus par les parents, le soutien des PNA est un facteur de protection primordial pour les enfants victimes d'AS (Tremblay, 2016 ; Cyr et al., 2011; Elliott et Carnes, 2001). Toutefois, ce ne sont pas tous les parents qui sont disponibles pour soutenir leurs enfants. Les études soulèvent qu'il y aurait une corrélation positive entre les symptômes du TSPT chez le parent et ceux chez l'enfant (Hagan et al., 2017; Wise et Delahanty, 2017), ainsi qu'une augmentation du risque chez l'enfant de développer un TSPT si son parent reçoit ce diagnostic (Cross et al., 2018). Cela nous permet d'inférer qu'un parent qui est disposé psychologiquement à soutenir son enfant peut exercer une influence positive sur le bien-être psychologique de celui-ci.

Deux études ont rapporté que, chez les enfants d'âge préscolaire, le dysfonctionnement émotionnel (Langevin et al., 2016) et la gravité des symptômes du TSPT (Myrick et Green, 2013) étaient expliqués davantage par la détresse parentale que par l'agression elle-même.

Par ailleurs, l'étude de Cyr et al. (2013) a identifié à la suite du dévoilement, quatre groupes distincts de mères, à l'aide d'une analyse typologique basée sur 226 mères recrutées via des services de la protection de la jeunesse, soit les mères : résilientes (32,7%), évitantes (32,7%), traumatisées (19,1%) et en colère (15,5%). Les analyses démontrent que le groupe de mères résilientes fournit davantage de soutien que les trois autres groupes, tandis que le type de mères colériques soutient le moins leur enfant, est plus punitif, moins cohérent concernant la discipline et éprouve davantage de colère envers l'enfant, en comparaison aux autres groupes.

Tous les aspects du bouleversement vécus par les parents soulèvent le besoin de soutien de ceux-ci pour surmonter cette épreuve et pouvoir accompagner adéquatement leur enfant. Toutefois, peu de programmes sont spécifiquement offerts aux parents, malgré le fait que ceux-ci soient considérés comme étant des victimes collatérales ou secondaires et comme étant un facteur de protection clé au rétablissement de leur enfant (Godbout et al., 2014; Daignault et al., 2017). Les organismes communautaires, qui offrent des services pour les victimes mineures à la suite d'une AS, offrent parfois des services aux parents agresseurs. Par contre, il n'y a que peu de ressources spécifiques aux PNA. Au Québec, ces ressources comptent entre autres le Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF) de Gatineau, le Milieu d'Intervention et de Thérapie en Aggression Sexuelle (MITAS) situé à Joliette et Repentigny, ainsi que le Centre d'Expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEMV) à Montréal.

## **Les services d'accompagnement**

La revue de littérature de Serin (2018) a permis de compartimenter les services offerts aux PNA en cinq catégories, soit le partage d'informations, les groupes de soutien, les groupes de thérapie/psychoéducation, l'intervention parentale jumelée à la thérapie de l'enfant et le soutien individuel. Quant à elle, la méta-analyse de St-Amand et al. (2022) est composée de 18 études, évaluant l'effet de 24 traitements pour les parents. Certaines de ces études comprennent un groupe contrôle et un groupe expérimental, tandis que d'autres focalisent sur un pré-test / post-test chez les PNA. Les résultats suggèrent qu'un parent qui a pu bénéficier d'un service à la suite du dévoilement de son enfant présente une compréhension et une connaissance accrues de l'AS, un meilleur soutien émotionnel pour son enfant, une humeur améliorée et un sentiment de satisfaction concernant son rôle parental de soutien, ainsi que sa communication avec son enfant (St-Amand et al., 2022).

En général, les services d'accompagnement offerts aux PNA sont majoritairement des groupes de soutien ou des thérapies de groupe. Des 18 études présentées dans la méta-analyse de St-Amant et al. (2022), 12 portaient sur ce type de services; les autres étaient des traitements destinés aux enfants dans lesquels le parent collaborait. Le Québec n'en fait pas exception. Des groupes de soutien sont offerts notamment au CIASF et au MITAS. En général, ces suivis semblent avoir plusieurs bénéfices, dont l'augmentation du soutien des parents envers leur enfant, la diminution de la détresse psychologique, l'acquisition de compétences concernant la communication des difficultés et des émotions, ainsi que les apprentissages découlant du partage des différents vécus traumatiques (Tavkar et Hansen, 2011).

La gestion de cas (*case management*) est un autre modèle d'intervention qui a vu le jour au milieu du 19<sup>e</sup> siècle (Bartoli et al., 2020). La gestion de cas est définie comme étant un processus

collaboratif qui planifie, met en place, coordonne et évalue les services nécessaires pour répondre aux besoins d'un individu (Case Management Society of America, s. d. ; Giardino et De Jesus, 2023). Ces services peuvent inclure l'intervention en situation de crise, la thérapie de groupe ou individuelle, la recherche de logement et de ressources financières, les services de toxicomanie (Kumar et Klein, 2013). Cette approche centrée sur le client vise à l'accompagner au cours des différentes étapes de son cheminement (Heffernan et Blythe, 2014). Les services offerts lors de la gestion de cas sont donc spécifiques à la clientèle ciblée (Giardino et De Jesus, 2023; Harris et Pepejoy, 2019)

Inspiré de la gestion de cas (*case management*), le *Child and Youth Advocacy Centres* (CYAC), appelé en français « Centre d'appui aux enfants et adolescents », a été développé en 1985 aux États-Unis, afin d'accompagner la victime et sa famille à la suite d'un dévoilement de mauvais traitements (Centre d'appui aux enfants et à la jeunesse, s. d.). Les CYAC visent à optimiser la coordination entre les différentes ressources et offrir un encadrement plus stable pour la victime et sa famille (Daignault et al., 2017), le tout dans un lieu unique regroupant tous les services. Les CYAC peuvent offrir une panoplie de services, dont l'entrevue policière, l'examen médical, des services de psychothérapie pour l'enfant victime, des services juridiques et des services psychosociaux (Daignault et al., 2017). Ce modèle d'intervention aiderait les parents à se sentir moins en détresse et plus satisfaits que les parents n'ayant pas eu recours à ce service (Cross et al., 2008; Elmquist et al., 2015).

L'efficacité d'un service d'accompagnement aux parents, offert dans une ressource basée sur les concepts de gestion de cas et de *Child and Youth Advocacy Centres*, a été analysée à Montréal par Hébert et Séguin (2011). L'objectif des rencontres avec les PNA était de diminuer leur détresse psychologique, leur prodiguer des conseils concernant la gestion de crise, discuter

des différentes ressources offertes, les renseigner quant aux AS (p. ex., aborder les mythes, les conséquences et les traitements offerts) et de les guider dans les procédures à venir (p. ex., examen médical, rendez-vous avec les avocats, formulaires d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) à compléter). Les résultats de cette étude, menée auprès de 42 PNA d'enfants âgés de 2 à 12 ans, indiquent une diminution significative de la détresse psychologique chez le parent, à la suite des services. En effet, le niveau de détresse est passé de 74% à 15% au cours des neuf semaines de services (Hébert et Séguin, 2011). L'absence de groupe contrôle dans cette étude ne permet pas d'inférer que la diminution est attribuable au service offert, car ceux-ci peuvent être dus au simple passage du temps.

### **Le Centre d'Expertise en agression sexuelle Marie-Vincent (CEMV)**

Situé à Montréal, le CEMV est un centre d'appui aux enfants et adolescents (Child and youth advocacy centres, CYAC) pour les enfants et adolescents de 17 ans et moins ayant été victime d'une AS. Afin de bien soutenir les familles à la suite d'un dévoilement, les services policiers, médicaux, psychosociaux et sociojudiciaires, sont tous réunis sous le même toit (Fondation Marie-Vincent, s. d.). Pour avoir accès au service, les victimes doivent être référées par les partenaires du CEMV, soit les intervenants sociaux (DPJ), les médecins ou les policiers. Le regroupement de divers services offerts dans ce même organisme permet d'offrir une stabilité à la clientèle, ainsi qu'à leur entourage (Boisvert, 2019). Le CEMV offre aussi des services spécifiques aux PNA, soit les Services Intégrés Psychosociaux auprès des Parents (SIPP). La trajectoire habituelle de services consiste d'abord par l'entrevue d'enquête conduite par les policiers, l'offre systématique de services SIPP aux parents par les intervenants du CEMV, l'examen médical si requis, l'évaluation psychosociale et la référence en thérapie pour l'enfant si requise, de même que l'évaluation post-thérapie s'il y a lieu.

## **Les Services Intégrés Psychosociaux (SIPP) auprès des PNA**

Basés sur le principe de la gestion de cas, les SIPP ont été mis en place afin d'aider et de guider les PNA à la suite du dévoilement de leur enfant. Les SIPP sont offerts par des intervenants du CEMV possédant au minimum un baccalauréat et membres d'un ordre professionnel, soit celui des criminologues, des sexologues, des psychoéducateurs ou des travailleurs sociaux. Les PNA se font offrir systématiquement de rencontrer un intervenant des SIPP, immédiatement après l'entrevue policière de leur enfant, qui a lieu au CEMV. D'autres partenaires externes au CEMV peuvent faire des références aux SIPP, tels le DPJ ou un corps policier. La rencontre dans le cadre des SIPP est environ d'une heure et demie, dépendamment des besoins des parents. Les intervenants des SIPP offrent d'abord des rencontres hebdomadaires aux parents, mais la fréquence peut changer selon les besoins du parent. Plusieurs services peuvent être offerts aux parents lors de la première rencontre ou durant les suivantes. Les thématiques abordées lors des rencontres peuvent varier, mais incluent habituellement les informations sur le processus médico-socio-judiciaire, les informations sur les SIPP et sur les services cliniques du CEMV, le transfert d'informations avec des professionnels, la coordination des services cliniques pour l'enfant, les informations sur la problématique de l'AS, l'exploration des enjeux du parent, l'exploration des émotions et des réactions, la validation des pratiques parentales, l'intervention autour de la violence conjugale, le rétablissement de la communication entre le parent et l'enfant entourant l'AS, l'accompagnement du processus de deuil, le bilan ainsi que la finalisation de la démarche.

Les intervenants des SIPP peuvent donc agir avec le parent à différents niveaux, soit sur le plan personnel (p.ex., besoin de ventiler, questionnement sur les symptômes de l'enfant, gérer sa détresse psychologique), familial (p. ex., gérer les conflits avec le conjoint, la famille élargie) ou procédural (p. ex., aide pour remplir divers documents; obtenir des rendez-vous). Au besoin, les

parents peuvent avoir recours aux services des SIPP à plusieurs reprises avant ou lors des services de psychothérapie offerts à leur enfant (Fondation Marie-Vincent, s. d.). Dans le cas où les enfants ne requièrent pas de services de psychothérapie, puisqu'ils ne présentent pas de symptômes ou de troubles du comportement tels que mesurés lors de l'évaluation psychosociale de l'enfant, les parents peuvent continuer à participer aux rencontres offertes par les SIPP s'ils en ressentent le besoin.

### **Objectifs de la présente étude**

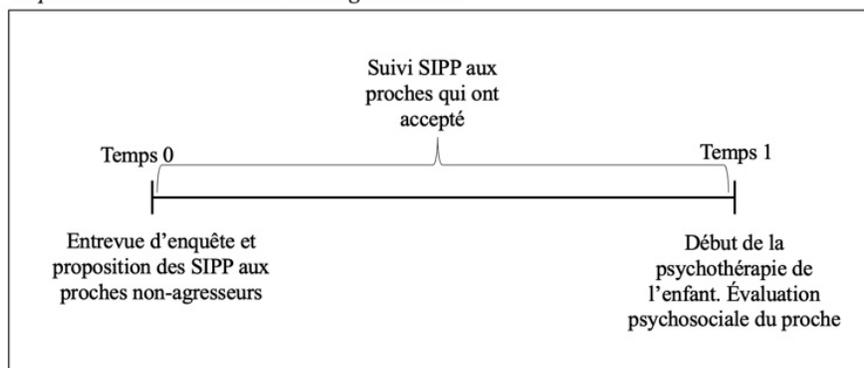
La présente étude a pour objectif de brosser le portrait de la clientèle et des services offerts aux parents fréquentant le CEMV dans le cadre des SIPP afin que le Centre soit en mesure d'objectiver les services qu'ils offrent. L'étude est composée de deux volets. Le volet 1 consistait à documenter les caractéristiques sociodémographiques et psychologiques, tels la détresse psychologique et l'état de choc post-traumatique, des parents qui consultent les SIPP, ainsi que les caractéristiques sur le format des rencontres et les différentes thématiques abordées durant celles-ci. Cela servira à mieux comprendre la clientèle qui consulte les SIPP, ainsi que les services offerts. Toujours dans l'objectif de mieux comprendre qui sont les parents qui utilisent les SIPP, les participants du volet 2 ont été recrutés au moment où les parents et les enfants étaient évalués pour obtenir des services de psychothérapie pour leur enfant. Ce volet visait à comparer les parents ayant reçu des SIPP à ceux n'ayant pas reçu de SIPP, avant de débiter la psychothérapie de l'enfant. Autrement dit, ce volet vise à répondre à la question, suivante : est-ce que le groupe de parents qui recevait des SIPP présentait des caractéristiques différentes de ceux qui ne recevaient que des services pour leur enfant sur le plan sociodémographique ainsi que sur différentes variables psychologiques, tel le soutien de l'entourage, le climat familial, les stratégies d'adaptation, la détresse psychologique et les symptômes de TSPT.

# Méthodologie

## Procédure

**Chronologie de la collecte de données.** La collecte de données a été divisée en 2 temps (voir Figure 1). Le Temps 0 fait référence au moment de l’entrevue d’enquête. C’est à ce moment que les membres de la famille arrivaient pour la première fois au CEMV, qu’ils participaient à l’entrevue d’enquête et que le centre leur offrait les SIPP, en attendant que ceux-ci aient accès à des services de psychothérapie (Temps 1), si souhaités ou nécessaires. Le Temps 1 fait référence au moment où le proche de l’enfant venait au CEMV afin d’avoir accès au service de psychothérapie pour l’enfant pour la première fois. C’est aussi à ce moment qu’une évaluation psychosociale détaillée des participants est réalisée à l’aide de différents questionnaires. Certains de ces questionnaires ont été retenus dans le cadre de cette étude. C’est entre le Temps 0 et le Temps 1 que les participants qui le désiraient avaient recours aux SIPP. Plusieurs mois pouvaient s’écouler entre le Temps 0 et le Temps 1 selon la longueur de la liste d’attente pour les services de psychothérapie.

Figure 1  
*Représentation visuelle de la chronologie de l’étude*



**Volet 1 : Documenter les différents services offerts par les SIPP.** La première rencontre dans le cadre des SIPP, lors du Temps 0, était d’une durée d’environ 1h30. C’est à ce moment que l’intervenant et le proche remplissaient ensemble le Questionnaire du participant. L’intervenant

posait les questions verbalement au proche et écrivait les réponses de celui-ci sur le questionnaire. Toutefois, selon son état et ses besoins, toutes les informations contenues dans ce formulaire n'étaient pas toujours complétées lors de la première rencontre ni dans les suivantes, ce qui explique entre autres les données manquantes rapportées dans les résultats. De plus, lors de cette même rencontre, l'intervenant(e) offrait des services selon les besoins du proche et cochait ensuite, dans le Questionnaire des thématiques, les services rendus et les thématiques abordées lors de la rencontre. Les proches peuvent avoir eu plus d'une rencontre avec les intervenants des SIPP, et ce questionnaire des thématiques était rempli chaque fois.

**Volet 2 : Comparer les proches qui ont reçu les services des SIPP aux proches qui ne les ont pas reçus.** Les données pour ce volet ont été recueillies au Temps 1, soit au moment de l'évaluation psychosociale du proche et de son enfant. La comparaison entre les groupes portait sur les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques psychosociales recueillies avec les questionnaires suivants: Questionnaire sociodémographique, Ways of Coping Questionnaire (WCQ), Community Support (CS), Family Environment Scale (FES), et Indice de détresse psychologique (IDP-14). Ces questionnaires ont été remplis par le proche en compagnie d'un assistant de recherche qui pouvait expliquer les questions et au besoin les lire. Ces échelles ont été choisies, puisque nous avons vu, à la suite de la revue de la littérature, que le dévoilement d'une AS chez l'enfant pouvait influencer directement les caractéristiques évaluées par ces questionnaires.

## **Participants**

Des données administratives recueillies de 2017 à 2020 ont été utilisées. Pour le volet 1, l'échantillon était composé de 112 personnes accompagnant des enfants âgés de 6 à 12 ans ayant été victimes d'AS intrafamilial ou extrafamilial. Des 112 participants, 103 sont le parent

biologique ou adoptif de l'enfant, 4 sont le conjoint du parent et 5 représentent une figure parentale significative. Le terme proche sera utilisé pour rendre compte de l'ensemble des participants.

Le groupe de participants provenant de la banque de données recueillies par les intervenants des SIPP contenait 263 participants pour lesquels les intervenants avaient procédé à la cueillette de données. De ce nombre, les deux questionnaires, soit le questionnaire du participant et les fiches thématiques, avaient été remplis pour 112 participants, que ce soit en totalité ou en partie. Les 151 autres participants ont été exclus de l'étude puisque les intervenants des SIPP n'avaient pas rempli le questionnaire du participant, ou encore n'avaient pas rempli de fiches thématiques. Le groupe du volet 1 de l'étude était donc composé des 112 participants pour qui les intervenants des SIPP avaient rempli les deux questionnaires du moins en partie.

Pour le volet 2, une autre banque de données a été utilisée. Cette banque comprenait l'évaluation psychosociale qui était conduite avant de débiter le service de psychothérapie aux enfants (Temps 1). À partir de cette banque de données, deux échantillons avaient été constitués. Le premier échantillon était composé de 55 proches. Des 112 participants provenant du volet 1, 55 avaient complété l'évaluation psychosociale au Temps 1, soit au moment où leur enfant avait entamé une thérapie. Les 57 autres n'ont pas été retrouvés dans la banque de données. Le deuxième échantillon était composé de 65 proches qui n'avaient pas reçu de SIPP. Nous avons sélectionné seulement les proches pour lesquels l'information concernant les antécédents d'utilisation des SIPP était disponible dans la banque de données. En d'autres mots, seulement les proches dont nous avons les informations concernant leur participation ou non au SIPP ont été retenus afin de former deux échantillons distincts.

## Mesures

### Questionnaires complétés lors des rencontres dans le cadre des SIPP (Volet 1)

**Questionnaire du participant.** Ce questionnaire a été conçu par des intervenants du CEMV, avec l'aide des chercheurs de la Chaire de recherche interuniversitaire Marie-Vincent sur les enfants agressés sexuellement. Ce questionnaire était rempli par les intervenants des SIPP selon les réponses données par le(s) proche(s). Il contient une section sur les caractéristiques sociales des proches, les informations sur la famille, les informations sur l'enfant, les informations sur l'agresseur. Ce questionnaire comprend aussi deux échelles servant à mesurer l'état mental soit l'Indice de détresse psychologique (IDP-14) et le Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5).

**Indice de détresse psychologique (IDP-14).** Ce questionnaire est la version abrégée du Psychiatric Symptoms Index (PSI; Ilfeld, 1976) qui a été traduit et validé lors de l'enquête de Santé Québec (Préville et al., 1992). Il évalue, par le biais de quatre sous-échelles, la présence d'anxiété, de dépression, d'irritabilité et de problèmes cognitifs chez un individu. Quatorze items sont répondus sur une échelle variant de « jamais (0) » à « Très souvent (3) ». Plus le score est élevé, plus que le répondant présente une détresse élevée. Boyer et al. (1988) ont identifié le score clinique qui est toutefois variable, selon le sexe et l'âge. Ces seuils cliniques ont été utilisés afin de rapporter le % de personnes qui ressentaient ou non un niveau de détresse psychologique cliniquement significative. La cohérence interne des sous-échelles varie entre 0,72 et 0,83, tandis que celle pour l'ensemble du questionnaire est de 0,89 (Préville et al., 1992). L'alpha de Cronbach de la présente étude est de 0,86 pour l'échantillon de 112 participants du volet 1 et de 0,92 pour l'échantillon de 120 participants du volet 2.

**Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5).** Ce questionnaire (Prins et al., 2015) a été développé pour identifier les individus ayant des symptômes de TSPT et pouvant potentiellement avoir cliniquement ce diagnostic. Cinq items sont répondus par vrai ou faux. Le score total varie de 0 à 5. Un score de 4 ou 5 signifie que le participant présente des symptômes importants de TSPT et pourrait, à l'aide d'une évaluation plus exhaustive, potentiellement recevoir le diagnostic (Prins et al., 2015). La cohérence interne du questionnaire est de 0,80 (Lathan et al., 2023) et de 0,66 pour cette étude.

**Rencontres SIPP – Questionnaire des thématiques.** Ce questionnaire a été conçu par des intervenants du CEMV, en prenant en considération, grâce à la littérature et l'expérience terrain, les thématiques majoritairement abordées par les proches ou intervenants des SIPP dans un contexte de soutien et de gestion de crise. Le questionnaire était rempli par les intervenants des SIPP à la suite de chacune des rencontres avec un proche. L'intervenant cochait et identifiait les différentes thématiques comme étant présentes lorsqu'un service avait été rendu ou qu'une thématique avait été abordée lors de la rencontre. Au total, 13 grandes dimensions ont été divisées en deux catégories, soit le soutien au plan de la trajectoire de services et le soutien psychosocial. La première catégorie comporte : 1. Informations sur le processus médico-socio-judiciaire (1 item), 2. Informations sur les SIPP et sur les services cliniques du CEMV (1 item), 3. Transfert d'informations avec des professionnels (2 items) et 4. Coordination des services cliniques pour l'enfant (3 items). La deuxième catégorie sur le soutien psychosocial inclut : 5. Informations sur la problématique (3 items), 6. Exploration des enjeux du parent (3 items) et conséquences organisationnelles (2 items), 7. Exploration des émotions et des réactions (4 items), 8. Validation des pratiques parentales (4 items), 9. Interventions autour de la violence conjugale (1 item), 10. Rétablissement de la communication entre le parent et l'enfant entourant l'AS (2 items), 11.

Accompagnement du processus de deuil (5 items) 12. Bilan de la démarche (1 item) et 13. Finalisation de la démarche (1 item).

### **Questionnaires complétés lors des entrevues d'évaluation précédant la thérapie (Volet 2)**

Différents questionnaires ont été remplis par les proches au moment de leur prise en charge pour la thérapie de leurs enfants. Le questionnaire IDP-14, décrit ci-haut, permettait d'évaluer la détresse psychologique du proche, les autres questionnaires portaient sur leurs stratégies d'adaptation, le climat familial, et le soutien de la communauté. Seul le questionnaire servant à mesurer la santé mentale présentait des seuils cliniques. Les résultats des autres questionnaires sont comparés à la moyenne entre les sous-groupes.

**Ways of Coping Questionnaire (WCQ).** Ce questionnaire (Folkman et Lazarus, 1988; Bouchard et al., 1995) a été utilisé afin d'évaluer les stratégies mises en oeuvre par un individu face à un évènement stressant. La version abrégée est constituée de 21 items et mesure trois types de stratégies, soit la recherche du soutien social (6 items), la réévaluation positive/résolution de problèmes (9 items) et la distanciation/l'évitement (6 items). Chaque item est noté sur une échelle de type Likert de quatre choix variant de « pas utilisé (0) » à « beaucoup utilisé (3) ». Plus le score de la recherche du soutien social et de la réévaluation positive/résolution de problème est élevé, plus l'individu utilise des stratégies pour faire face à la situation. Les scores sont inversés pour l'échelle de distanciation/évitement. Ainsi, plus le score de la distanciation/évitement est élevé, moins l'individu utilise ces stratégies pour faire face à la situation. Respectivement, ces trois types de stratégies ont obtenu un coefficient de cohérence interne de 0,85, 0,80 et 0,76. Dans la présente étude, les alphas de Cronbach sont, dans le même ordre, de 0,75, 0,76 et 0,57. Aucune norme ou seuil ne sont suggérés dans l'appréciation des scores (Folkman et Lazarus, 1988; Bouchard et al., 1995 : version francophone abrégée).

**Community Support (CS).** Ce questionnaire (Hamby et al., 2015; Sampson et al., 1997 ; U.S. Air Force, 2011) évalue le soutien du voisinage et de la communauté entourant un individu. Il est composé de 9 items notés sur une échelle de type Likert en 4 points, variant de « très vrai (4) » à « pas vrai (1) ». Un score élevé indique que le proche reçoit beaucoup de soutien. Aucune norme ou seuil ne sont suggérés dans l'appréciation des scores. Le coefficient de cohérence interne est de 0,87 (Hamby et al., 2015; Sampson et al., 1997; U.S. Air Force, 2011) et de 0,90 dans la présente étude.

**Family Environment Scale (FES).** Ce questionnaire (Moos et Moos, 1981; Hébert et Parent, 1995) mesure la perception de l'environnement familial et conjugal, par le biais de 90 items répartis en dix sous-échelles. Chaque item est répondu par un vrai ou faux. La cohérence interne de chacune des sous-échelles varie entre 0,61 et 0,78. (Roosa et Beals, 1990). La sous-échelle des conflits (9 items) a été sélectionnée et complétée. Un score élevé dans cette sous-échelle indique la présence de conflit dans la famille. L'alpha de Cronbach pour cette sous-échelle est de 0,51. Aucune norme ou seuil ne sont suggérés dans l'appréciation des scores.

## **Éthique**

Lors des rencontres dans le cadre des SIPP, un formulaire de consentement a été signé par le proche afin de permettre la communication des informations entre les cliniciens et la chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants. De plus, les données du volet 2 provenaient de la banque de la chaire de recherche pour laquelle des formulaires de consentement distincts et un certificat d'éthique ont été obtenus. Ce projet a été accepté par le Comité d'éthique de la recherche en éducation et psychologie (CEREP) de l'Université de Montréal concernant l'utilisation des deux banques de données.

## **Analyses statistiques**

Des analyses préliminaires ont permis de s'assurer de la normalité de la distribution des données selon les indices d'aplatissement et d'asymétrie, ainsi que de la puissance statistique pour réaliser les analyses. Pour la première partie du volet 1, les données descriptives ont servi à dresser un portrait des caractéristiques sociodémographiques et psychologiques des participants, ainsi que des services rendus par les SIPP. Pour le volet 2, des khi-carré ont été effectués avec les données catégorielles et des test *t* ont été effectués avec des données continues, afin de comparer les proches qui ont reçu ou non les SIPP. Lorsque l'un des deux postulats du khi-carré n'était pas respecté, nous avons procédé à l'analyse du test exact de Fisher. Pour tous les test *t* réalisés, les trois postulats de base étaient respectés. En raison des multiples comparaisons, une correction de Bonferroni a été effectuée pour les analyses de khi-carré et les test *t* (Field, 2016). Concernant les données manquantes, celles-ci ont été traitées de façon *listwise* ; les participants ont donc été éliminés des calculs. Lorsque les données manquantes concernaient plus de 30% de l'échantillon, celles-ci ont été rapportées dans le texte.

## **Résultats**

### **Volet 1**

#### **Description des participants**

Le groupe de participants servant à analyser les thématiques abordées lors des séances SIPP était composé de 83 femmes et 29 hommes, qui avaient en moyenne 38,4 ans ( $\bar{E}.T = 8,3$ ); il est à noter que 36,6% des participants n'ont pas répondu à la question. La majorité des participants occupait un emploi (49,1%), avait deux enfants ou moins (53,6%) et était marié (54,5%). Concernant le nombre d'enfants ayant été victimes d'agression sexuelle dans le noyau familial, 75% des participants avaient uniquement 1 enfant ayant été victime. Au cours de leur enfance,

39,3% des participants n'ont pas été victimes d'agression sexuelle; toutefois, 33,9% n'ont pas répondu à la question.

Concernant l'état psychologique de ces proches, 55,6% rapportaient vivre une détresse psychologique atteignant un seuil clinique. Les résultats de l'échelle du TSPT démontrent que 48,4% des proches souffraient cliniquement de symptômes du TSPT. Il est à noter que ces deux questionnaires n'ont pas été complétés pour 43,8% (détresse) et 42,9% (TSPT) des proches respectivement.

### **Caractéristiques des rencontres**

Les résultats en ce qui a trait aux services offerts par les SIPP ont démontré qu'en général, les rencontres étaient d'environ une heure (moyenne de 60,5 minutes) et étaient majoritairement en présentiel (89,1% du temps). Les proches participaient à environ 4 rencontres ( $M = 3,98$ ) et les faisaient majoritairement seuls ( $M = 68,2\%$ ), donc en absence d'un(e) partenaire.

### **Description des thématiques abordées**

Le tableau 1 présente les thématiques abordées par les 112 participants ayant reçu des services SIPP pour un total de 911 rencontres. Il est à noter que chaque rencontre pouvait comprendre des interventions sur plusieurs dimensions. Ce tableau présente donc le nombre de fois sur 911 rencontres, que les thématiques ont été abordées, leur fréquence en pourcentage, ainsi que le pourcentage de participants concernés.

Quatre thématiques ont été le plus fréquemment discutées lors des rencontres offertes dans le cadre des SIPP, et ce, avec les deux tiers des proches. Il s'agit de la thématique d'exploration des émotions et des réactions (*normaliser, exprimer et reconnaître les émotions/réactions*); de l'exploration des enjeux du participant (*conséquences émotionnelles et relationnelles*); la validation des pratiques parentales (*attitudes parentales et soutien*) et les conséquences

organisationnelles (famille). Enfin, les informations sur la problématique occupaient le tiers des thématiques discutées, notamment en abordant les *conséquences* et les *facteurs de risque/protection*. Malgré le fait que ces derniers sujets n'étaient pas abordés à plusieurs reprises, respectivement, plus de la moitié des proches en ont discuté dans une rencontre lors de leur suivi. Les thématiques *Rétablir la communication entre le parent et l'enfant entourant l'AS* et *Accompagner le processus de deuil* ont également été abordées, mais seulement 15% du temps.

Ces données indiquent également que la majorité des services concernant le soutien sur le plan de la trajectoire des services sont très peu fréquents mis à part les Informations sur les SIPP et les services du CEMV, l'aide pour compléter le *Formulaire d'IVAC* et les *Informations sur le processus médico-socio-judiciaire*.

Tableau 1

*Tableau présentant la fréquence des thématiques abordées, leur pourcentage et le pourcentage des participants concernés par les thématiques.*

| <b>Catégories et thématiques abordées</b>                                | <b>fréquence<br/>(n = 911)</b> | <b>thématiques<br/>(%)</b> | <b>participants<br/>(%)</b> |
|--|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <b>Soutien sur le plan de la trajectoire des services</b>                |                                |                            |                             |
| <b>1. Informations sur le processus médico-socio-judiciaire</b>          | 143                            | 15,7                       | 33,8                        |
| <b>2. Informations sur les SIPP et les services du CEMV</b>              | 312                            | 34,2                       | 87,5                        |
| <b>3. Transfert d'informations avec des professionnels</b>               |                                |                            |                             |
| 3.1. Examen médical  | 13                             | 1,4                        | 2,3                         |
| 3.2. Demande de services   | 3                              | 0,3                        | 0,8                         |
| <b>4. Coordination des services cliniques pour l'enfant</b>              |                                |                            |                             |
| 4.1. Rendez-vous d'évaluation  | 13                             | 1,4                        | 4,9                         |
| 4.2. Formulaire IVAC, formulaire remboursement des frais de déplacements | 192                            | 21,1                       | 46                          |
| 4.3. Références personnalisées   | 80                             | 8,8                        | 17,1                        |
| <b>Soutien psychosocial</b>  |                                |                            |                             |
| <b>5. Informations sur la problématique</b>                              |                                |                            |                             |
| 5.1. Définition  | 64                             | 7,0                        | 20,2                        |
| 5.2. Conséquences  | 348                            | 38,2                       | 66,9                        |

|   |     |      |      |
|---|-----|------|------|
| 5.3. Facteurs de risques / facteurs de protection                               | 289 | 31,7 | 58,2 |
| <b>6. Exploration des enjeux du parent</b>                                      |     |      |      |
| 6.1. Conséquences émotionnelles   | 566 | 62,1 | 81,4 |
| 6.2. Conséquences physiques   | 124 | 13,6 | 24   |
| 6.3. Conséquences relationnelles  | 405 | 44,5 | 58,9 |
| <b>6.4. Conséquences organisationnelles</b>                                     |     |      |      |
| 6.4.1. Travail  | 185 | 20,3 | 36,5 |
| 6.4.2. Famille  | 589 | 64,7 | 79,1 |
| <b>7. Exploration des émotions et des réactions</b>                             |     |      |      |
| 7.1. Reconnaître les émotions / réactions                                       | 587 | 64,4 | 71,1 |
| 7.2. Exprimer les émotions / réactions  | 599 | 65,8 | 73   |
| 7.3. Normaliser les émotions / réactions  | 616 | 67,6 | 75,7 |
| 7.4. Contrôler les émotions / réactions (colère, vengeance)                     | 187 | 20,5 | 38,4 |
| <b>8. Validation des pratiques parentales</b>                                   |     |      |      |
| 8.1. Encadrement  | 376 | 41,3 | 57,8 |
| 8.2. Soutien  | 459 | 50,4 | 67,3 |
| 8.3. Conséquences / Renforcement  | 254 | 27,9 | 45,2 |
| 8.4. Attitudes parentales   | 570 | 62,6 | 73,8 |
| <b>9. Interventions autour de la violence conjugale</b>                         | 84  | 9,2  | 14,8 |
| <b>10. Rétablir la communication entre le parent et l'enfant entourant l'AS</b> |     |      |      |
| 10.1. Expliquer comment parler de l'AS  | 160 | 17,6 | 37,6 |
| 10.2. Ligne de vie  | 52  | 5,7  | 12,9 |
| <b>11. Accompagner le processus de deuil</b>                                    |     |      |      |
| 11.1. Dénier  | 29  | 3,2  | 8    |
| 11.2. Colère  | 103 | 11,3 | 23,6 |
| 11.3. Dépression  | 50  | 5,5  | 11,8 |
| 11.4. Marchandage   | 6   | 0,7  | 1,5  |
| 11.5. Acceptation   | 61  | 6,7  | 13,7 |
| <b>12. Bilan de la démarche</b>   | 48  | 5,3  | 12,2 |
| <b>13. Finalisation de la démarche</b>  | 30  | 3,3  | 9,1  |

## Volet 2

### Comparaison des proches ayant reçu ou non les SIPP

Le volet 2 consiste à brosser un portrait plus complet des participants utilisant les SIPP et de comprendre si ceux-ci présentent des caractéristiques différentes de ceux qui ne les utilisent

pas, mais qui bénéficient d'autres services du CEMV pour leur enfant. Deux groupes de proches (SIPP = 55; Non-SIPP = 65) ont été comparés et sélectionnés à une étape ultérieure au SIPP dans l'offre de services du CEMV. Les caractéristiques sociodémographiques de ces proches et de leurs enfants sont rapportées dans le tableau 2. Il s'agissait en majorité de femmes ( $M = 77,5\%$ ) âgées en moyenne de 39,5 ans ( $\acute{E}.T = 7,4$ ) et qui avaient un emploi rémunéré ( $M = 50,8\%$ ). Au cours de leur enfance, 55,8% des participants n'ont pas été victimes d'agression sexuelle. Toutefois, 17,5% n'ont pas répondu à la question. Tenant compte de la correction de Bonferoni, tous les résultats rapportés au tableau 2 n'indiquent aucune différence significative sur les variables sociodémographiques.

Tableau 2

*Données sociodémographiques (% , N ou M, É.T) de deux groupes de participants et résultats des tests statistiques.*

| <b>Variabiles</b>                          | <b>Échantillon avec SIPP (n = 55)</b> | <b>Échantillon sans SIPP (n = 65)</b> | <b>Test statistique</b> |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| <b>Sexe du répondant (%)</b>               |                                       |                                       | $X^2(1) = 0,424, ns$    |
| Féminin                                    | 81,5 (44)                             | 76,6 (49)                             |                         |
| Masculin                                   | 18,5 (10)                             | 23,4 (15)                             |                         |
| <b>Âge du répondant (M, É.T)</b>           | 38,87 (6,45)                          | 40 (8,24)                             | $t(111) = 0,806, ns$    |
| <b>Occupation actuelle (%)</b>             |                                       |                                       | $X^2(2) = 0,887, ns$    |
| Aux études                                 | 7,4 (4)                               | 10,2 (6)                              |                         |
| Emploi rémunéré                            | 53,7 (29)                             | 54,2 (32)                             |                         |
| Sans emploi                                | 38,9 (21)                             | 35,6 (21)                             |                         |
| <b>Nombre d'enfants dans la famille(%)</b> |                                       |                                       | $X^2(3) = 2,978, ns$    |
| 1  | 16,7 (9)                              | 15,3 (9)                              |                         |
| 2  | 40,7 (22)                             | 40,7 (24)                             |                         |
| 3  | 18,5 (10)                             | 18,6 (11)                             |                         |
| 4+   | 24,1 (13)                             | 25,5 (15)                             |                         |
| <b>Type d'agresseur (%)</b>                |                                       |                                       | $X^2(2) = 9,178, ns$    |
| Famille immédiate                          | 57,4 (31)                             | 56,7 (34)                             |                         |
| Famille d'élargie                          | 20,4 (11)                             | 15 (9)                                |                         |
| Connaissance                               | 22,2 (12)                             | 28,3 (17)                             |                         |
| <b>Aggression sexuelle en enfance (%)</b>  |                                       |                                       | $X^2(1) = 1,141, ns$    |
| Oui  | 37,5 (18)                             | 27,5 (14)                             |                         |

|   |             |             |                        |
|---|-------------|-------------|------------------------|
| Non   | 62,5 (30)   | 72,5 (37)   |                        |
| <b>Âge de l'enfant (M, É.T)</b>                                   | 9,04 (1,91) | 9,45 (1,81) | $t(111) = 1,206, ns$   |
| <b>Sexe de l'enfant (%)</b>                                       |             |             | $X^2(1) = 1,882, ns$   |
| Fille   | 70,9 (39)   | 81,5 (53)   |                        |
| Garçon  | 29,1 (16)   | 18,5 (12)   |                        |
| <b>Type de famille de l'enfant (%)</b>                            |             |             | Test exact de Fisher = |
| Famille d'origine   | 29,6 (16)   | 21,9 (14)   | 11,993, <i>ns</i>      |
| Famille monoparentale   | 38,9 (21)   | 46,9 (30)   |                        |
| Famille recomposée  | 31,5 (17)   | 17,2 (11)   |                        |
| Famille d'accueil   | 0 (0)       | 14,1 (9)    |                        |
| <b>Lien du répondant avec l'enfant (%)</b>                        |             |             | Test exact de Fisher = |
| Mère  | 81,5 (44)   | 63,9 (39)   | 6,388, <i>ns</i>       |
| Père  | 16,7 (9)    | 23 (14)     |                        |
| Grand-parents/mère d'accueil                                      | 1,9 (1)     | 13,1 (8)    |                        |
| <b>Plus haut niveau de scolarité atteint par le répondant (%)</b> |             |             | $X^2(2) = 1,019, ns$   |
| Études primaires/secondaires                                      | 37 (20)     | 37,3 (22)   |                        |
| Études collégiales  | 37 (20)     | 44,1 (26)   |                        |
| Études universitaires   | 25,9 (14)   | 18,6 (11)   |                        |

*Note.* Le seuil de signification a été fixé à  $p < 0,005$  pour les khi-carré et à  $p < 0,025$  pour les test *t*, selon la correction de Bonferroni.

*ns* = non significatif \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ .

Le tableau 3 présente les résultats obtenus sur les différentes échelles psychosociales, évaluant la détresse psychologique, les conflits familiaux, les stratégies de coping et le réseau de soutien des proches ayant reçu ou non des SIPP. Tenant compte de la correction de Bonferoni, aucune différence significative n'a été observée par le biais des analyses de test *t* et des khi-carré concernant les différentes variables. Puisque le résultat au score global de l'IDP-14 est non-significatif, les scores aux 4 sous-échelles n'ont pas été calculés.

Tableau 3

Résultats sur les tests psychosociaux (% , N ou M, É.T) de deux groupes de participants et résultats des tests statistiques.

| Variables                         | Échantillon avec SIPP (n = 55) | Échantillon sans SIPP (n = 65) | Test statistique    |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| <b>IDP-14 (%)</b>                 | 49,1 (26)                      | 35,7 (20)                      | $X^2(1) = 1,99, ns$ |
| <b>WCQ</b>                        |                                |                                |                     |
| Recherche de soutien social       | 8,45 (2,77)                    | 7,85 (3,58)                    | $t(105) = 0,97, ns$ |
| Résolution de problèmes           | 9,23 (2,15)                    | 9,06 (2,67)                    | $t(105) = 0,36, ns$ |
| Distanciation/évitement           | 4,13 (3,16)                    | 3,92 (3,13)                    | $t(104) = 0,34, ns$ |
| <b>FES</b>                        |                                |                                |                     |
| Beaucoup de conflits familiaux    | 3,15 (1,27)                    | 3,44 (1,65)                    | $t(105) = 0,99, ns$ |
| <b>Soutien dans la communauté</b> | 22,08 (4,39)                   | 20,15 (6,34)                   | $t(85) = 1,62, ns$  |

Note. Le seuil de signification a été fixé à  $p < 0,008$  pour les test  $t$ , selon la correction de Bonferroni.

$ns$  = non significatif \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$ .

Ces résultats suggèrent qu'entre le tiers et la moitié des participants ressentait une détresse clinique significative. Concernant les stratégies d'adaptation, les deux groupes avaient tendance à utiliser davantage la stratégie de recherche de soutien social ( $M = 8,15/18$ ) que la résolution de problèmes ( $M = 9,15/27$ ) et utilisaient peu fréquemment la distanciation et l'évitement (4,03/18). En ce qui a trait à la sous-échelle du fonctionnement familial (FES), peu de conflits ont été rapportés dans l'environnement familial ( $M = 3,3/9$ ). Concernant le soutien reçu de la communauté, en moyenne, les groupes de proches ont un résultat de 21,1/36. Ils ne recevaient donc pas particulièrement ou non de soutien dans leur communauté.

## Discussion

L'objectif du volet 1 de cette étude était de brosser un portrait détaillé des SIPP, notamment en ce qui a trait à la clientèle, les caractéristiques sur le format des rencontres et les thématiques

abordées lors de celles-ci. L'objectif du volet 2 était de comparer les proches ayant reçu des SIPP à ceux n'ayant pas reçu de SIPP, avant de débiter la psychothérapie de l'enfant, afin de voir si le groupe de proches qui reçoivent des SIPP présentait des caractéristiques différentes de ceux qui ne recevaient que des services pour leur enfant et s'ils présentaient moins de détresse et de problèmes relationnels avec leurs enfants au moment où les enfants bénéficiaient de services de psychothérapie.

Toutefois, certaines limites méthodologiques n'ont pas permis d'atteindre pleinement ces objectifs. Entre autres, les questionnaires n'ont pas été complétés de façon assidue, puisque la passation de ceux-ci n'était pas systématique. En effet, les données disponibles concernaient 112 participants sur un potentiel de 263. De plus, concernant les données sociodémographiques pour les 112 participants retenus, les données manquantes représentent au maximum 33,9% de l'échantillon, et au maximum 43,8% en ce qui a trait aux données psychosociales. Ainsi, les résultats de la présente étude doivent être interprétés avec précaution, puisqu'ils pourraient ne pas être représentatifs de la clientèle qui a consulté les SIPP du CEMV au cours de la période à l'étude.

### **Caractéristiques de la clientèle**

Concernant l'objectif qui consistait à documenter les caractéristiques de la clientèle qui consulte les SIPP, nous avons observé qu'il s'agissait majoritairement de femmes mariées qui avaient un emploi rémunéré et deux enfants ou moins, ce qui concorde avec les études antérieures qui ont porté sur les enfants agressés sexuellement. À titre d'exemple, la méta-analyse de St-Amant et al. (2022) portait sur 18 études documentant l'effet de 24 interventions offertes aux PNA. Des 809 PNA, 90% étaient des femmes. Dans des études récentes menées auprès de la clientèle du CEMV et ayant porté sur le soutien (Cyr et al., 2014) et la santé physique et mentale (Cyr et al., 2016, 2018), la proportion de femmes était trois fois supérieure à celle des hommes.

Sur le plan psychologique, environ la moitié des participants rapportaient des symptômes cliniques de détresse psychologique et de TSPT au moment des rencontres SIPP. Ces chiffres concordent avec les études antérieures concernant la détresse psychologique (p. ex., Cyr et al., 2016). Ceci pourrait entre autres expliquer que ces proches aient eu recours au SIPP pour composer avec l'impact émotionnel du dévoilement de l'AS de l'enfant. En ce qui a trait aux TSPT, davantage de participants de cette étude rapportaient des symptômes cliniques de TSPT (42,9%), en comparaison aux participants de l'étude de Cyr et al. (2014; pères = 7,1%, mères = 13,1%). Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que les données analysées dans l'étude de Cyr et al. (2014) étaient recueillies en moyenne une année après le dévoilement, soit au moment des services de psychothérapie, alors que celles recueillies par les SIPP sont plus proches du moment du dévoilement. L'impact de celui-ci est possiblement le plus grand.

Les résultats de la présente étude mettent aussi en lumière une légère diminution entre le nombre de proches rapportant de la détresse psychologique, recueilli au temps 0 avec les 112 participants (55,6%), et celui recueilli au temps 1 avec les 55 participants ayant utilisé les SIPP (49,1%). Ce pourcentage n'est pas statistiquement différent des proches n'ayant pas reçu de SIPP (35,7%). Puisque le délai entre l'arrivée des proches au CEMV et le début du traitement de l'enfant pouvait être long, soit de quelques mois à plus d'une année, une hypothèse serait que le passage du temps aurait eu potentiellement un effet sur les symptômes de détresse chez les proches, que ceux-ci aient reçu des SIPP ou non. Les théories sur l'état de crise (Yeager et Roberts, 2015) suggèrent qu'un individu ne peut pas demeurer dans un état de crise à long terme. Cela permet de poser l'hypothèse que le passage du temps pourrait avoir un effet sur l'ajustement des proches au fil du temps. C'est également ce que suggèrent les résultats de Cyr et al. (2018). Par le biais des

résultats de leur étude longitudinale, les résultats indiquent que l'état de détresse psychologique des mères a tendance à diminuer au cours des deux années suivant le dévoilement.

De plus, les résultats du deuxième volet de l'étude, qui consistait à comparer les proches ayant reçu des SIPP à ceux n'ayant pas reçu de SIPP, nous permet de tracer un profil similaire tant sur le plan sociodémographique qu'au niveau du soutien dans la communauté, des conflits familiaux, de la détresse psychologique, des stratégies d'adaptation. Ainsi, ces résultats nous indiquent que la clientèle qui a recours au SIPP ne semble pas constituer un sous-groupe particulier de la clientèle du CEMV. Une autre hypothèse pour expliquer ce phénomène serait que les proches ayant reçu les SIPP avaient possiblement plus de symptômes et de problèmes familiaux ou sociaux que les autres n'en ayant pas reçu à la suite du dévoilement de leur enfant. Dans cette optique, l'intervention les aurait potentiellement ramenés aux niveaux des autres proches, au moment de commencer la psychothérapie pour leur enfant. Toutefois, un devis de recherche pré-post test avec les deux échantillons aurait été nécessaire pour valider cette hypothèse.

Cette absence de différences significatives nous pousse donc à nous demander ce qui fait en sorte que certains proches consultent et d'autres pas, puisque les différences ne sont pas explicables par le biais des données sociodémographiques et psychosociales. Nous pouvons donc inférer qu'il y a d'autres facteurs qui n'ont pas été mesurés dans la présente étude qui pourraient potentiellement influencer le stress de ces proches. Comme rapporté dans le contexte théorique, à la suite d'un dévoilement, les parents peuvent vivre des bouleversements dans plusieurs sphères de leur vie (Dyb et al., 2003; Tremblay et al., 2017), puisque certains doivent déménager, vivent des difficultés au travail et ont des problèmes de santé physique. Ces facteurs devraient donc être considérés afin de savoir s'ils influencent les proches à utiliser les SIPP ou non.

### **Caractéristiques des rencontres et thématiques abordées.**

Selon les données recueillies, les participants ont pris part à approximativement 4 rencontres, d'une durée environ d'une heure chacune. Ces rencontres se déroulaient majoritairement en présentiel et de façon individuelle, soit en l'absence de partenaire. Ces résultats pourraient indiquer que les rencontres répondent à des besoins puisque les proches ont eu recours à plus d'une rencontre.

Un des objectifs de cette étude était aussi d'examiner les thématiques discutées lors des rencontres, afin de mieux comprendre à quels besoins répondent les SIPP. Ceci a été fait de deux façons, soit en regardant avec combien de proches chaque thématique a été abordée, et en évaluant l'importance de la thématique par le nombre de fois où elle a été discutée.

Comme rapporté dans le contexte théorique, le dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant peut affecter les parents sur le plan de leurs fonctions parentales et de leur capacité à soutenir leur enfant (Proulx-Beaudet, 2018, Romano, 2013), en plus de générer de la détresse chez ceux-ci. Dans la catégorie du soutien psychosocial, il n'est donc pas surprenant de constater que les thématiques qui étaient les plus abordées et qui concernaient la majorité des participants étaient l'exploration des émotions et des réactions, ainsi que la validation des pratiques parentales. Ces résultats concordent également avec les études qui suggèrent que les proches peuvent avoir plusieurs réactions à la suite d'un dévoilement, dont l'ambivalence (Bolen et Lamb, 2004; DeDilectis, 2022) et qu'ils peuvent mettre en doute leurs compétences parentales, entre autres parce que ceux-ci n'ont pas pu empêcher l'AS de se produire (Romano, 2103). Aussi, dans la catégorie de l'exploration des émotions, les conséquences émotionnelles ont été abordées par 81,4% des participants. Nous pouvons constater que cet enjeu est important, puisqu'il occupait 62,1% des rencontres.

L'ensemble de ces résultats concordent avec les études qui ont soulevé des difficultés chez les proches à soutenir leur enfant, à assumer certaines fonctions parentales, à être disponibles pour leur enfant ou encore à l'accompagner de façon optimale dans son cheminement menant à son rétablissement, dû aux difficultés rencontrées dans les différentes sphères de leur vie (Cyr et al., 2011; Lewin et Bergin, 2001; Romano 2013).

En ce qui a trait à la catégorie du soutien sur le plan de la trajectoire des services, ces thématiques étaient moins fréquemment abordées. L'une des thématiques qui a concerné le moins de participants était le transfert d'informations avec les professionnels, notamment des informations sur l'examen médical (2,3%) et les demandes de services (0,8%). Ce résultat est étonnant puisque l'une des fonctions des SIPP est de servir de courroie de transmission avec les différents partenaires du centre d'appui aux enfants et adolescents (CYAC). Il se peut que la nature incomplète de nos données sur les thématiques ait fait en sorte que ces dimensions n'ont pas été documentées autant qu'elles auraient dû l'être. Une autre hypothèse serait que, puisque les services sont tous réunis sous le même toit au CEMV (Fondation Marie-Vincent, s. d.), les participants n'ont pas les mêmes besoins qu'un proche qui doit se coordonner avec des partenaires externes.

La deuxième thématique la moins abordée était l'accompagnement dans le processus de deuil. Comme rapporté par Elliott et Carnes (2001), l'expérience entourant le dévoilement de l'AS d'un enfant peut-être comparable à la perte tragique d'un enfant. Il aurait donc été attendu que cette thématique soit davantage discutée avec les proches. Il est possible que certaines dimensions de cette thématique, notamment la gestion de la colère et de la dépression, aient plutôt été codifiées dans la section portant sur l'exploration des émotions et des réactions. Si tel est le cas, cela indiquerait que certains items de la grille pourraient présenter des lacunes sur le plan de l'opérationnalisation et devraient être révisés.

Les résultats suggèrent toutefois que la majorité des proches (87,5%) ont reçu une description des services offerts à Marie-Vincent et le tiers d'entre eux ont reçu de l'aide pour remplir les formulaires d'IVAC, ce qui est en accord avec les principes de bases des CYAC. En effet, les CYAC visent également à guider et aider la famille dans les diverses procédures (p. ex., examen médical, rendez-vous avec les avocats, formulaires d'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) à compléter ; Hébert et Séguin, 2011).

### **Limites et forces**

L'une des limites de cette étude, en plus de celle mentionnée quant à la représentativité de cet échantillon de participants au SIPP, est que les données psychosociales n'ont été recueillies qu'à un seul moment, soit avant le début des traitements pour l'enfant, donc longtemps après que les proches aient reçu les SIPP. Cela empêche donc d'analyser l'impact du service par le biais du pré-test post-test sur ces dimensions. Une autre limite est que les données sur le délai entre l'entrevue d'enquête et l'évaluation psychosociale n'ont pas été recueillies. Cela aurait permis de brosser un portrait plus réaliste du cheminement moyen entrepris par les proches au CEMV. Il est également à noter qu'une partie des services ont dû être transférés en suivi de télépratique, étant donné la survenue de la COVID en 2019. Ceci concerne 17,5% des participants. Nous ne savons pas si la télépratique aurait pu avoir un impact sur une fin prématurée ou une absence de suivi. Les services ont été offerts malgré la pandémie, mais il se pourrait que certains proches, dû par exemple aux modalités (p. ex., par Zoom), aient préféré refuser. Certaines échelles (stratégies d'adaptation de distanciation/évitement, conflit dans la famille) présentaient des coefficients alpha plutôt faibles, limitant également la qualité de la mesure recueillie.

Malgré les lacunes évoquées, une des forces de la présente étude est qu'elle permet de brosser un portrait de personnes se retrouvant dans un environnement naturel. En effet, plusieurs

limites découlent du fait que cette étude est une recherche faite sur le terrain, toutefois, cela constitue également une force quant à la validité externe. Une autre force de cette étude est qu'elle contribue à l'avancement des connaissances dans un domaine où il y a un manque de ressources et de recherche concernant l'implantation de suivis individuels offerts aux proches plutôt que des services de groupe tels que rapportés par St-Amand et al., 2022. Cette étude permet donc au CEMV de mieux comprendre leurs services, afin d'éventuellement les améliorer. De plus, cela pourrait potentiellement inspirer d'autres organismes à instaurer ce type de service, ou encore les inspirer à vouloir faire une étude sur celui-ci, afin de le documenter.

### **Recherches futures**

Afin de pouvoir brosser un portrait exact de la clientèle et des services offerts par les SIPP, il serait important de pouvoir procéder à une prise de données systématiques par les intervenants du milieu. Plusieurs difficultés peuvent découler d'une collecte de données effectuée dans le cadre de services offerts à des individus potentiellement en état de crise. Il faudrait donc essayer de surmonter ces difficultés en trouvant une méthodologie adaptée à la réalité des intervenants, dans les études futures.

De plus, il serait intéressant de faire un pré-test et post-test avec les proches qui ont utilisé les SIPP, en comparaison à ceux qui ne les ont pas utilisés. Le premier questionnaire pourrait être distribué aux proches, utilisant les SIPP ou non, dès leur arrivée au CEMV. Le deuxième questionnaire pourrait ensuite être rempli au temps 1, soit le début du traitement de l'enfant, par les proches utilisant les SIPP ou non. Aussi, il serait important d'inclure d'autres dimensions dans les mesures, tel que mentionné plus haut. Il pourrait également être intéressant d'ajouter un questionnaire de satisfaction, afin de savoir ce que les proches ont trouvé utile ou non dans le

service offert des SIPP. Nous pourrions donc avoir des conclusions plus précises quant à l'impact de ces services sur les utilisateurs.

Finalement, nous pourrions évaluer l'effet des SIPP sur les enfants de ces proches. En effet, comme vu dans le contexte théorique, les proches sont considérés comme un facteur de protection et sont primordiaux au rétablissement de l'enfant. Il serait donc intéressant de voir si les enfants de répondants ayant reçu des SIPP sont différents, basés sur des caractéristiques psychologiques (détresse, TSPT, stratégies d'adaptation, etc.), des enfants de répondants n'ayant pas reçu de SIPP. En d'autres mots, une recherche ultérieure pourrait étudier l'impact des SIPP sur les proches et indirectement sur les enfants.

## **Conclusion**

En conclusion, les résultats découlant des analyses des deux volets suggèrent que la clientèle ayant eu recours aux SIPP ne diffère pas de la clientèle qui ne les a pas utilisés, au niveau des variables psychosociales et sociodémographiques mesurées. Toutefois, en ce qui a trait aux thématiques abordées lors des rencontres, les résultats suggèrent que les SIPP se concentraient majoritairement sur le soutien psychosocial, plus particulièrement sur le soutien émotionnel des proches. Afin de pouvoir prodiguer une évaluation exacte et complète des SIPP, il faudrait revoir le fonctionnement de la collecte de données et adapter celle-ci à la réalité des intervenants du milieu, dans le but de parvenir à une collecte systématique des données.

## Références

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., et Sareen, J. (2016). *Child abuse and physical health in adulthood*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2016003/article/14339-eng.pdf>
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., et Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma, Violence & Abuse*, 20(2), 260–283. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- Allard, M.-A., Cyr, M., et Fernet M. (2011). Impact psychologique sur des pères non-agresseurs du dévoilement d'une agression sexuelle par un enfant. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 11(4), 239-250. <https://doi.org/1866/10813>
- Azzopardi, C., Eirich, R., Rash, C. L., MacDonald, S., et Madigan, S. (2019). A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. *Child Abuse & Neglect*, 93, 291–304. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.020>
- Banyard, V.L., Williams, L.M., et Siegel, J.A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9(3), 223-238. <https://doi.org/10.1177/107755904266914>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., et Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Bartoli, A., Sebai, J. et Gozlan, G. (2020). Les cases-managers en santé mentale : des ç professionnels en quête de définition. *Management & Avenir Santé*, 1(6), 83-104. <https://doi.org/10.3917/mavs.006.0083>
- Boisvert, M. (2017). *L'importance de l'alliance thérapeutique en contexte de relation d'aide auprès d'adolescents victimes d'agressions sexuelles et leurs proches*. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22334>
- Boivin, J., et Boucher-Dandurand, J. (2009). *Comment protéger nos enfants contre les agresseurs sexuels, pédophiles et autres prédateurs*. Les éditeurs réunis.
- Bolen, R. M. et Lamb, J. L. (2004). Ambivalence of nonoffending guardians after child sexual abuse disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 185-211. <https://doi.org/10.1177/15248380020031003>
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C. et Wright, J. (1995). Communication brève, nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales: Présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27, 371-377.
- Bourcet, S. et Gravillon, I. (2004). *Mon enfant a été agressé : dans la rue, à l'école, à la maison*. Albin Michel.
- Boyer, R., Préville, M., Légaré, G. et Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 38(5), 339–343. <https://psycnet.apa.org/record/1994-85093-001>
- Brière, J. N. et Elliot, D.M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future of Children*, 4(2), 54-69. <https://doi.org/10.2307/1602523>

- Case Management Society of America. (s. d.). *What is a Case Manager?* Case Management Society of America. <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>
- Centre d'appui aux enfants et à la jeunesse. (s. d.). *Bienvenue*. Centre d'appui aux enfants et à la jeunesse. <https://cac-cae.ca/?lang=fr>
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. Dans A.E. Kazdin (dir.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (4e éd., p. 279-284). American Psychological Association.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I. et Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 22–32. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-22>
- Cross, D., Vance, L. A., Kim, Y. J., Ruchard, A. L., Fox, N., Jovanovic, T. et Bradley, B. (2018). Trauma exposure, PTSD, and parenting in a community sample of low-income, predominantly African American mothers and children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 327–335. <https://doi.org/10.1037/tra0000264>
- Cross, T. P., Jones, L. M., Walsh, W. A., Simone, M., Kolko, D. J., Szczepanski, J., Lippert, T., Davison, K., Cryns, A., Sosmowski, P., Shadoin, A. et Magnuson, S. (2008). Trauma exposure, PTSD, and parenting in a community sample of low-income, predominantly African American mothers and children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(3), 327–335. <https://doi.org/10.1037/tra0000264>
- Cyr, M., Frappier, J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P. et Turcotte, M.-E. (2006). Psychological and physical health of nonoffending parents after disclosure of sexual abuse of their child. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 757-776. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2016.1228726>
- Cyr, M., Frappier, J.-Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P. et Turcotte, M.-E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of their non-offending parent: A longitudinal perspective. *Journal of Child Custody*, 15(2), 147-167. <https://doi.org/10.1080/15379418.2018.1460649>
- Cyr, M., Hébert, M., Frappier, J.-Y., Tourigny, M., McDuff, P. et Turcotte, M.E. (2014). Parental support provided by non-offending caregivers to sexually abused children: A comparison between mothers and fathers. *Journal of Child Custody*, 11(3), 216–236. <https://doi.org/10.1080/15379418.2014.954688>
- Cyr, M., McDuff, P. et Hébert, M. (2013). Support and profiles of nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 209-230. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.737444>
- Cyr, M., Zuk, S. et Payer, M.. (2011). Le profil et l'évaluation des parents dont les enfants ont été agressés sexuellement. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 253-302). Les Presses de l'Université du Québec.
- Daignault, I. V., Cyr, M. et Hébert, M. (2017). Working with non-offending parents in cases of child sexual abuse. Dans L. Dixon, D. F. Perkins, C. Hamilton-Giachritsis et L. A. Craig (dir.), *The Wiley Handbook of What Works in Child Maltreatment: An Evidence-Based Approach to Assessment and Intervention in Child Protection* (p. 415-432). John Wiley & Sons.

- DeDilectis, M. (2022). *Personality and the association to non-offending caregiver reactions to their child's sexual abuse disclosure*(publication n° 29252192) [thèse de doctorat, Willilam Paterson University of New Jersey]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N. et Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: Impacts on parents. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 939-950. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00141-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00141-8)
- Elliott, A. et Carnes, C. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314–331. <https://doi.org/10.1177/1077559501006004005>
- Elmqvist, J., Shorey, R. C., Febres, J., Zapor, H., Klostermann, K., Schratte, A. et Stuart, G. L. (2015). A review of Children's Advocacy Centers' (CACs) response to cases of child maltreatment in the United States. *Aggression and Violent Behavior*, 25(Part A), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.07.002>
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., et Horwood, L.J. (2013). Childhood self-control and adult outcomes: results from a 30-year longitudinal study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(7), 709–717. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.04.008>
- Field, A. (2016). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4<sup>e</sup> ed.). Sage.
- Flores, J., Laforest, J. et Joubert, K. (2016). *La violence vécue par les Québécois avant l'âge de 16 ans et la santé à l'âge adulte: quels sont les liens*. Bulletin Zoom santé. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-56-la-violence-vecue-par-les-quebecois-avant-lage-de-16-ans-et-la-sante-a-lage-adulte-quels-sont-les-liens-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>
- Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Consulting Psychologists Press.
- Fondation Marie-Vincent. (s. d.). *Quels services sont offerts à la fondation Marie-Vincent?* Fondation Marie-Vincent. <https://cdn.marie-vincent.org/wp-content/uploads/2020/10/Quels-sont-les-services-offerts.pdf>
- Fong, H. F., Bennett, C. E., Mondestin, V., Scribano, P. V., Mollen, C. et Wood, J. N. (2020). The impact of child sexual abuse discovery on caregivers and families: A qualitative study. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(21-22), 4189–4215. <https://doi.org/10.1177/0886260517714437>
- Gallo, A., Wertz, C. et Blavier, A. (2016). Quand l'enfant révèle un abus sexuel: le vécu du couple, ses fonctions et conséquences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(8), 498-507. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2016.08.001>
- Giardino, A. P. et De Jesus, O. (2023, 14 août). *Case Management*. StatPearls. Repéré le 29 décembre 2023 à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562214/>
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S. et Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse Neglect*, 38(2): 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.001>
- Hamby, S., Grych, J. et Banyard, V. L. (2015). *Life paths measurement packet: Finalized scales*. Sewanee, the university of the south. <https://lifepathsresearch.org/wp-content/uploads/2021/10/Life-Paths-Measurement-Packet-finalized-scales-Aug-2015-Color-front-and-back.pdf>

- Harris, R.C. et Popejoy, L.L. (2019). Case Management: An evolving role. *Western Journal of Nursing Research*, 41(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/0193945918797601>
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. dans M. Hébert, M. Cyr, et M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Vol. 1, pp. 149-204). Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M. et Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child sexual abuse among a representative sample of Quebec high school students: Prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(12), 846–854. <https://doi.org/10.1177/0706743719861387>
- Hébert, M., Lavoie, F. et Blais, M. (2014). Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(3), 685-694. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.15972013>
- Hébert, M. et Parent, N. (1995). *Traduction française du Family Relationships Index (FRI; Holahan et Moos, 1981* [document inédit]. Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- Hébert, M. et Séguin, R. (2011). *Évaluation du programme de services personnalisés aux parents*. Rapport de recherche présenté à Condition Féminine Canada. Centre d'Expertise Marie-Vincent.
- Hébert, M., Tourigny, M., Allard-Dansereau, C. et Cyr, M. (2011). *L'agression sexuelle envers les enfants*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Heffernan, K. et Blythe, B. (2014). Evidence-based practice: developing a trauma-informed lens to case management for victims of human trafficking. *Global Social Welfare*, 1, 169–177 (2014). <https://doi.org/10.1007/s40609-014-0007-8>.
- Ilfeld, F.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215–28. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215>
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kilroy, S. J., Egan, J., Maliszewska, A. et Sarma, K. M. (2014). "Systemic trauma": the impact on parents whose children have experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(5), 481–503. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.920458>
- Knott, T. et Fabre, A. (2014). Maternal response to the disclosure of child sexual abuse: Systematic review and critical analysis of the literature. *Child Abuse Accusations*, 20, <https://www.proquest.com/docview/1545337721?sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Kumar, G.S. et Klein, R. (2013). Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: A systematic review. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(3), 717-729. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.08.035>
- Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380\\_rapport\\_quebecois\\_violence\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf)

- Langevin, R., Hébert, M., Allard-Dansereau, C. et Bernard-Bonnin, A. C. (2016). Emotion regulation in sexually abused preschoolers: The contribution of parental factors. *Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 180–184. <https://doi.org/10.1002/jts.22082>
- Lecomte, T. et Leclerc, C. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122-142. <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/1986-v11-n2-smq1207/030352ar.pdf>
- Lewin, L. et Bergin, C. (2001) Attachment behaviors, depression, and anxiety in nonoffending mothers of child sexual abuse victims. *Child Maltreatment*, 6(4), 365-375. <https://doi.org/10.1177/1077559501006004009>
- MacMillan, H. L., Jamieson, E. et Walsh, C. A. (2003). Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1397-1408. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.06.003>
- Mathews, B. et Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
- Moos, R. H. et Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale manual*. Consulting Psychologists Press.
- Myrick, A. C. et Green, E. J. (2013). A play-based treatment paradigm for nonoffending caretakers: Evidence-informed secondary trauma treatment. *International Journal of Play Therapy*, 22(4), 193–206. <https://doi.org/10.1037/a0034560>
- Nooner, K.B., Linares, L.O., Batinjane, J., Kramer, R.A., Silva, R. et Cloitre, M. (2012). Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma Violence Abuse*, 13(3), 153-66. <https://doi.org/10.1177/1524838012447698>
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Maltraitance des enfants*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. et Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328–338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>
- Prévaille, M., Boyer, R., Potvin, L. et Perreault, C. (1992). *La détresse psychologique : déterminants de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Cahier de la recherche.
- Prins, A., Bovin, M.J., Kimerling, D.G., Marx, B.P., Pless, A. et Schnurr, P.P. (2015). *Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/pc-ptsd5-screen.pdf>
- Proulx-Beaudet, L. (2018). *Regard croisé sur l'expérience des pères et des mères non-agresseurs à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant* [Mémoire, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22233>
- Rasho, A. (2009). *Le processus de victimité secondaire chez l'enfant victime d'agression à caractère sexuel : Double approche, victimologie clinique, psychologie judiciaire appréhension par le discours de professionnels du parcours socio-judiciaire* [Thèse de doctorat, Université Rennes 2]. HALtheses. <https://theses.hal.science/tel-02083590>
- Romano, H. (2013). *L'enfant face au traumatisme*. Dunod.

- Roosa, M.W. et Beals, J. (1990), Measurement issues in family assessment: The case of the Family Environment Scale. *Family Process*, 29, 191-198. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1990.00191.x>
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W. et Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924. <http://dx.doi.org/10.1126/science.277.5328.918>
- Serin, H. (2018). Non-abusing mothers' support needs after child sexual abuse disclosure: A narrative review. *Child & Family Social Work*, 23, 539–548. <https://doi.org/10.1111/cfs.12455>
- St-Amand, A., Servot, S., Pearson, J. et Bussi eres,  .-L. (2022). Effectiveness of interventions offered to non-offending caregivers of sexually abused children: A meta-analysis. *Canadian Psychology*, 63(3), 339–356. <https://doi.org/10.1037/cap0000296>
- Stoltenborgh, M. Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. et Van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn M.H., Euser E.M. et Bakermans-Kranenburg M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Tavkar, P. et Hansen, D.-J. (2011). Interventions for families victimized by child sexual abuse: Clinical issues and approaches for child advocacy center-based services. *Aggression and Violent Behavior*, 16(3), 188-199. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.02.005>
- Tourigny, M. et Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance: ampleur et facteurs de risque. Dans M. H ebert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1, p. 7-50). Les Presses de l'Université du Québec.
- Tremblay, L. (2016). *Stratégie d'adaptation et de soutien de parents d'enfants victimes d'agression sexuelle : une étude comparative entre les pères et les mères* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Constellation. [https://constellation.uqac.ca/4026/1/Tremblay\\_uqac\\_0862N\\_10226.pdf](https://constellation.uqac.ca/4026/1/Tremblay_uqac_0862N_10226.pdf)
- U.S. Air Force. (2011). 2011 Air force community assessment survey: Survey data codebook. Lackland Air Force Base. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.3618.2881>
- Van Toledo, A. et Seymour, F. (2016) Caregiver needs following disclosure of child sexual abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(4), 403-414. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1156206>
- Wise, A. E. et Delahanty, D. L. (2017). Parental factors associated with child post-traumatic stress following injury: A consideration of intervention targets. *Frontiers in Psychology*, 8, 1412. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01412>
- Yeager, K.R. et Roberts, A. (2015). *Crisis intervention handbook* (4<sup>e</sup> edition). Oxford University Press.