

**Facteurs influençant
le soutien des mères
dont les enfants
sont agressés sexuellement**

RAPPORT DE RECHERCHE
PRÉSENTÉ AU
CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE

PAR
Mireille Cyr, John Wright, Jean Toupin, Jacqueline
Oxman-Martinez

Février 2001

HV
6570.9
.Q44
F338
2001

INSPO - Montréal



3 5567 00004 6364

**Facteurs influençant
le soutien des mères
dont les enfants
sont agressés sexuellement**

RAPPORT DE RECHERCHE
PRÉSENTÉ AU
CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE

PAR
Mireille Cyr, John Wright, Jean Toupin, Jacqueline
Oxman-Martinez

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
CENTRE DE DOCUMENTATION
MONTRÉAL

Février 2001

HV
6570-7-03
C997P
8001

**Mireille Cyr, Ph.D et John Wright, Ph.D. sont professeurs titulaires
au Département de psychologie de l'Université de Montréal**

**Jean Toupin, Ph.D. est professeur titulaire
au Département d'éducation spécialisée de l'Université de Sherbrooke**

**Jacqueline Oxman-Martinez, Ph.D. est chargée de recherche
au Centre d'études appliquées sur la famille de l'Université McGill**

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2001

Bibliothèque nationale du Canada, 2001

ISBN- 2-921486-20-2

Remerciements

Cette recherche a été réalisée grâce au Conseil québécois de la recherche sociale qui en a assuré le financement (Subvention RS-2962). La réalisation de cette étude n'aura pu se faire sans la précieuse collaboration de nombreuses personnes. Nous tenons d'abord à remercier les intervenants et intervenantes des Centres jeunesse de la Mauricie-Centre du Québec, de Lanaudière et de la Montérégie de même que leur coordonnateur et coordonnatrice qui ont collaboré au recrutement des mères et des victimes et qui nous ont fourni les informations sur les caractéristiques de l'agression. Sans leurs efforts réguliers et constants de sollicitation, nous n'aurions pu rencontrer autant de dyades mère-enfant. La réalisation de l'étude a demandé une coordination dynamique et efficace qui fut assurée alternativement par Chantal Thériault, Michelle Brunelle, Roxanne Perreault, Isabelle Michaud et Evelyne Bernèche. En plus de la coordination, elles ont réalisé également des entrevues auprès des mères et des victimes en collaboration avec Nathalie Couture, Caroline Cinq-Mars, Yvan Turcotte, Ève-Marie Poulin, Carmen Lemelin, Delphine Collin-Vézina, Rhéa Dufresne et François-Luc Desaulniers. Tous et toutes ont fait preuve d'une grande disponibilité et de professionnalisme dans la conduite des entretiens auprès des mères et des enfants. Tout ce travail a été soutenu par des assistants de recherche qui ont collaboré à différentes tâches mais principalement à l'informatisation des données et à leur vérification. Pour leur minutie et leur patience, nous remercions Isabelle Guay, Mélissa Henri, Jacynthe Dion et Emilie Jouvin. Ce rapport n'aurait pu être achevé sans le soutien et le travail au plan statistique de Line Tremblay et de Pierre McDuff et sans celui de Louise-May Blanchet et de Céline Milette qui ont assuré le soutien administratif et le travail de secrétariat. Nous sommes reconnaissants de leur compétence, de leur efficacité et de leur dévouement. Finalement, nous tenons à remercier les victimes et leur mère qui ont accepté de nous faire part de leurs préoccupations et de leur situation. Sans leur témoignage cette recherche n'aurait pu voir le jour.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
RÉSUMÉ.....	I
FACTEURS INFLUENÇANT LE SOUTIEN DES MÈRES DONT LES ENFANTS SONT AGRESSÉS SEXUELLEMENT	1
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	1
INCIDENCE DE L'AGRESSION SEXUELLE	1
LES SÉQUELLES PSYCHOSOCIALES OBSERVÉES CHEZ LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	2
L'IMPORTANCE DU SOUTIEN MATERNEL	2
SOUTIEN MATERNEL ET ADAPTATION DE L'ENFANT	4
CONCEPTUALISATION ET MESURE DU SOUTIEN MATERNEL	4
LES DÉTERMINANTS DU SOUTIEN MATERNEL.....	6
LA PRÉSENTE ÉTUDE.....	9
MÉTHODE.....	10
DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE	10
SUIETS.....	10
INSTRUMENTS DE MESURE.....	13
RÉSULTATS.....	18
TESTS STATISTIQUES	18
A- LE SOUTIEN MATERNEL SPÉCIFIQUE À L'AGRESSION SEXUELLE ET SES DÉTERMINANTS.....	18
<i>Description du soutien maternel.....</i>	19
<i>Sous-groupes de mères selon le niveau de soutien offert.....</i>	20
<i>Comparaison des mères selon la dimension émotionnelle du soutien offert.....</i>	23
<i>Les déterminants du soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle.....</i>	25
B- LE SOUTIEN MATERNEL NON SPÉCIFIQUE À L'AGRESSION SEXUELLE ET SES DÉTERMINANTS.....	26
<i>Les déterminants des soutiens non spécifiques.....</i>	31
C. PRÉDICTIONS DES SYMPTÔMES DES VICTIMES PAR LE SOUTIEN SPÉCIFIQUE, LE SOUTIEN NON SPÉCIFIQUE ET LEURS DÉTERMINANTS.....	32
<i>Description des symptômes des enfants victimes.....</i>	33
<i>Prédiction des symptômes extériorisés.....</i>	35
<i>Prédiction des symptômes intériorisés.....</i>	35
<i>Prédiction des symptômes post-traumatiques.....</i>	36
<i>Prédiction des comportements sexualisés inadaptés.....</i>	36
DISCUSSION	36
LE SOUTIEN MATERNEL SUITE AU DÉVOILEMENT.....	37
LE SOUTIEN NON SPÉCIFIQUE À L'AGRESSION SEXUELLE	40
LE SOUTIEN MATERNEL ET L'ADAPTATION DE L'ENFANT	41
PISTES D'INTERVENTIONS.....	44
LIMITES DE LA PRÉSENTE ÉTUDE ET PISTE DE RECHERCHES FUTURES.....	45
RÉFÉRENCES.....	46

Résumé

Cette étude a pour objectif d'examiner d'une part, les caractéristiques du soutien maternel suite au dévoilement d'une agression sexuelle et d'identifier ses déterminants et, d'autre part, de vérifier dans quelle mesure le soutien maternel est en lien avec une meilleure adaptation des enfants. Les études cliniques de même que les recherches empiriques menées auprès de survivantes d'agression sexuelle, soulignent l'importance du soutien maternel pour contrer les effets négatifs provoqués par l'agression sexuelle. Malgré ce large consensus, cette variable a fait l'objet de peu d'études empiriques auprès de cas actuels d'enfants agressés sexuellement. De plus, cette dimension est souvent mal définie ou mesurée de façon imprécise. Dans notre recherche, nous avons donc tenté de pallier aux lacunes existantes, en utilisant une mesure évaluant 4 dimensions du soutien maternel, mesure qui est obtenue suite à une entrevue semi-structurée. Ces dimensions sont: croire la victime, la soutenir affectivement, la protéger de l'agresseur et chercher des services professionnels pour lui venir en aide. En plus d'apprécier les réactions maternelles de protection envers l'enfant, il nous apparaissait nécessaire de mieux définir et mesurer le soutien émotif de la mère envers ce dernier. Ce soutien émotif est, entre autres, véhiculé par des conduites affectives témoignant de l'attachement, de l'engagement, du rejet ou de l'indifférence de la mère mais aussi par les pratiques éducatives parentales. Nous avons donc mesuré également les soins et soutien généraux, les pratiques punitives, la supervision parentale et les pratiques éducatives disciplinaires. Sur la base des recherches sur le soutien social, des études sur le stress et l'adaptation et de celles portant plus spécifiquement sur l'agression sexuelle, nous avons identifié quatre ensembles de déterminants du soutien maternel qui devaient être considérés, soit: 1) la détresse psychologique et les prédispositions de la mère, 2) les ressources psychosociales et les sources de stress, 3) les caractéristiques de l'enfant qui vit l'agression sexuelle; facteur qui n'a pas été examiné avec soin dans le contexte des recherches sur le soutien maternel et 4) les caractéristiques de la situation d'agression.

Le recrutement des participants a été fait en collaboration avec les intervenant(e)s de trois Centres jeunesse du Québec (régions de Lanaudière, Mauricie-Centre du Québec et Montérégie). Dès qu'une agression sexuelle est confirmée, l'intervenant(e) responsable de l'évaluation sollicite la participation de la mère. Une entrevue semi-structurée, incluant l'administration de questionnaires, est menée séparément pour la mère et l'enfant victime par deux interviewers préalablement formés. Cette entrevue a lieu au Centre jeunesse ou au domicile des répondants. L'échantillon comprend 85 dyades mère-fille. L'âge moyen des mères et des victimes est respectivement 34,2 ans (ET= 24,6) et 9,1 ans (ET=2,1). Ces dyades proviennent de milieu défavorisé comme l'indique le revenu familial. Les mères ont en moyenne une scolarité complétée de niveau secondaire et ont en moyenne vécu au moins deux relations de couple incluant la relation actuelle. Les sujets classés selon le lien entre la victime et l'agresseur se distribuent selon 5 catégories soit: 1) 23 victimes agressées par leur père biologique qui n'habitait pas avec la victime lors du dévoilement; 2) 15 victimes agressées par le conjoint de la mère; 3) 10 par leur frère; 4) 21 par un membre de la famille élargie (agressions commises par l'oncle, le cousin, le grand-père ou le fils du conjoint de la mère) et 5) 16 par tout autre adulte non membre de la famille élargie. Cette dernière catégorie représente les agressions extrafamiliales. Quelques différences significatives portant sur la nature de l'agression sexuelle ont été observées selon l'identité de l'agresseur. Les pères biologiques ont agressé plus longtemps leurs victimes avec une moyenne d'une

année et demie, ce qui représente le triple du temps des agressions commises par les adultes non membres de la famille. Les pères tout comme les autres membres de la famille élargie choisissent des victimes plus jeunes. Les frères agresseurs sont toutefois ceux qui commettent les agressions les plus sévères, entre autres, parce qu'ils sont plus nombreux à utiliser la pénétration. Ces frères sont toutefois ceux qui ont le moins tendance à nier l'agression alors que la majorité des pères nie. Les intervenants jugent plus souvent que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis dans les cas où le père, le conjoint de la mère ou le frère est l'agresseur.

Quant au soutien maternel, les résultats indiquent que 81% des mères croient au dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant et que 65% d'entre elles entreprennent des actions pour protéger leur enfant de l'agresseur. Seulement le tiers des mères offre un soutien émotif jugé adéquat aux besoins de l'enfant et à peine un peu plus du tiers (37,3%) cherche activement des services professionnels pour aider leur enfant. L'examen des mères regroupées selon la quantité de soutien offert nous a permis d'identifier les caractéristiques qui permettaient de différencier les mères qui offrent un soutien faible, moyen ou élevé. Ainsi, le sous-groupe de mères qui offrent un soutien faible se caractérise par la présence au sein de leur famille d'une sévérité et d'une chronicité plus grande de violence conjugale. Quant au sous-groupe de mères qui offrent le plus de soutien à leur enfant, elles présentent elles-mêmes plus de symptômes de détresse psychologique, elles offrent en général de meilleurs soins et soutien et elles ont des enfants qui étaient plus jeunes lors de leur victimisation. Les mères offrant un soutien moyen présentent elles aussi une détresse psychologique et sont plus inconsistantes dans la discipline qu'elles appliquent. Contrairement à nos attentes, les symptômes des victimes ne semblent pas influencés par la qualité du soutien reçu puisqu'aucune différence significative n'est ressortie. L'examen des déterminants du soutien spécifique à l'agression, réalisé à l'aide de régression sur les 4 ensembles de déterminants présentés plus haut, confirme l'effet principal de deux variables soit la détresse de la mère qui est en lien avec un meilleur soutien et l'agression commise par le conjoint de la mère qui est associée à moins de soutien.

Quant au soutien émotif défini par les pratiques parentales de soin/soutien, de pratiques punitives, d'insuffisance de la supervision et d'inconsistance de la discipline, la première constatation est qu'il est peu corrélé avec le soutien spécifique à l'agression; une seule corrélation de 0,28 est obtenue entre le soutien total spécifique à l'agression et les soins et soutien généraux. Ces types de soutiens non spécifiques à l'agression ne sont pas non plus influencés par le lien entre la victime et l'agresseur. Toutefois, les corrélations indiquent que la sévérité de l'agression est positivement corrélée avec trois mesures de soutien non spécifique. Une sévérité plus grande de l'agression est associée à plus de pratiques punitives, plus d'insuffisance dans la supervision et d'inconsistance dans la discipline. Deuxièmement, la durée relative plus longue de l'agression est associée positivement à plus de soins et soutien généraux de la part de la mère. Troisièmement, les perceptions de l'enfant concernant le soutien reçu et les conflits avec sa mère sont significativement corrélées avec trois mesures de soutien général. Une plus faible perception de soutien est associée à une plus grande insuffisance de la supervision maternelle. Une plus grande perception de conflits avec la mère est associée à moins de soins et soutien, plus de punitions et moins de supervision de la part de la mère. De ces prédicteurs potentiels, les analyses de régression ne retiennent que la qualité perçue de la relation ou l'attitude de l'enfant envers sa mère qui prédit les pratiques de soins et soutien, de punition et l'insuffisance de la supervision. Les pratiques punitives sont également

prédites par le niveau de scolarité de la mère, un niveau faible est associé à plus de pratiques punitives. L'insuffisance de la supervision est prédite par une deuxième variable qui est la perception de l'enfant du soutien général offert par sa mère. L'inconsistance de la discipline est prédite par la présence de symptômes de détresse de la mère. Donc, les prédicteurs des types de soutien non spécifique à l'agression sont différents de ceux retrouvés pour le soutien spécifique sauf pour la détresse psychologie.

Contrairement à nos attentes, le soutien spécifique à l'agression sexuelle ne permet pas de prédire les symptômes des victimes. Des soutiens non spécifiques à l'agression, seules les pratiques punitives sont associées à la symptomatologie notamment aux troubles extériorisés et aux comportements sexualisés inadéquats. D'autres variables influencent la symptomatologie dont la détresse psychologique de la mère qui prédit les symptômes intériorisés et extériorisés, l'agression commise par le père qui prédit plus de symptômes de nature post-traumatique tel qu'évalué auprès de la victime et la scolarité de la mère qui prédit les symptômes intériorisés.

La discussion fait ressortir l'importance de tenir compte d'une mesure multidimensionnelle du soutien en combinant des mesures de soutien spécifique au dévoilement de l'agression sexuelle avec des mesures qui rendent compte d'un soutien maternel plus large tel que celui véhiculé par les pratiques parentales. Cette étude confirme les observations d'autres recherches sur le fait que la majorité des mères croit au dévoilement de l'agression sexuelle de l'enfant, mais qu'une proportion moins importante offre des gestes de protection et qu'une très faible proportion possède la capacité ou les habiletés pour soutenir affectivement leur enfant suite au dévoilement. Cette recherche ajoute à notre compréhension du soutien maternel en mettant en lumière l'importance des pratiques punitives comme facteur explicatif de la symptomatologie de même que l'importance de la perception de l'enfant quant à la qualité de la relation avec sa mère et du soutien qu'elle lui offre. Cette étude confirme que le soutien maternel est moins présent lorsque l'agresseur est le conjoint de fait de la mère et lorsqu'il y a de la violence conjugale à la maison. Bien que peu de facteurs déterminant le soutien maternel ou les symptômes des enfants aient été identifiés, ce qui par ailleurs est cohérent avec les résultats contradictoires obtenus par les recherches empiriques conduites lors du dévoilement, le portrait tracé de ces mères et de ces victimes nous indique que les deux réagissent avec beaucoup de détresse psychologique et également comportementale dans le cas des enfants. Ces mères proviennent de milieu socioéconomiquement défavorisé, ont peu de personnes dans leur entourage pour leur venir en aide ou pour les aider à mieux composer avec les séquelles de leurs enfants. Les pratiques punitives qu'elles utilisent, probablement dans le but de protéger et de contrôler les comportements dérangeants de leurs enfants sont perçues par ces derniers comme un manque de soutien. Nos résultats suggèrent donc que ces mères ont besoin d'aide professionnelle pour composer avec leurs propres réactions et pour apprendre à mieux protéger et soutenir leur enfant. Les séquelles importantes au plan symptomatique et comportemental des enfants indiquent qu'ils requièrent également de l'aide de la part des organismes sociaux et de santé. Il importe de souligner que le schème de recherche utilisé ne nous permet pas d'affirmer avec certitude la direction ou l'effet prédictif des variables en jeu. En outre, le fait que les mères les moins soutenantes n'ont pu être rencontrées, limite la généralisabilité de nos résultats. Les recherches futures devraient continuer d'examiner le soutien maternel en tenant compte de mesure multidimensionnelle et en combinant les points de vue des victimes, de leur mère et des intervenant(e)s.

Facteurs influençant le soutien des mères dont les enfants sont agressés sexuellement

Le traitement et la prévention des agressions sexuelles à l'endroit des enfants constituent une des thématiques prioritaires de recherche identifiées par le Conseil québécois de la recherche sociale dans la foulée de la *Politique de la santé et du bien-être* du gouvernement du Québec (1992). C'est dans ce contexte que le présent projet a été formulé. Cette recherche vise à étudier les caractéristiques du soutien que les mères offrent à leur fille (âgée de 6 à 12 ans) pour laquelle nous avons la confirmation qu'elle a été victime d'agression sexuelle. Nous souhaitons ainsi augmenter la capacité de notre société à mieux protéger les enfants en multipliant les connaissances sur les mères des victimes d'agression sexuelle et sur leur aptitude à soutenir leur enfant. Ce choix est motivé tant par l'état des connaissances à ce sujet que par les retombées potentielles pour l'intervention, qui seront discutées ultérieurement. Mais, en premier lieu, nous aborderons les thèmes de l'incidence et des séquelles de l'agression sexuelle.

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Incidence de l'agression sexuelle

Puisque l'agression sexuelle d'un enfant est presque toujours un événement qui n'implique aucun autre témoin que l'agresseur (qui souvent nie l'événement) et la victime (qui peut hésiter à dénoncer l'agression pour de multiples raisons, ou qui encore, n'est tout simplement pas crue), il est très difficile d'obtenir un portrait exact du nombre d'enfants victimes d'agression par année dans une région donnée (Bergner, Degald & Graybill, 1995; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994). La définition la plus fréquente de l'incidence est le nombre de cas d'agression sexuelle confirmé par les responsables des services à l'enfance (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994). Ceci renvoie à la notion de Fait-Fondé dans le système actuel de tenue de dossiers dans les Centres jeunesse du Québec. Ces statistiques sont habituellement exprimées en terme d'un ratio de décisions, par nombre d'enfants, par territoire sociosanitaire, par année. En 1993, la meilleure estimation du taux d'incidence aux États-Unis est de 2,4/1000, (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994). Notre propre estimation de l'incidence de l'agression sexuelle d'enfants au Québec arrive à des taux qui oscillent entre 1,03 et 1,37 enfants agressés par 1000 enfants pour un taux moyen de 1,15/1000 enfants (Wright & Sabourin, 1995). Nous observons depuis quelques années aux États-Unis et au Québec une réduction de 10 à 30% de l'incidence des cas d'agression sexuelle rapportés. En effet, les dernières estimations du taux d'incidence d'agression sexuelle sont de 1,6 sur 1000 aux États Unis (Jones & Finkelhor, 2000), 0,8 sur 1000 en Ontario (Trocmé et al., 2000) et 0,8 sur 1000 au Québec (Wright et al., 2000). Ces statistiques se fondent uniquement sur le nombre de cas connus des responsables de la protection de la jeunesse. Actuellement, les résultats d'au moins 30 études suggèrent qu'au mieux, seulement 30% des cas d'agression sont rapportés aux autorités (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994). Une étude de Tourigny, Péladeau et Bouchard (1993) portant sur les caractéristiques des agressions sexuelles de 287 jeunes québécois, telles que rapportées à un centre d'intervention téléphonique (Tel-Jeunes), a révélé que "seulement 18% des cas d'agression étaient connus d'un professionnel ou de la DPJ" (p. 19); suggérant qu'au moins trois cas sur quatre ne seront pas rapportés aux responsables de la protection de la jeunesse.

Les séquelles psychosociales observées chez les victimes d'agression sexuelle

Au chapitre de la nature des symptômes observés chez des victimes d'agression sexuelle, Briere et Elliott (1994), Feiring, Taska, et Lewis (1996) ainsi que Kendall-Tackett, Meyer-Williams et Finkelhor (1993) établissent deux types de comparaison: (1) entre des enfants victimes d'agression sexuelle et des enfants non agressés et (2) entre des enfants victimes d'agression sexuelle et des enfants non agressés mais en traitement pour d'autres types de difficultés. Dans le premier groupe d'études, les résultats font état de différences significatives stables pour les séquelles suivantes: peurs, cauchemars, stress post-traumatique généralisé, comportements de retrait, névrose, cruauté, délinquance, comportements sexuels non appropriés, comportements régressifs (énurésie, encoprésie, crises de colère), fugues, troubles du comportement et comportements autodestructeurs. Dans le second groupe de recherches, le portrait s'avère différent. Ainsi, dans plusieurs études, les enfants agressés sexuellement affichent moins de difficultés psychosociales que les enfants en traitement pour d'autres types de problèmes, sauf pour les comportements sexuels non appropriés et le trouble post-traumatique. Cette conclusion appelle toutefois une certaine prudence puisque rien n'assure que la clientèle clinique dite non agressée ne compte pas d'enfant ayant souffert d'une agression sexuelle qui n'a pas été détectée et qui aurait pu avoir eu cours sur une longue période. Outre ces séquelles à court terme, Briere et Elliott (1994) indiquent que l'agression sexuelle pendant l'enfance est un facteur majeur de risque pour une grande variété de problèmes psychologiques et interpersonnels à l'âge adulte (symptômes post-traumatiques, distorsions cognitives, détresse émotionnelle, comportements d'évitement, sens de soi altéré, difficultés interpersonnelles).

Les recherches sur les séquelles de l'agression en fonction du lien entre la victime et l'agresseur (Briere & Elliott, 1994; Kendall-Tackett et al., 1993) n'ont pas permis d'arrêter des conclusions définitives car la majorité d'entre elles ne définit pas cette variable avec assez de précision. Toutefois, selon Kendall-Tackett et al. (1993), sept études sur neuf publiées avant 1991 concluaient que les séquelles étaient plus graves lorsque les victimes avaient un lien étroit avec l'agresseur. Wright et al. (1996) observent qu'entre 1991 et 1996, dix études publiées sur douze révèlent que les répercussions de l'agression sexuelle sont plus sévères chez les victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. Plusieurs mécanismes sont invoqués pour rendre compte de ces différences, comme le fait que la victime soit trahie par une personne qui devrait normalement la protéger, qu'elle se sente responsable de la rupture de la famille, de la dépression de la mère, du stress familial et du fait que tous les membres de la famille subissent une humiliation publique (Feiring et al., 1996). Alors que les séquelles chez les victimes d'agression sexuelle sont bien établies (Ligezinska, Firestone, Manion, McIntyre, Ensom & Wells, 1996) certaines études ne trouvent pas de différences selon le lien à l'agresseur (Cohen & Mannarino, 1988).

En résumé, l'incidence de l'agression sexuelle, les séquelles documentées et l'hypothèse que certains facteurs pourraient moduler l'adaptation ultérieure de l'enfant justifient largement la pertinence sociale de cette recherche. Il importe maintenant de mieux cerner les réactions des mères et de leur enfant et d'identifier les variables qui permettent de diminuer les séquelles à court, moyen et long terme.

L'importance du soutien maternel

Plusieurs facteurs associés aux séquelles chez l'enfant agressé ont été étudiés, tels l'âge et le sexe de la victime (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994), le lien avec l'agresseur, la présence d'un père biologique versus un père adoptif ou ami de la mère (Margolin, 1992; Russell, 1986), l'environnement familial (Becker et al., 1995), la pauvreté,

le chômage, la classe sociale, l'ethnie (Bergner et al., 1995; Jones, 1990) et l'histoire d'agression des parents (Badgley, Allard, McCormick, Proodfoot, Fortin, Ogilvie, RaeGrant, Gélinas, Pépin & Sutherland, 1984; Williams & Finkelhor, 1995; Wright & Sabourin, 1995). Un secteur moins exploré est celui des facteurs modérateurs qui permettent de diminuer les séquelles chez les enfants agressés. Néanmoins, chercheurs et intervenants s'entendent pour indiquer le rôle majeur du soutien maternel lors du dévoilement comme une variable qui permet à l'enfant de mieux composer avec l'agression sexuelle dont il est victime (Everson, Hunter, Runyon, Edelsohn & Coulter, 1989; Heriot, 1996; Hooper, 1992; Leifer, 1993; Paradis, Perron & Dubé, 1992; Pellegrin & Wagner, 1990; Sas, Hurley, Hatch, Malla & Dick, 1993; Sirles & Franke, 1989). Comme l'agression sexuelle est essentiellement perpétrée par des hommes (moins de 5% proviendrait de femmes; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1994), et dans une bonne mesure par le père biologique de l'enfant ou le conjoint de fait de la mère, celle-ci est le principal adulte à qui l'enfant peut se confier (Hooper, 1992).

Le soutien maternel est habituellement défini par le fait de croire l'enfant, de le protéger face à l'agresseur et de s'engager envers lui (ex.: emmener l'enfant consulter des professionnels, participer à un groupe de traitement). Selon les études, une ou plusieurs de ces dimensions sont utilisées pour définir le soutien.

Le fait de croire le récit de l'enfant est la première action qui puisse permettre de protéger et d'aider l'enfant. Les études révèlent qu'entre 57% et 84% des mères croient au témoignage de leur enfant (Deblinger, Lippmann, Stauffer & Finkel, 1994; DeYoung, 1994a; Heriot, 1996; Lovett, 1995; Pellegrin & Wagner, 1990; Pierce & Pierce, 1985; Sas et al., 1993; Sirles & Franke, 1989; Tourigny et al., 1993; Wilson, 1995). Ces résultats démontrent qu'elles ont tendance à croire l'enfant lors du dévoilement de l'agression. Les résultats de ces études reposent sur des questionnaires administrés à la mère ou sur le jugement émis par un professionnel suite à une entrevue avec celle-ci.

Six études récentes indiquent toutefois que le fait de croire l'enfant n'est pas une garantie du soutien qui sera offert ensuite par la mère. Heriot (1996) observe auprès d'un échantillon de 118 cas d'agression intrafamiliale que 75% des mères croient que l'agression a eu lieu mais seulement 57% d'entre elles ont pris des actions pour séparer l'enfant de l'agresseur, 68% ont offert un soutien émotif et seulement la moitié (52%) offrent ces deux types de soutien à la fois. Runyan, Hunter, Everson, DeVos, Cross, Peeler et Whitcomb (1992) de même que Sas et al. (1993) soulignent que généralement, les mères croient leur enfant et tiennent l'agresseur responsable, mais qu'elles obtiennent des scores moins élevés concernant le soutien émotif et la recherche de soutien professionnel. Dans l'étude de Tourigny et al. (1993), des 60 dévoilements faits auprès d'un parent de la victime, 57% ont cru leur enfant mais seulement 43% des parents avaient mis en place des moyens pour éviter que l'enfant soit agressé à nouveau et 18% avaient cherché une consultation pour leur enfant auprès de professionnel de la santé et des services sociaux. Dans l'étude de Lovett (1995) où 72% des mères disent croire les allégations de leurs filles âgées de 7 à 12 ans, cinq mères furent perçues comme rejetantes par les victimes. Quatre d'entre elles rapportaient croire leur enfant. Peu d'études ont vérifié la perception de l'enfant et celle de Lovett (1995) nous indique une divergence des perceptions entre la mère et l'enfant. Cette hypothèse est appuyée par l'étude de Berliner et Conte (1995) qui révèle que 3,5 ans après le dévoilement, seulement 54% des enfants auraient perçu la réaction maternelle comme supportante suite au dévoilement.

Soutien maternel et adaptation de l'enfant

D'autres études ont examiné plus spécifiquement la relation entre le soutien offert par les mères et l'adaptation des enfants. À ce sujet, les travaux d'Everson et al. (1989), ceux de Leifer et al. (1993), de Runyan et al. (1992) et de Sas et al. (1993) convergent. Dans ces études, le soutien est défini par le fait de croire l'enfant et de fournir une réponse affective non blâmante. Everson et al., Runyan et al. et Sas et al. considèrent également l'engagement envers l'enfant et le fait de le protéger face à l'agresseur. Les résultats indiquent que les enfants peu soutenus par la mère présentent plus de signes de détresse psychologique et de troubles de comportement. Ces résultats sont souvent basés sur des corrélations et les recherches n'obtiennent pas des résultats sur toutes les échelles de symptômes. Par ailleurs, Adams-Tucker (1982), avec un échantillon de 28 enfants vus en psychiatrie, constate que 71% des enfants n'ont pas été supportés par l'adulte dont ils dépendaient. Ces enfants présentaient des comportements pathologiques sévères et plus de la moitié d'entre eux ont été admis dans une unité de soin suite à l'évaluation psychiatrique. Dans l'année suivant le dévoilement, Hazzard, Celano, Gould, Lawry et Webb (1995) observent que les scores aux sous-échelles intériorisées et extériorisées du CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1983) sont plus élevés lorsque la qualité de la relation mère-enfant est pauvre. Johnson et Kenkel (1991) constatent que cette réaction négative de la mère rend compte de 22,7% de la variance de la détresse psychologique d'adolescentes victimes d'agression sexuelle.

Ces résultats sont corroborés par ceux recueillis auprès d'adultes ayant vécu une agression sexuelle dans l'enfance. Les survivantes qui rapportent avoir obtenu peu de soutien maternel présentent plus de symptômes mesurés par le SCL-90 (Fromuth, 1986) et par l'échelle des symptômes traumatiques de Briere et Runtz (Gold, Milan, Mayall, & Johnson, 1994) ainsi qu'un niveau plus élevé de dissociation et de dénigrement de soi (Everill & Waller, 1995).

L'étude de Runyan et ses collaborateurs (1992) complexifie la compréhension de la relation entre le soutien maternel et l'adaptation de l'enfant. Le fonctionnement de l'enfant, tel que mesuré par le CBCL complété par la mère, est principalement prédit par le niveau de symptomatologie de la mère. Toutefois, lorsque l'adaptation de l'enfant est mesurée à l'aide d'une entrevue psychiatrique semi-structurée conduite auprès de l'enfant, les variables prédictives sont différentes. Par ordre d'importance, on note le soutien maternel, le soutien perçu par l'enfant et la symptomatologie maternelle. L'adaptation de l'enfant est donc susceptible d'être influencée par plusieurs facteurs mais au premier plan par le soutien maternel. Ces constatations ont des implications claires sur le plan de la mesure. Elles mettent en évidence la nécessité d'obtenir une évaluation auprès de la mère mais aussi de l'enfant.

Conceptualisation et mesure du soutien maternel

Bien que les études que nous avons revues sur le lien entre le soutien maternel et l'adaptation de l'enfant suite au dévoilement d'une agression sexuelle suggèrent un rôle non négligeable de protection du soutien maternel, des limites méthodologiques réduisent la certitude de nos connaissances à ce sujet. Près de la moitié de ces études portent sur un nombre peu élevé de sujets (Adams-Tucker, 1982; DeYoung, 1994a; Everill & Waller, 1995; Johnson & Kenkel, 1991; Pellegrin et al., 1990; Wilson, 1995). La majorité des recherches ne situe pas le moment de la mesure du soutien maternel par rapport au moment du dévoilement; la plupart des mesures semblent être de nature rétrospective (plusieurs mois ou années) ou prises lors d'une évaluation prétraitement qui peut survenir plusieurs mois

après le dévoilement. De plus, il existe une grande confusion tant sur le plan de la conceptualisation que de la mesure du soutien maternel. Dans la plupart des études recensées, le soutien maternel est exclusivement mesuré par le fait de croire l'enfant au moment du dévoilement de l'agression et, pour certaines, par les actions prises par la mère pour protéger l'enfant de l'agresseur. Il est évident qu'il s'agit là d'une définition très limitée. Seules quelques études ont évalué le soutien maternel de façon multidimensionnelle (Heriot, 1996; Everson et al., 1989; Runyan et al., 1992; Sas et al., 1993). Soulignons que Sas et ses collaborateurs ont utilisé l'échelle PRADS, outil développé par Everson, Hunter et Runyan (1989) et utilisé dans l'étude de Runyan et al. Cette échelle est une version améliorée du PRIDS développé par la même équipe. Malgré l'intérêt de ces dernières mesures utilisées, elles demandent à être raffinées. En effet, les dimensions sont souvent mesurées à partir d'un seul item ou encore, elles se basent exclusivement sur le jugement d'un intervenant, ne donnant pas accès directement à la perception des sujets. La conceptualisation et la mesure de soutien maternel ne sont donc pas à la hauteur de l'importance accordée à cette variable comme prédicteur de l'adaptation ultérieure de l'enfant (Hooper, 1992). En outre, dans la plupart des études, le soutien maternel a été évalué grâce au concours de la mère. Or, des écarts entre la perception des mères et des enfants apparaissent quand on compare les résultats des études effectuées auprès de chacun de ces acteurs. Les résultats de Lovett (1995), qui indiquent des divergences à ce niveau, permettent de croire qu'il est nécessaire d'évaluer le soutien maternel selon le point de vue du parent et de l'enfant.

Afin de mieux définir et mesurer le soutien maternel, nous nous sommes tournés vers les études sur le soutien social et plus particulièrement sur les travaux de Cutrona et Russell (1990). Ces derniers proposent un modèle interactionniste qui définit certains types de soutien social comme étant optimaux face à certaines situations stressantes de vie. Selon ce modèle, la personne qui fait face à un événement non désiré et perçu comme incontrôlable, tel l'agression sexuelle, nécessitera des niveaux élevés de soutien émotif en plus d'un soutien permettant de réparer ou de compenser pour les pertes ou les blessures liées à la situation stressante. Ainsi, en plus d'apprécier les réactions maternelles de protection envers l'enfant, il apparaît nécessaire de mieux définir et mesurer le soutien émotif de la mère envers ce dernier. Ce soutien émotif est entre autres véhiculé par des conduites affectives témoignant de l'attachement, de l'engagement, du rejet ou de l'indifférence de la mère. Mais nous pensons qu'il s'exprime dans un contexte relationnel plus large soit celui des pratiques éducatives parentales (Rohner, 1986; Rohner & Pettengill, 1985; Egeland & Erickson, 1987). Les recherches qui ont tenté d'établir des liens entre la relation parent-enfant et l'adaptation psychosociale de l'enfant font ressortir la nécessité de conceptualiser la relation parent-enfant sous au moins deux angles. Le premier réfère aux pratiques éducatives conduisant à des indices, tels la supervision parentale, le contrôle, les pratiques éducatives disciplinaires (Bates, Bayles, Bennett, Ridge & Brown, 1991; Laub & Sampson, 1988; Rey & Plapp, 1990). Le second concerne l'engagement des parents dans la relation et touche des aspects tels le temps partagé, la fréquence des échanges positifs et l'affection exprimée (Pettit & Bates, 1989; Rutter, 1979). Cette dernière dimension, qui se rapproche de la notion d'attachement parent-enfant (Greenberg, Speltz & DeKlyen, 1993), est évaluable tant du point de vue de l'enfant que des parents. Pour la présente étude, le soutien maternel sera donc défini de façon multidimensionnelle en tenant compte à la fois des comportements de soutien spécifique au dévoilement de l'agression et du soutien émotif non spécifique à l'agression mesuré par les pratiques éducatives et la relation positive avec l'enfant tel que prescrit par le modèle de Cutrona et Russell.

Les déterminants du soutien maternel

Les recherches sur le soutien social ont permis d'en préciser les composantes et l'impact de ce dernier lors de situations stressantes (Sarason et al., 1990). Les recherches nous indiquent également que la disponibilité et la mise en oeuvre du soutien social sont influencées par différentes variables. Dans le cas de soutien entre membres d'une même famille ou entre conjoints, la situation de crise vécue par l'un des membres a souvent des répercussions importantes sur les autres membres de la maisonnée (Ex.: insécurité financière, affective, perte de statut, de revenu, surcharge de tâches, etc.) créant ainsi des niveaux variables de détresse psychologique (Coyne, Ellard & Smith, 1990; Hooper, 1992). Ainsi, les efforts requis pour composer avec sa propre détresse peuvent interférer avec la capacité de résolution de problème, ou la capacité de fournir l'aide instrumentale ou émotionnelle que requiert la personne victime de la situation stressante. Par ailleurs, les études sur le stress et l'adaptation font ressortir deux grands ensembles de facteurs expliquant la vulnérabilité face aux événements stressants, soit les prédispositions (ex.: constitution, conséquences des expériences de vie de l'enfance) et les ressources psychosociales (ex.: stratégies d'adaptation, soutien social) (Thoits, 1983; Skodol, Dohrenwend, Link & Shrout, 1996). L'accumulation de sources de stress influence également les capacités adaptatives des personnes (Skodol et al., 1996). Sur la base de ces recherches et de celles portant plus spécifiquement sur l'agression sexuelle, quatre ensembles de déterminants du soutien maternel devraient être considérés, soit: 1) la détresse psychologique et les prédispositions de la mère, 2) les ressources psychosociales et les sources de stress, 3) les caractéristiques de l'enfant qui vit l'agression sexuelle; facteur qui n'a pas été examiné avec soin dans le contexte des recherches sur le soutien maternel et 4) les caractéristiques de la situation d'agression.

Le premier ensemble de déterminants concerne la détresse psychologique et les prédispositions de la mère. Les études cliniques apportent un certain éclairage sur l'impact que le dévoilement de l'agression sexuelle a sur la santé mentale de la mère. Ces études soulignent l'état de crise dans lequel la mère se trouve précipitée (Paradis et al., 1992), état également décrit comme une expérience de victimisation secondaire par certains auteurs (Hooper, 1992). Les quelques recherches empiriques qui ont évalué la détresse psychologique de la mère suite au dévoilement confirment ces observations cliniques. Ainsi, Deblinger et al. (1993), Friedrich (1991), Kelley (1990), Newberger, Gremy, Waternaux et Newberger (1993) et Runyan et al. (1992) obtiennent des résultats indiquant que les mères d'enfants agressés sexuellement présentent des scores de détresse psychologique plus élevés que les femmes d'un groupe contrôle. Dans plus de la moitié des cas, la détresse obtenue correspond aux scores des populations cliniques (Deblinger et al., 1993; Kelley, 1990; Newberger et al., 1993). Kelley (1990), Davies (1995) et Hubbard (1989) observent également des symptômes post-traumatiques chez les parents d'enfants agressés sexuellement dans les garderies. Un an après le dévoilement de l'agression, Newberger et al. (1993) observent que les scores de détresse psychologique diminuent, sauf pour celui mesurant l'anxiété, et qu'environ un tiers des mères atteignent toujours un seuil clinique. Lors d'une étude (Cyr, McDuff & Wright, 1999) que nous avons conduite auprès de 118 mères québécoises et de leur enfant âgé entre 6 et 17 ans, nous avons observé que 49,6% d'entre elles présentaient des symptômes atteignant un seuil clinique tel que mesuré par l'indice de détresse psychologique (Prévile, Potvin & Boyer, 1992) et le tiers avait des symptômes post-traumatiques d'intrusion et d'évitement (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979).

Ces recherches appuient sans équivoque les études cliniques et les écrits théoriques qui nous ont éclairés sur le fait que les mères traversent une période de crise. Cette dernière peut provoquer ou accentuer la détresse psychologique et, selon Myer (1984), influence la réponse de la mère à l'égard de l'enfant agressé. À notre connaissance, une seule étude empirique a mesuré l'impact que cette détresse avait sur le soutien que la mère offre à son enfant (Runyan et al., 1992). Cette étude a été menée auprès d'un échantillon d'enfants âgés entre 4 et 17 ans et de leurs mères. Les résultats démontrent que le soutien émotif est associé au soutien social, à l'anxiété, à l'histoire d'agression physique au cours de l'enfance et à la dépression de la mère. Ainsi, les mères présentant un niveau élevé de symptômes sont moins supportantes. Cette étude fait donc bien ressortir l'importance de cette variable en tant que déterminant du soutien maternel.

En ce qui a trait aux autres facteurs prédisposants qui influencent la capacité de soutien maternel, les cliniciens ont fréquemment souligné l'importance de l'histoire d'agression sexuelle de la mère dans l'enfance, avançant l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle (Crawford, 1999; Herman, 1988; Jacobs, 1994). Certains auteurs (De Jong, 1988; Goodwin, McCarthy & DiVasto, 1981; Sgroi & Dana, 1982) suggèrent que ces mères sont plus vulnérables et plus susceptibles de rencontrer un partenaire qui va à son tour agresser sexuellement leur enfant et ainsi créer un cycle d'agression. Quelques études récentes indiquent qu'entre 41% et 59% des mères d'enfants agressés ont elles-mêmes été victimes de cette situation (Deblinger et al., 1993; Faller, 1989; Leifer et al., 1993; Runyan et al., 1992; Sas et al., 1993). Dans notre étude, 49,1% des mères ont une histoire d'agression dans l'enfance (Cyr et al., 1999). Ces forts pourcentages dépassent ceux notés dans la population générale. En effet, Oates, Tebbutt, Swantson, Lynch et O'Toole (1998) ont observé que 34% des mères d'enfant agressé sexuellement ont elles-mêmes été agressées dans l'enfance, comparativement à 12% chez un groupe de mères d'enfant non agressé et ce, après avoir contrôlé l'effet de la classe sociale. La relation entre des antécédents d'agression et le soutien maternel n'est toutefois pas établie de façon certaine. Runyan et al. (1992) concluent que les mères agressées sexuellement dans leur enfance sont évaluées plus supportantes que les autres mères alors que la majorité des autres recherches (Deblinger et al., 1993; Leifer et al., 1993; Myer, 1984) ne trouve pas de relation entre le soutien maternel et l'histoire d'agression. D'autres études (de Jong, 1988; Gomes-Schwartz et al., 1990; Sirles & Franke, 1989) indiquent un soutien plus pauvre de la part de mères survivantes d'agression sexuelle. Ces résultats contradictoires demandent à être éclaircis par d'autres études.

Le second ensemble de déterminants susceptibles d'influencer le soutien maternel est constitué des ressources psychosociales et des sources de stress. Les stratégies d'adaptation représentent une première ressource importante. Les études de nature plus qualitative conduites par DeYoung (1994b) et par Reis et Heppner (1993) ont fait ressortir l'importance de mieux documenter les stratégies d'adaptation adoptées par les mères et leurs rôles sur la résolution de la crise; ces dernières ayant fait l'objet de peu d'études empiriques. En outre, il est clair que la détresse psychologique et les mécanismes d'adaptation des mères peuvent faire l'objet d'interventions psychosociales destinées à leur venir en aide, ces aspects influençant à leur tour le soutien maternel.

Dans ce contexte de situation de crise, le soutien social devrait influencer la capacité de soutien maternel. En effet, les recherches sur le soutien social (Cutrona & Russell, 1990; Sarason et al., 1990) permettent de postuler qu'un parent qui apprend la victimisation de son enfant sera plus apte à l'aider s'il reçoit lui-même du soutien émotif de la part de sa

famille et de ses amis ainsi qu'un soutien plus spécifique à la situation d'agression qui pourrait provenir d'intervenants professionnels. La notion du réseau de soutien social comme modérateur du soutien maternel est confirmée par des écrits cliniques (Faller, 1988a; Hooper, 1992) et empiriques (Leifer et al., 1993; Runyan et al., 1992). L'étude de Runyan et al. (1992) fait bien ressortir l'importance du soutien de la part des professionnels. En effet, l'étendue de l'empathie et du soutien perçus de la part des professionnels, contrairement à l'insensibilité et au blâme, ont des effets importants sur l'empathie et la crédibilité que la mère accorde à la victime. Dans leur étude, ils ont établi que les variables les plus importantes pour prédire la crédibilité que la mère accorde aux allégations de son enfant sont, dans l'ordre, la nature de sa relation actuelle avec l'agresseur, le soutien qu'elle reçoit d'abord de sa famille puis de ses amis, et plus tard des professionnels. Comme les familles incestueuses sont reconnues pour être particulièrement isolées (Finkelhor, 1979; Russell, 1984; Hooper, 1992), et que suite au dévoilement, le soutien ne répond pas toujours aux besoins de la mère (Deblinger et al., 1993; Leifer et al., 1993), il est important de déterminer les sources de soutien social dont bénéficient les mères québécoises et le niveau de satisfaction qui y est rattaché. Par ailleurs, dans les cas où l'agresseur n'est pas le mari, conjoint de fait ou "chum" de la mère, une bonne relation conjugale devrait être une source de soutien supplémentaire pour la mère. Dans les cas d'agressions intrafamiliales, les études cliniques ont souligné les sentiments parfois contradictoires (trahison, doute, colère, tristesse, etc.) vécus par rapport au conjoint agresseur (Heriot, 1996). Dans ces cas, la relation conjugale pourrait devenir source de stress et de conflits. Réaffirmons ici qu'une meilleure connaissance des liens entre ces diverses variables peut conduire à préciser des cibles d'intervention prioritaires.

La présence de ces ressources psychosociales est contrebalancée par les autres stress auxquels la mère doit faire face, le dévoilement ne constituant pas le seul événement stressant. Parmi les événements stressants qui sont le plus souvent retenus comme difficultés concomitantes à l'agression, on retrouve les difficultés médicales et la violence conjugale. Soulignons que la violence conjugale semble être vécue par une proportion importante des mères des victimes, soit 44,3% dans l'échantillon de Sirles et Franke (1989) et 56,6% dans celui de Deblinger et al. (1993). Dans notre étude (Cyr et al., 1999), 19,3% des mères avaient vécu de la violence physique mineure et 33,7% subissaient un niveau important de violence verbale selon les scores obtenus au Conflict Tactics Scale. En outre, les mères doivent répondre aux besoins familiaux des autres membres de la maisonnée qui sont souvent, eux aussi, en état de choc. Elles doivent aussi composer avec les réactions des amis et de la famille étendue en plus d'avoir à interagir avec différents types de professionnels. Finalement, des changements tels le déménagement, la diminution du statut socio-économique, la séparation ou le divorce sont fréquents (Hooper, 1992; Deblinger et al., 1993; DeYoung, 1994a; Leifer et al., 1993; Sirles & Franke, 1989). Peu d'études ont mis empiriquement en relation l'effet de ces stress sur la capacité de soutien de la mère. Il apparaît donc important de mieux cerner les situations qui augmentent le niveau de stress des mères, ces dernières pouvant faire l'objet d'interventions spécifiques.

Le troisième ensemble de déterminants du soutien maternel porte sur les caractéristiques de l'enfant. La plupart des recherches dans ce domaine négligent de considérer le caractère interactif de la relation parent-enfant. L'enfant y est décrit uniquement comme une victime et beaucoup plus rarement comme un enfant "agissant". Or, la nature, la fréquence et l'intensité des conduites adoptées par l'enfant sont déterminantes pour la qualité de la relation mère-enfant selon les recherches effectuées dans d'autres domaines (Shapiro & Mangelsdorf, 1994). Des sentiments de colère envers la

mère sont souvent présents chez les préadolescentes qui ont l'impression de ne pas avoir été protégées par leur mère. Ces sentiments de colère peuvent également survenir en réaction à l'attitude de surveillance et de vérifications adoptée par le parent qui a perdu confiance envers la victime (Davies, 1995). À notre connaissance, aucune étude portant sur le soutien maternel dans les cas d'agression sexuelle n'a considéré les attitudes de l'enfant suite à l'agression comme un déterminant du soutien maternel. Or, il est clair que la relation mère-enfant est interactive et que les conduites de l'enfant peuvent être considérées comme une source de stress pour la mère. Dans la présente étude, les attitudes décrivant la qualité de la relation enfant-mère et le soutien perçu par l'enfant de la part de sa mère seront évalués pour cerner l'impact des caractéristiques de l'enfant sur le soutien maternel.

En plus de ces trois ensembles de déterminants, nous devons ajouter des facteurs spécifiques à la situation d'agression sexuelle; soit l'identité de l'agresseur et la sévérité de l'agression. Ces variables ont été examinées dans les recherches en lien avec le soutien maternel. Dans la plupart des études, l'identité de l'agresseur semble en relation avec le niveau de soutien maternel. Sirles et Franke (1989) rapportent que si l'agresseur est un membre de la famille élargie ou le père biologique, les mères ont plus tendance à croire l'enfant, que s'il s'agit d'un "chum" ou d'un conjoint de fait. Par contre, DeYoung (1994a) soutient que l'identité de l'agresseur n'est pas en relation avec le fait de croire ou non l'enfant. Selon les travaux d'Everson et al. (1989), d'Heriot, (1996), de Faller (1988b), de Runyan et al. (1992) et de Sas et al. (1993), dans les cas d'agression intrafamiliale (père biologique, "chum" ou beau-père), le soutien maternel est plus présent si la mère est séparée de son conjoint, et selon Faller (1988b), la relation avec l'enfant est plus chaleureuse. Everson et ses collaborateurs (1989), de même que Sas et ses collègues (1993) ont observé que la confirmation de l'agression de la part de l'agresseur (les pères biologiques ont plus tendance à reconnaître leurs actes déviants que les "chums") rend le soutien maternel plus disponible pour l'enfant. Ces résultats sont consistants avec ceux de Myers (1985). En ce qui concerne la sévérité de l'agression, lorsqu'il y a pénétration, les mères croient moins leur enfant (Sirles & Franke, 1989) et sont moins protectrices à leur égard (Heriot, 1996) que lorsque l'agression est moins sévère. À titre exploratoire, l'influence de ces variables demande à être étudiée davantage afin que l'on puisse estimer l'importance de leur relation avec le soutien maternel.

La présente étude

Malgré l'intérêt de plusieurs des études recensées, les lacunes méthodologiques, d'une part, et l'absence de cadre théorique, d'autre part, ont limité la certitude et la portée des connaissances. Nous nous proposons donc de remédier à certaines de ces lacunes en adoptant, dans l'étude du soutien maternel envers l'enfant agressé sexuellement, les stratégies suivantes: 1) Le soutien maternel sera défini de façon multidimensionnelle tel que recommandé par Cutrona et Russell (1990). Plus précisément, les réactions et les actions liées au dévoilement de l'agression seront évaluées pour rendre compte des soutiens spécifiques à la situation d'agression. Afin d'évaluer le soutien émotif, les conduites parentales de soin et de soutien et d'encadrement disciplinaire seront mesurées. 2) L'examen des déterminants du soutien maternel tiendra compte simultanément de quatre ensembles de facteurs pertinents au soutien maternel soit a) les caractéristiques liées à la détresse psychologique et aux prédispositions de la mère, b) les ressources psychosociales et les sources de stress (événements stressants de vie, violence conjugale, soutien social reçu par la mère, relation conjugale), c) les caractéristiques de l'enfant

(attitudes et attachement envers la mère) et d) l'identité de l'agresseur, la sévérité et diverses variables décrivant l'agression. 3) La perspective de la mère et celle de l'enfant seront considérées notamment en ce qui a trait à la perception des soutiens donnés par la mère, de même qu'en ce qui a trait aux séquelles psychologiques et comportementales de l'enfant. 4) Les mesures seront obtenues lors de la période d'évaluation/orientation soit le plus tôt possible suite au signalement de l'agression sexuelle pour éviter l'effet rétrospectif.

L'objectif général de cette étude est donc d'approfondir notre connaissance du soutien maternel dans un contexte où une agression sexuelle envers un enfant est mise à jour. Le premier objectif consiste à mieux cerner les caractéristiques et les déterminants du soutien maternel. Le second vise à examiner le rôle du soutien maternel sur les séquelles de l'agression sexuelle présentes chez l'enfant.

Méthode

Déroulement de la recherche

Le recrutement des participants a été fait en collaboration avec les intervenant(e)s de trois centres jeunesse du Québec (régions de Lanaudière, Mauricie-Centre du Québec et Montérégie). Dès qu'une agression sexuelle est confirmée, l'intervenant(e) responsable de l'évaluation sollicite la participation de la mère. Une entrevue semi-structurée, incluant l'administration de questionnaires, est menée séparément pour la mère et l'enfant victime par deux interviewers préalablement formés. Cette entrevue a lieu au centre jeunesse ou au domicile des répondants et est d'une durée d'environ deux heures. L'entrevue a lieu en moyenne 2,9 mois (ET=5,4) après le signalement de l'agression. La période de temps séparant l'entrevue et le moment où la victime a dévoilé l'agression sexuelle est en moyenne de 2,5 mois (ET=6,4). Des analyses bivariées préalables n'ont pas révélé d'effet de la période séparant l'entrevue du dévoilement sur aucune des variables mesurées.

Sujets

Sur l'ensemble des cas signalés par les centres jeunesse participants, 110 familles dont la victime est une fille âgée entre 6 et 12 ans et dont le cas est jugé fondé ont participé à l'étude. L'âge moyen des mères et des victimes est respectivement 34,2 ans (ET= 24,6) et 9,1 ans (ET=2,14). Du nombre total de sujets, nous en avons exclus 7 dont les données concernant la mère étaient manquantes (parce que la victime vivait en centre d'accueil par exemple) et 7 autres dont la sœur était également victime (afin de respecter l'indépendance des mesures). De plus, sur les 28 filles qui ont été agressées par leur père biologique, seulement quatre habitaient avec leur père au moment du dévoilement de l'agression sexuelle. Nous avons retiré ces quatre sujets. Nous avons éliminé un dernier cas présentant des valeurs aberrantes (critère utilisé: distance Mahalanobis pour tests multivariés; Tabachnick et Fidell, 1996). Enfin, nous avons retiré 6 sujets qui étaient des amis des victimes ou des adultes inconnus des fillettes afin d'obtenir des groupes le plus homogènes possible tels que définis dans le prochain paragraphe. Sur 110 sujets, il nous reste donc 85 dyades mère-victime pour les analyses.

Description des caractéristiques des enfants et de l'agression

La distribution des sujets selon le lien entre la victime et l'agresseur figure au tableau 1. Les catégories regroupent les sujets agressés; 1) par leur père biologique mais qui n'habitait pas avec la victime; 2) par le conjoint de la mère; 3) par leur frère; 4) par un membre de la famille élargie (agressions commises par l'oncle, le cousin, le grand-père ou le fils du conjoint de la mère) et 5) par tout autre adulte non membre de la famille élargie.

Dans cette dernière catégorie, les agressions ont été commises soit par un voisin, un professeur, un gardien ou un entraîneur sportif, toutes des personnes connues de l'enfant. Il n'y a donc pas dans l'échantillon de victimes d'agressions commises par un étranger. Au tableau 1, on constate que plus de la moitié des filles de l'échantillon (56,5%) ont été agressées par un membre de leur famille immédiate (père, beau-père ou frère).

Tableau 1. Distribution de l'échantillon en fonction du lien victime-agresseur.

Lien entre la victime et l'agresseur	N	%	% cumul.
Père biologique	23	27,1	27,1
Conjoint de la mère	15	17,6	44,7
Frère de la victime	10	11,8	56,5
Membre de la famille élargie	21	24,7	81,2
Connaissance de la victime	16	18,8	100
Total =	85	100	

Les tableaux 2 et 3 présentent les distributions de ces groupes selon les caractéristiques de l'enfant et de l'agression. D'une part, les résultats indiquent que les victimes ne diffèrent pas selon leur âge actuel ($M=9,1$ ans; $ET=2,14$) ou selon le nombre de mois écoulés depuis la dernière agression ($M=8,02$ mois; $ET=15,5$). D'autre part, on observe des différences significatives au niveau de la sévérité de l'agression (mesurée par l'échelle composite de 5 items décrite dans la section instrument), l'âge lors de l'agression et sa durée de même que sur l'aveu de l'agression par l'agresseur et sur l'évaluation de l'intervenant quant à la sécurité et au développement compromis.

Tableau 2. Moyennes, écart-types, pourcentage (nombre de sujets) et analyses de variance ou tests Chi-carré (χ^2) comparant les caractéristiques de l'agression en fonction du lien victime-agresseur.

Variable	Lien victime agresseur N=85					F ou χ^2	Post-hoc	
	1. Père biologique (N=23)	2. Conjoint de la mère (N=15)	3. Frère de la victime (N=10)	4. Famille élargie (N=21)	5. Adulte connu de la victime (N=16)			
Âge de l'enfant	M(ET)	8,9 (2,3)	9,5 (2,0)	8,8 (2,0)	8,5 (2,0)	10 (2,3)	1,4	-
Sévérité	M(ET)	4,0 (,8)	3,7 (,5)	4,4 (,5)	3,8 (,7)	3,7 (,6)	2,7*	3 > 2, 5
Confirmation	M(ET)	5,0 (1)	5,1 (1)	5,8 (,4)	4,9 (,8)	5,3 (,7)	2,4	-
Âge lors agression	M	6,7 (3,2)	8,9 (2,1)	7,6 (1,8)	6,0 (1,2)	9,5 (2,6)	6,2***	1, 4 < 5 2 > 4
Durée agression (mois)	M ET	18,0 16,1	6,6 7,2	12,7 13,4	12,2 12,6	5,5 6,8	2,7*	1 > 5
Nbre mois depuis dernier agression	M ET	9,3 21,8	4,9 6,8	3,9 2,8	11,8 19,3	5,6 2,3	0,7	-
% victime 1er fois	T (64)	72,7 (16)	73,3 (11)	70 (7)	85,7 (18)	75 (12)	1,5	-
% agresseur nie	T (41)	84,2 (16)	40 (6)	20 (2)	57,9 (11)	42,9 (6)	13,6**	-
% sécurité compromise	T (44)	77,3 (17)	64,3 (9)	88,9 (8)	25 (5)	33,3 (5)	19,2***	-
% dévelop. compromis	T (45)	77,3 (17)	64,3 (9)	88,9 (8)	25 (6)	33,3 (5)	17,1**	-

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

Premièrement, les agressions les plus sévères sont commises par les frères des victimes. En effet, il y aura eu pénétration dans 80% des cas d'agressions commises par les

frères alors que cette proportion n'atteindra pas 30% dans les autres catégories d'agresseurs. Ce sont les groupes d'agressions commises par un membre de la famille élargie qui présentent les moyennes les plus faibles de sévérité de l'agression, comparées au groupe des frères agresseurs. Alors qu'aucun agresseur des deux dernières catégories n'a attaché l'enfant lors de l'agression, une proportion de 30% des frères agresseurs aura utilisé cette forme de coercition, ce qui constitue près du double des pères agresseurs (19%) et plus du triple des agressions commises par le conjoint de la mère.

Deuxièmement, les groupes des victimes agressées par le père biologique ou un membre de la famille élargie sont plus jeunes lors de l'agression que celles agressées par une connaissance. De même, les filles agressées par un membre de la famille élargie étaient plus jeunes lors de l'agression que celles agressées par le conjoint de la mère. Troisièmement, les agressions commises par les pères des victimes auront une durée significativement plus longue (plus de 3 fois) que celles commises par un adulte connu de la victime. Aussi, même si ces différences ne sont pas significatives, la durée des agressions commises par les frères ou un membre de la famille élargie (12,7 et 12,2 mois respectivement) constitue le double de celle des agressions commises par le conjoint de la mère (6,6 mois).

Quatrièmement, les résultats indiquent que la majorité des frères agresseurs reconnaîtront leurs gestes (2 frères nient contre 8 qui admettent l'agression) alors que cette relation s'inverse dans le cas des pères agresseurs (16 pères nient contre 3). Finalement, lors de l'évaluation du cas, l'intervenant aura tendance à juger que la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis dans la majorité des agressions commises par un membre de la famille immédiate (père, beau-père ou frère) alors que cette relation est inversée dans les cas d'agressions par un membre de la famille élargie ou une connaissance de la victime.

Tableau 3. Caractéristiques de l'agression sexuelle en pourcentage et nombre de sujet

Variable	Lien victime agresseur N=85					
	Total	1. Père biologique (N=23)	2. Conjoint de la mère (N=15)	3. Frère de la victime (N=10)	4. Famille élargie (21)	5. Adulte connu de la victime (16)
% preuves médicales (N=83)	(9)	4,8 (1)	6,7 (1)	20 (2)	9,5 (2)	18,8 (3)
% enfants attachés (N=81)	(9)	19 (4)	0	30 (3)	9,5 (2)	0
% violence physique (N=82)	(5)	14,3 (3)	0	10 (1)	4,8 (1)	0
% pénétration (N=81)	(23)	28,6 (6)	20 (3)	80 (8)	15 (3)	20 (3)
% plus d'un agresseur (N=84)	(12)	17,4 (4)	6,7 (1)	30 (3)	4,8 (1)	20 (3)
% agressions fréquentes (N=74)	(12)	16,7 (3)	21,4 (3)	25 (2)	29,5 (2)	15,4 (2)

N.B. : Les tests Chi-carré en fonction du lien victime-agresseur n'ont pu être calculé étant donné la distribution des sujets.

Description des caractéristiques des mères

Les comparaisons des distributions des groupes en fonction du lien entre la victime et l'agresseur pour les caractéristiques de la mère figurent au tableau 4. Les résultats indiquent que les groupes sont comparables selon l'âge de la mère ($M=34,2$ ans; $ET=4,6$), son niveau de scolarité ($M=11,1$ ans $ET=2,3$) et son revenu annuel ($M=12\ 511$ \$ $ET=12\ 886$) ou celui de la

famille (M=25 338\$; ET=18 619\$). L'échantillon est donc composé de mères âgées dans la mi-trentaine et qui ont complété des études secondaires. Toutefois, il est notable que les mères du présent échantillon se situent toutes dans la tranche socio-économique défavorisée sur la base de leur revenu personnel moyen (12 511 dollars). Lorsque l'on considère le revenu de la famille, la situation s'améliore sans toutefois atteindre le niveau de vie de la classe moyenne (25 338 dollars par année). Parmi l'ensemble des caractéristiques, seulement le nombre de partenaires distingue les groupes. En effet, les mères des filles victimes de leur beau-père rapportent un plus grand nombre de partenaires de vie que celles dont les filles ont été agressées par une connaissance (M= 2,6 partenaires ET=1,0 et M= 1,4 ET ,72 respectivement).

Tableau 4 Description des caractéristiques de la mère et analyses de variance et chi-carré en fonction du lien victime-agresseur.

Variable		Lien victime agresseur N=85					F ou X ²	Post-hoc
		1. Père biologique (N=23)	2. Conjoint de la mère (N=15)	3. Frère de la victime (N=10)	4. Famille élargie (N=21)	5. Adulte connu de la victime (N=16)		
Âge de la mère (ans)	M	33,0	35,1	35,2	33,7	34,2	0,7	-
	ET	4,3	5,3	2,7	5,2	4,2		
% en couple (N)	(51)	34,8 (8)	60 (9)	70 (7)	71,4 (15)	75 (12)	9,2	-
N de partenaires à vie	M	1,8	2,6	2,4	2,0	1,4	2,7*	2>5
	ET	0,9	1,0	2,1	1,1	0,7		
<u>Occupation</u>								
% avec emploi (N)	(32)	52,4 (11)	50 (6)	50 (5)	38,1 (8)	12,5 (2)	NSP	-
% à la maison (N)	(47)	47,6 (10)	33,3 (4)	40 (4)	52,4 (11)	81,3 (13)		
% autres (N)	(6)	0	16,7 (2)	10 (1)	9,5 (2)	6,3 (1)		
Scolarité (ans)	M	11,0	12,2	11,3	10,6	11,0	1,3	-
	ET	1,7	2,2	2,1	2,8	2,0		
Revenu personnel (annuel)	M	14375	11970	14004	15089	20856	1,0	-
	ET	7422	9849	11009	20856	6958		
Revenu familial (annuel)	M	24720	28935	21556	30906	23984	0,5	-
	ET	14713	21568	8932	28177	13343		

• p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001 NSP : ne s'applique pas étant donné la distribution des sujets dans les cellules

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Un *questionnaire sociodémographique* a été administré aux mères afin d'évaluer leurs caractéristiques de même que celles de l'enfant (âge, niveau de scolarité, le revenu familial, etc.) et de la famille (le nombre et l'âge des enfants, etc.).

Soutien maternel

Soutien maternel spécifique à la situation d'agression. Une version révisée et traduite (Thériault et al., 1995) du *Parental Reaction to Aggression Disclosure Scale* (P.R.A.D.S.; Everson et al., 1989) a été utilisée pour évaluer le soutien maternel spécifique au dévoilement de l'agression sexuelle. Quatre dimensions sont évaluées à l'aide de cet instrument: a) croire la dénonciation de l'enfant, b) les actions entreprises face à l'agresseur, c) le soutien émotionnel apporté à l'enfant et d) la recherche et l'utilisation des

services professionnels. Une entrevue semi-structurée est réalisée séparément auprès de la mère et de la victime. Suite aux entrevues, le P.R.A.D.S. est codifié en combinant les informations obtenues auprès de la victime et de sa mère. Les scores de chacun des quatre items varient de -2 à +2 et le score total, de -8 à +8. Il n'existe pas de façon officielle d'interpréter les côtes, mais il est possible de dire qu'un score total se situant entre +4 et +8 désigne une mère qui soutient son enfant, entre +3 et -3, une mère ambivalente et entre -4 et -8, une mère qui ne soutient pas son enfant. La cohérence interne de l'échelle totale pour l'échantillon de la présente étude est bonne (alpha de ,70) quoique légèrement inférieure à celles précédemment obtenues (alpha ,83; Runyan et al., 1992). Pour les fins d'analyses statistiques, nous avons recodé et réduit la distribution de chacun des items de l'échelle de manière à ce que les catégories se distribuent de 1 "hésitant", 2 "ambivalent" et 3 "soutien adéquat".

Soutien non spécifique à la situation d'agression. Le soutien émotif, véhiculé par les conduites affectives et les pratiques éducatives envers l'enfant, a été évalué à l'aide de deux instruments soit le questionnaire des comportements parentaux de Bergeron, Valla, Breton, Gaudet et Berthiaume (1993), et le questionnaire des pratiques parentales Alabama (Frick, 1991). Ainsi, deux sous-échelles du *Questionnaire des attitudes et des comportements parentaux*, élaboré par Bergeron et al. (1993), et composées chacune de huit items à répondre sur une échelle de type Likert de quatre points (jamais, quelque fois, souvent et la plupart du temps) ont été utilisées pour évaluer la fréquence des attitudes de "soin et de soutien" (aspect affectif et instrumental des pratiques parentales) et de "punition" (isolation affective, privation de privilèges, rejet et punition physique) de la mère au cours des 6 derniers mois. Des cotes élevées sur ces échelles indiquent davantage de soin et de soutien de la part de la mère et une plus grande utilisation de la punition comme pratique parentale. Les coefficients de cohérence interne de ces échelles calculés pour le présent échantillon sont acceptables (alpha de ,81 pour l'échelle de soins/soutien et de ,73 pour la punition) quoique légèrement inférieurs à ceux obtenus par les auteurs (alpha rapportés varient de ,80 et ,82 pour l'échelle de soin/soutien et entre ,71 et ,73 pour l'échelle de punition; Bergeron et al., 1992, 1993)

La version traduite (Toupin, Pauzé & Déry, 1996) de deux sous-échelles du *Alabama Parenting Questionnaire* (APQ) de Frick (1991) a été utilisée pour évaluer deux dimensions des pratiques éducatives de la mère: l'insuffisance de la supervision parentale (dix items) et l'incohérence de la discipline (six items). Ces deux dimensions sont évaluées sur une échelle de fréquence en cinq points allant de 1 (jamais) à 5 (toujours). Des scores élevés sur ces échelles indiquent une supervision insuffisante de la part du parent ou un plus grande incohérence de la discipline. La cohérence interne mesurée auprès du présent échantillon est modérée avec des coefficients alpha de ,67 pour l'insuffisance de la supervision et de ,53 pour l'incohérence de la discipline. Ces coefficients sont comparables à ceux mesurés dans d'autres études (variant entre ,49 et ,70 cités dans Shelton, Frick & Wooton, 1996; Frick, Christian & Wooton, 1999).

La détresse psychologique et les prédispositions de la mère

Symptomatologie de la mère. La détresse psychologique de la mère a été mesurée à l'aide de l'*Indice de détresse émotionnelle*, la traduction française du "Psychiatric Symptom Index" (P.S.I.), version abrégée et adaptée par Ilfeld (1978) du *Hopkins Symptoms Checklist* (Derogatis, 1977) et validée dans l'Enquête Santé-Québec (Prévillé et al., 1992). Ce questionnaire auto-administré mesure la détresse psychologique vécue par la mère dans les sept derniers jours et est composé de quatre sous-échelles: symptômes d'anxiété, de

dépression, d'agressivité et problèmes de concentration (Kovess et al., 1985). L'instrument comprend 29 items cotés à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 0 (jamais) à 3 (très souvent). Plus un score s'approche du zéro, plus le répondant rapporte une bonne santé psychologique tandis qu'une cote égale ou plus élevée que 30 (score maximal: 100) indique qu'un individu tend à avoir des difficultés personnelles, des sentiments dépressifs, une anxiété, une agressivité, et des problèmes de concentration à des niveaux supérieurs à la moyenne. Les coefficients alpha calculés auprès des sujets de cette étude varient de ,77 à ,90 pour les sous-échelles et égale ,96 pour le score global. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par d'autres auteurs (Deschênes, 1998; Okur, Stein, Bauman & Silver, 1996; Gélinas, Lussier & Sabourin, 1995; Préville, Potvin & Boyer, 1992; Ilfeld, 1978).

Symptômes de stress post-traumatiques de la mère. L'état de stress post-traumatique vécu au cours des sept derniers jours par la mère a été mesuré à l'aide d'une version française (Cyr et al., 1996) du questionnaire *Impact of Event Scale* (IES; Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Le questionnaire comporte 15 items évalués sur une échelle de fréquence en quatre points (jamais, rarement, quelques fois, souvent). Il est divisé en deux échelles qui évaluent respectivement la sévérité des symptômes associés aux phases d'évitement (8 items) et d'intrusion (7 items). Un score élevé indique un niveau élevé de symptômes. Pour l'interprétation des cotes, les scores moyens enregistrés par les patients adultes victimes de traumatisme sont de 38 pour l'échelle totale, 21 pour la sous-échelle d'intrusion et 17 pour l'échelle d'évitement (Yule & Williams; 1989). Horowitz et al. (1979) et Watson (1990) rapportent des coefficients de cohérence interne respectivement de ,78 et ,84 pour l'échelle d'intrusion, de ,82 et ,96 pour l'échelle d'évitement et une fidélité test-retest se situant entre ,71 et ,97. Les coefficients de cohérence obtenus dans le cadre de cette recherche sont également très satisfaisants (.87 pour l'échelle totale, .87 pour l'échelle d'intrusion et .79 pour l'échelle d'évitement).

Histoire d'agression sexuelle dans l'enfance de la mère. L'histoire des problèmes familiaux vécus par la mère avant l'âge adulte a été évaluée à l'aide d'un questionnaire (Thériault, Cyr et Wright, 1996) que nous avons développé pour cette étude en nous inspirant de quelques questions du *Incest History Questionnaire* de Courtois (1988). Pour l'étude, les réponses catégorielles sur la présence ou non de l'agression ont été utilisées et nous avons créé une variable continue qui tient compte de la durée et de l'intensité avec laquelle la mère rapporte avoir vécu l'agression pour les analyses où une variable continue était requise.

Les ressources psychosociales et les sources de stress

Réseau social de la mère. Le *Questionnaire sur le soutien social* développé par Sarason et al. (1983), a été utilisé pour mesurer le soutien social reçu par la mère. Cet instrument, traduit par De Man et al. (1986), comprend 6 items dans sa version abrégée et fournit deux scores mesurant la perception de la disponibilité du réseau de soutien (le nombre de personnes vers qui, à leur avis, les répondants peuvent se tourner et sur qui ils peuvent compter) ainsi que le degré de satisfaction éprouvé face au soutien reçu sur une échelle de six points allant de -3 (très insatisfaite) à +3 (très satisfaite). De Man et al., (1986) rapportent des coefficients de cohérence interne acceptables qui varient de ,64 à ,88 mais inférieurs à ceux rapportés par Sarason et al., (1987) (,90 et ,93). La validité convergente de ces instruments avec des mesures de détresse émotionnelle et des tests de personnalité est satisfaisante (Sarason, et al., 1987). Nous avons obtenu un très bon niveau de cohérence interne avec un alpha de ,92 pour le nombre de personnes et de ,89 pour l'échelle de satisfaction.

La violence conjugale. Le *Questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux* (Bouchard & Dumont, 1989), qui est la traduction française du *Conflict Tactics Scale* (Strauss, 1979) sera utilisée pour évaluer la fréquence, la sévérité et la chronicité de la violence conjugale (physique ou verbale) subie par la mère, au cours des 12 derniers mois. Cet instrument comprend 44 items qui distinguent le raisonnement, la négociation, l'agression psychologique mineure et sévère ainsi que la violence physique mineure et sévère. Chaque item est coté sur une échelle de fréquence en sept points allant de 0 (jamais) à 6 (plus de 20 fois). Cet instrument a été récemment utilisé dans l'enquête Santé Québec. Tant dans sa structure factorielle, qu'au niveau des indices de cohérence interne, cette version se révèle comparable à la version américaine dont la validité a été maintes fois prouvée. Pour la présente étude, nous avons utilisé deux échelles additives combinant les 23 premiers items: la chronicité de la violence et sa sévérité. Les coefficients alpha obtenus auprès du présent échantillon s'élèvent à respectivement ,73 et ,59.

Le niveau de stress induit par les événements de vie. Le *Life Events Checklist* (Johnson & McCutcheon, 1980) a été utilisé pour évaluer le niveau de stress vécu par les mères. Ce questionnaire, traduit par le service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies pour les fins de l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Bergeron et al., 1992), comporte une liste de 23 événements de la vie (ex: déménagement, problèmes d'argent) qui ont pu avoir lieu au cours des six derniers mois. Le répondant doit spécifier dans quelle mesure chacun de ces événements l'a affecté sur une échelle d'intensité en 5 points; a) pas vécu; b) pas du tout bouleversant; c) peu bouleversant; d) assez bouleversant et e) extrêmement bouleversant. Dans un premier temps, le nombre moyen d'événements a été calculé. Ensuite, un score d'intensité est calculé. Si un événement n'a pas été vécu ou s'il n'a pas du tout été bouleversant pour le répondant, un score de 0 est attribué alors que l'intensité avec laquelle l'événement a été vécu est cotée de 1 à 3 (peu à extrêmement). Les scores sont additionnés afin de produire un score de stress qui s'étend de 0 à un maximum possible de 69 points. Un score élevé indique un niveau élevé de stress. La fidélité test retest mesurée auprès d'un autre échantillon est de ,72 à intervalle de deux semaines.

Caractéristiques de l'enfant

Adaptation psychosociale des enfants. L'adaptation psychosociale de l'enfant au cours des six derniers mois a été évaluée auprès de la mère par *L'inventaire des comportements de l'enfant* (Fombonne, 1997) qui est une version française du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983, 1992) et qui évalue la diversité, la fréquence et l'intensité des problèmes de comportement de l'enfant. Le questionnaire se compose de 118 items évalués sur une échelle en trois points 0 (n'est pas vrai ou jamais vrai); 1 (à peu près vrai ou parfois vrai); 2 (très vrai ou souvent vrai) qui se subdivise en deux grandes échelles dont l'une porte sur les troubles de comportements extériorisés de type "acting-out" (ex. hyperactivité, agressivité) et l'autre sur les troubles intériorisés liés à l'excès de contrôle (ex. anxiété, dépression, déficit dans la communication, obsession-compulsion). Chacune de ces échelles se subdivise en sous-échelles permettant de mesurer les diverses dimensions qui les composent. Ces dimensions sont l'anxiété, la dépression, les problèmes somatiques, d'attention, d'organisation de la pensée et de socialisation pour la dimension intériorisée et l'opposition, l'agressivité ou la délinquance pour les problèmes liés à l'extériorisation. Les résultats obtenus (les scores bruts sont traduits en scores T standards dont la moyenne est de 50 et l'écart-type de 10) nous indiquent le nombre de problèmes de comportement de l'enfant par rapport à la norme des enfants de son âge. Une cote supérieure ou égale à 63 pour n'importe laquelle des échelles indique que

l'enfant présente davantage de problèmes de comportements observables que les autres enfants de son âge. Les coefficients de fidélité obtenus pour la présente étude s'étendent de ,68 à ,92 pour l'ensemble des échelles.

Les comportements sexualisés de l'enfant. Le *Child Sexual Behavior Inventory* (Friedrich, 1992) a été utilisé dans sa version française (Wright et al., 1994) pour évaluer la fréquence des comportements sexuels réactifs à l'agression sexuelle. L'instrument comprend 39 items cotés par la mère sur une échelle de fréquence en quatre points: 0 (jamais); 1 (moins d'une fois par mois); 2 (une à trois fois par mois); 3 (au moins une fois par semaine) afin d'évaluer la fréquence de comportements spécifiques tels l'autostimulation, l'agression sexuelle, les comportements liés aux rôles sexuels, la violation des frontières personnelles et cela, pour les six derniers mois. Les cotes de chaque item sont additionnées pour donner un score total de comportements sexualisés. Le seuil clinique est de 6 pour les enfants âgés de 7 à 12 ans. Le score total de l'échelle est relié à l'intensité de l'agression (Friedrich et al., 1992). La cohérence interne est excellente (Alpha de ,84)

Les symptômes post-traumatiques de l'enfant. La traduction du *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C) développé par Briere (1989) (traduit par Sabourin & Wright, 1996) a été utilisée pour mesurer la détresse post-traumatique telle que rapportée par l'enfant, et certains symptômes psychologiques qui y sont reliés. Cet instrument, sensible aux séquelles à court terme de l'agression sexuelle chez l'enfant, comprend 54 items évalués sur une échelle de fréquence en quatre points 0 (jamais); 1 (des fois); 2 (souvent); 3 (presque toujours). Il contient deux échelles de validité (tendance à révéler un score plus bas que la norme, tendance à révéler beaucoup de symptômes) et six échelles cliniques (anxiété, dépression, stress post-traumatique, préoccupations sexuelles, dissociation, colère) chez les enfants. L'instrument a été validé auprès d'un échantillon de 3008 enfants et adolescents permettant d'identifier des scores à la limite d'une symptomatologie importante et d'un seuil clinique pour chaque sous-échelle (respectivement pour l'anxiété, la dépression, le stress, la sexualité, la dissociation et la colère: 13, 13, 17, 5, 14 et 15). L'instrument discrimine bien entre les victimes d'agression et celles qui n'en ont pas subie (Schmidt, 1992). La cohérence interne des différentes sous-échelles mesurées auprès des sujets de la présente étude s'étendent de ,76 à ,86 et sont comparables à celles mesurées auprès d'un autre échantillon de victimes d'agression sexuelle (Lanktree & Briere, 1995). Les corrélations entre les différentes sous-échelles du Briere varient de ,56 à ,69. Pour les besoins de cette étude, nous avons utilisé un score total de stress post-traumatique constitué de l'addition des cotes de chaque sous-échelle. La cohérence interne est excellente (Alpha de ,96).

Perception de l'enfant du soutien reçu. La perception de l'enfant relativement au soutien qu'il reçoit de la part de sa mère a été évaluée par une échelle mesurant le réseau de soutien de l'enfant, une adaptation (Drapeau, 1989) du *Children Inventory of Social Support* (CISS; Sandler et al., 1984). Il s'agit d'une entrevue structurée réalisée auprès de l'enfant afin d'évaluer le nombre total de personnes qui lui procure du soutien pour chacun des aspects: soutien récréatif, assistance matérielle, conseils, soutien émotionnel et rétroaction positive. Le nombre total de fois où sa mère a été mentionnée a été utilisé dans les analyses. Dans la présente recherche, nous avons obtenu des coefficients alpha adéquats variant entre ,72 et ,87 pour les cinq échelles.

La version traduite *Child Attitude toward mother* de Guilli et Hudson (1977) a été utilisée pour mesurer la perception de l'enfant concernant la qualité de sa relation avec sa

mère. Le questionnaire administré à l'enfant se compose de 25 items à répondre sur une échelle de fréquences à cinq points (rarement ou jamais); (parfois ou très peu souvent); (quelque fois); (la plupart du temps) et (souvent ou tout le temps'). Les cotes totales peuvent varier entre 0 et 100. Un résultat se situant au dessous de 29 indique l'absence de conflits. Une cote de 30 et plus signale une relation cliniquement problématique avec l'enfant tandis qu'une cote de 70 suggère la présence de stress sévère chez l'enfant. Le coefficient de cohérence interne obtenu auprès du présent échantillon (coefficient alpha est de ,88) est très légèrement inférieur à celui rapporté par l'auteur (Alpha de ,94).

Caractéristiques de l'agression sexuelle

L'Échelle d'évaluation d'agression sexuelle (Wright et al., 1994), version française du *Sexual Aggression Rating Scale* (Friedrich, 1992), a été remplie par l'évaluatrice(teur) en charge de l'enfant. Il s'agit d'un questionnaire de 23 items qui évalue la sévérité, la durée et la fréquence de l'agression. Cette échelle détermine aussi l'identité de l'agresseur et le temps écoulé depuis la fin de l'agression. Les réponses à ces items ont été soumises à une analyse factorielle sur un autre échantillon de garçons et de filles agressés sexuellement et âgés de 6 à 17 ans. L'extraction factorielle par composantes principales n'a donné qu'un résultat moyen avec un KMO de ,57, 63% de variance expliquée pour 7 facteurs extraits et un taux de résidus inacceptable de 50% (fort probablement en raison de la nature dichotomique des variables et du nombre limité de cas 169). Cette analyse a servi de guide pour créer deux sous-échelles qui ont été utilisées pour la présente étude. La *Sous-échelle de confirmation de l'agression* est constituée à partir des trois items (à deux choix de réponses 1=non et 2=oui) suivants: (a dénoncé l'agression sexuelle de façon convaincante); (preuves non-médicales suggérant l'agression) et (outre votre évaluation, agression sexuelle confirmée). Les cotes de chaque item sont additionnées pour produire un score continu de confirmation de l'agression. La cohérence interne est de ,60. La *Sous-échelle de sévérité de l'agression* est composée des cinq items (deux choix de réponses) suivants: (l'agresseur a attaché l'enfant); (il y a eu pénétration); (il y a eu contact physique sexuel); (il y a eu violence physique) et (les agressions étaient fréquentes). Les cotes de chaque item sont additionnées pour produire un score continu de sévérité de l'agression. Une cote élevée signifie une plus grande sévérité de l'agression. La cohérence interne est de ,55.

Résultats

Tests statistiques

Pour répondre aux objectifs et hypothèses de la recherche, nous avons effectué une série d'analyses de la variance, de tests Chi-carré et de régressions multiples (Stepwise). Pour ces analyses de régression qui visent à identifier, d'une part, les prédicteurs des différents types de soutien et, d'autre part, les prédicteurs des symptômes des enfants, la stratégie d'analyse statistique choisie est celle suggérée par le modèle de Baron et Kenny (1986). Les procédures plus détaillées seront décrites dans les sections appropriées.

A- Le soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle et ses déterminants

Cette section concerne le soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle et comporte quatre parties. La première vise à décrire les mères de notre échantillon selon les quatre dimensions du soutien maternel spécifique à l'agression offert à l'enfant suite au dévoilement de l'agression sexuelle. La deuxième partie sert à examiner plus attentivement les caractéristiques des mères et les réactions de l'enfant selon la quantité de soutien offert.

Une attention particulière a été portée au soutien émotif et ces analyses font l'objet de la troisième partie. Finalement, la quatrième partie comprend les analyses de régression dont l'objectif est d'identifier les facteurs prédictifs du soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle.

Description du soutien maternel

Premièrement, nous avons comparé les mères sur les quatre dimensions du soutien maternel spécifique à l'agression selon un facteur de première importance soit le lien entre la victime et l'agresseur. Le tableau 5 présente la distribution des sujets sur les quatre dimensions du soutien selon la cote attribuée et les résultats des analyses de la variance et de Chi-carrés comparant le score total sur l'échelle de soutien de même que chacune de ces dimensions selon l'identité de l'agresseur.

Tableau 5. Description du soutien maternel et résultats d'analyses de variance et tests χ^2 comparant le soutien maternel spécifique à l'agression en fonction du lien victime-agresseur.

Variable	% (N) total	Lien victime agresseur N=85					F ou χ^2	Post-hoc
		1. Père biologique (N=23)	2. Conjoint de la mère (N=15)	3. Frère de la victime (N=10)	4. Famille élargie (N=21)	5. Adulte connu de la victime (N=16)		
Score total (M, ET)		10,5 (1,6)	7,9 (2,5)	9,1 (2,3)	9,6 (2,0)	9,3 (1,4)	3,9**	1 > 2
A- Croit enfant								
% hésite (N)	8,4 (7)	4,5 (1)	20 (3)	10 (1)	5 (1)	6,3 (1)		
% ambivalente (N)	10,8 (9)	9,1 (2)	13,3 (2)	20 (2)	15 (3)	0		
% supportante (N)	80,7 (67)	86,4 (19)	66,7 (10)	70 (7)	80 (16)	93,8 (15)	4,9 ^a	-
B- Soutien émotif								
% hésite (N)	31,3 (26)	18,2 (4)	46,7 (7)	40 (4)	30 (6)	31,3 (5)		
% ambivalente (N)	38,6 (32)	31,8 (7)	40 (6)	30 (3)	40 (8)	50 (8)		
% supportante (N)	30,1 (25)	50 (11)	13,3 (2)	30 (3)	30 (6)	18,8 (3)	3,8 ^a	-
C- Action envers agresseur								
% passive (N)	7,2 (6)	4,5 (1)	20 (3)	10 (1)	5 (1)	0		
% ambivalente (N)	27,7 (23)	13,6 (3)	40 (6)	30 (3)	35 (7)	25 (4)		
% désapprouve (N)	65,1 (54)	81,8 (18)	40 (6)	60 (6)	60 (12)	75 (12)	5,4 ^a	-
D- Utilisation de services								
% passive (N)	34,9 (29)	9,1 (2)	53,3 (8)	20 (2)	45 (9)	50 (8)		
% ambivalente (N)	27,7 (23)	27,3 (6)	33,3 (5)	50 (5)	20 (4)	18,8 (3)		
% active (N)	37,3 (31)	63,6 (14)	13,3 (2)	30 (3)	35 (7)	31,3 (5)	12,2 ^a	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ Note^a: les Chi-carrés ont été calculés pour comparer les mères selon deux catégories: supportantes ou non supportantes (catégories 'hésitantes' ou 'passives' et 'ambivalentes' combinées).

La première forme de soutien spécifique à l'agression est le fait de croire la victime. La majorité des mères de l'échantillon croit l'enfant (au total, 81% des mères contre 19% qui sont hésitantes). C'est lorsque les enfants ont été agressés par leur beau-père (66,7%) et par leur frère (70%) que les mères sont les moins nombreuses à croire la victime. La plus grande proportion des mères qui affirment croire leur enfant se retrouve dans le groupe des victimes d'un adulte connu (93,8%) suivi des groupes des pères (86,4%) et des membres de la famille élargie (80%). Soulignons que le nombre élevé de mères qui croient à l'agression

sexuelle de leur enfant par le père biologique de celui-ci peut s'expliquer, entre autres, par le fait que ces pères ne vivaient pas avec la mère et la victime au moment du dévoilement.

Le soutien émotif est la seconde dimension du soutien et celui-ci est offert par le tiers des mères (30,1%) de l'échantillon total. C'est dans le groupe des victimes des pères que ce type de soutien est le plus élevé (50%) suivi des groupes des frères et des membres de la famille élargie (30% chacun). Les proportions les plus faibles de mères qui offrent ce soutien se retrouvent dans les groupes des conjoints (13,3%) et des adultes connus de la victime (18,8%).

Les actions protectrices de la victime (désapprobation concrète et ouverte des actes de l'agresseur) constituent une troisième dimension du soutien maternel offert à la victime dont 65% des mères font preuve. La proportion la plus forte des mères offrant ce type de soutien se retrouve dans le groupe des pères (81,8%) tandis que le pourcentage le plus faible s'observe dans le groupe des conjoints (40%). Les actions protectrices sont entreprises par 60% des mères dont les enfants ont été agressés par le frère ou un membre de la famille élargie et par 75% des mères des victimes d'un autre adulte connu.

La dernière composante du soutien est l'utilisation de services professionnels qui, encore une fois, apparaît comme davantage offerte par les mères dont les filles ont été agressées par le père (63,6%) ce qui représente le double de la proportion observée chez les groupes des victimes agressées par le frère (30%), un adulte connu (31%) ou par un membre de la famille élargie (35%). Seulement 13,3% des mères utiliseront des services professionnels quand l'agresseur est leur conjoint.

Finalement, la comparaison des différents groupes selon un score total de soutien maternel obtenu par l'addition des quatre dimensions du soutien maternel révèle que les mères dont les enfants ont été agressés par leur père biologique offrent plus de soutien spécifique à l'agression que les mères dont l'enfant a été agressé par le conjoint. Les autres groupes ne se distinguent pas entre eux. Il convient de rappeler que les pères agresseurs ne vivaient plus avec la mère et la victime lors du dévoilement.

Sous-groupes de mères selon le niveau de soutien offert

Nous avons ensuite cherché à déterminer si les mères se distinguaient selon le niveau de soutien qu'elles offraient en scindant la distribution du score total en trois catégories selon un niveau faible, moyen ou élevé de soutien offert. Ainsi, nous avons examiné l'échantillon des mères selon la distribution en percentile et nous avons tenté de les regrouper en trois catégories selon leurs cotes. Nous avons ensuite comparé ces catégories selon les différents déterminants potentiels du soutien maternel. Ces déterminants sont regroupés en fonction des caractéristiques des mères, de sa symptomatologie, des sources de stress ou de soutien, des caractéristiques de l'agression sexuelle et des perceptions de l'enfant.

Notons en premier lieu que la plus grande proportion de mères se situe dans la catégorie moyenne (48% offre un soutien total moyen) alors que seulement 15% se classe dans la catégorie de soutien faible et 37% dans la catégorie de soutien élevé. Les résultats des analyses comparant les groupes selon l'ensemble des déterminants du soutien figurent au tableau 6. Ils indiquent, premièrement, que sur l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques de la mère, les groupes se distinguent seulement sur le niveau de scolarité. Les mères qui se classent dans le groupe de soutien moyen ont environ une année de scolarité de moins que les groupes faible et élevé [$M=10.5$ ($ET=2.0$), $M=12.2$ ($ET=2.4$) et $M=11.6$ ($ET=2.1$) respectivement].

Tableau 6. Comparaison des moyennes et écart-types et tests univariés sur les caractéristiques selon la quantité du soutien offert.

Variable	Groupes de soutien			F ou χ^2	Post-hoc
	1. faible (n=13)	2. moyen (n=43)	3. élevé (n=33)		
Caractéristiques de la mère					
Âge de la mère M(ET)	36,0 (5,2)	33,2 (3,4)	33,7 (4,9)	2,0	-
Scolarité M(ET)	12,2 (2,4)	10,5 (2,0)	11,6 (2,1)	4,6*	2<1,3
Revenu familial M(ET)	24 197 (16 797)	25 272 (17 802)	29 919 (21 998)	0,55	-
Vit en couple : % oui (N)	54 (7)	59 (23)	65 (20)	0,49	-
Nombre de partenaires	2,2 (1,1)	2,13 (1,5)	1,6 (0,76)	1,7	-
Symptomatologie de la mère					
Détresse psychologique M(ET)	14,8 (4,6)	31,9 (23,9)	32,0 (20,8)	3,7*	1<2,3
Atteint le seuil clinique en % (N)	0%	42% (19)	52% (17)	NSP	-
Symptômes d'intrusion	13,6 (8,1)	18,9 (10,0)	17,2 (9,6)	1,5	-
Symptômes d'évitement	10,7 (9,3)	16,2 (10,2)	14,0 (8,6)	1,7	-
Histoire d'agression : % oui (N)	46 (6)	61 (23)	58 (18)	,83	-
Sources de stress et ressources					
Événements stressants vécus	2,9 (3,3)	4,0 (4,0)	3,3 (2,7)	0,60	-
Sévérité violence conjugal M(ET)	5,4 (8,9)	1,1 (2,6)	0,21 (0,83)	6,1**	1>2,3
Chronicité violence conjugale	73,0 (53,7)	36,7 (22,5)	38,8 (41,4)	3,8*	1>2,3
Nbre personnes du réseau	3,4 (2,4)	3,5 (2,1)	3,4 (1,6)	0,07	-
Satisfaction face au réseau social	2,2 (1,1)	2,7 (0,60)	2,6 (0,70)	2,4	-
Caractéristiques de l'agression					
Âge lors de l'agression M(ET)	7,6 (2,8)	8,2 (2,6)	6,7 (2,3)	3,4*	2>3
Sévérité de l'agression	3,6 (0,65)	4,0 (0,62)	4,0 (0,82)	1,6	-
Confirmation de l'agression	4,9 (1,0)	5,0 (0,80)	5,4 (0,81)	2,4	-
Durée relative de l'agression	0,14 (0,19)	0,10 (0,10)	0,13 (0,11)	1,1	-
Agresseur nie : % oui (N)	50 (6)	53 (19)	56 (15)	0,11	-
Perceptions de l'enfant					
Du soutien reçu de sa mère	4,2 (0,94)	4,0 (1,4)	4,04 (1,3)	0,10	-
De sa relation (conflits)	11,9 (9,1)	12,5 (10,7)	17,2 (15,8)	1,1	-

*p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001 NSP : ne s'applique pas étant donné la distribution des sujets dans les cellules

Deuxièmement, parmi les mesures de la symptomatologie de la mère, les groupes diffèrent seulement sur la détresse psychologique. Les mères du groupe de soutien faible rapportent un score moyen de symptômes inférieur (M= 14,8, ET=4,6) aux mères des deux autres groupes. Par ailleurs, si l'on tient compte du seuil clinique, aucune des mères du groupe de soutien faible n'atteint le seuil clinique alors que pour les groupes de soutien moyen et élevé ces proportions s'élèvent à 42% et 52% respectivement. Troisièmement, les résultats indiquent que deux mesures de sources de soutien et de ressources psychosociales distinguent les groupes de mères. Ce sont la sévérité et la chronicité de la violence conjugale. Les mères du groupe de faible soutien rapportent 5 fois plus de sévérité et deux fois plus de chronicité dans la violence conjugale qu'elles subissent que les groupes de soutien moyen et élevé. Concernant les caractéristiques de l'agression, les enfants dont les mères offrent un soutien de niveau moyen étaient significativement plus âgés lors de l'agression (8,2 ans) alors que ceux du groupe de soutien élevé étaient les plus jeunes (6,7 ans). Les enfants du groupe faible (7,6 ans) ne se distinguent pas significativement des deux autres groupes selon l'âge lors de l'agression.

Nous avons aussi examiné dans quelle mesure la quantité de soutien offert par les mères suite au dévoilement pouvait permettre de distinguer ces mères sur leurs pratiques

parentales, que nous considérons par ailleurs comme des formes de soutien non spécifiques à la situation d'agression. Les résultats des analyses de variance qui figurent au tableau 7 indiquent deux différences significatives. D'abord, les mères du groupe de soutien élevé rapportent en moyenne plus de pratiques parentales générales de soin et soutien envers leur enfant (28.5, ET=3.6) que les mères des deux autres groupes qui rapportent des moyennes légèrement plus faibles. Ensuite, les mères se distinguent selon l'inconsistance de leur discipline. Les mères du groupe de soutien moyen rapportent significativement plus d'inconsistance dans leurs pratiques disciplinaires (15.6, ET=3.1) que les mères des groupes faibles (12.8, ET=3.3) et élevés (13.4, ET=3.8) qui sont comparables entre elles.

Tableau 7. Comparaisons des moyennes et des écart-types sur les échelles du soutien non spécifique à l'agression selon la quantité de soutien offert

Variable	Groupes de soutien			F ou χ^2	Post-hoc
	1. faible (n=13)	2. moyen (n=43)	3. élevé (n=33)		
Soins/soutien	26,0 (4,4)	26,1 (3,8)	28,5 (3,6)	3,6*	2 <3
Punition	13,2 (3,2)	13,8 (2,7)	13,9 (3,3)	0,23	-
Discipline inconsistante	12,8 (3,3)	15,6 (3,1)	13,4 (3,6)	5,0**	1 <2 >3
Supervision insuffisante	13,4 (3,8)	15,4 (5,3)	15,2 (4,8)	0,84	-

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

Les analyses comparant les groupes de soutien avec les mesures de symptômes des enfants figurent au tableau 8. Parmi les différentes mesures de symptômes évaluées par la mère (intérieurisé, extériorisé, comportement sexualisé), les groupes ne se différencient sur aucune. Il en est de même pour les scores moyens de symptômes rapportés par les enfants qui sont comparables quelque soit le niveau de soutien offert par la mère. Lorsque l'on examine le pourcentage d'enfants qui dépasse un seuil cliniquement significatif, l'on observe encore une fois aucune différence entre les groupes.

Tableau 8a. Comparaisons univariées des moyennes et écart-types sur les symptômes de l'enfant selon la quantité de soutien offert.

Symptômes :	Groupes de soutien			F	Post-hoc
	1. faible (n=13)	2. moyen (n=43)	3. élevé (n=33)		
Intériorisés	58,2 (8,0)	61,4 (11,7)	65,5 (11,0)	2,4	-
Extériorisés	60,4 (10,6)	63,6 (10,6)	60,5 (13,6)	0,76	-
Échelle Post-traumatique					
Colère	6,6 (5,1)	6,0 (5,6)	6,7 (4,4)	0,15	-
Dépression	7,2 (4,9)	7,3 (5,1)	8,7 (5,2)	0,59	-
Stress	8,6 (7,2)	10,8 (6,8)	11,7 (6,3)	0,78	-
Dissociation	7,5 (5,1)	6,9 (5,0)	7,5 (5,1)	0,15	-
Anxiété	9,4 (4,8)	8,0 (5,0)	8,8 (5,0)	0,34	-
Sexualité	5,6 (4,6)	4,8 (4,6)	5,7 (5,1)	0,29	-
Score total	43,0 (26,6)	41,5 (26,5)	46,9 (26,1)	0,30	-
Comportements sexualisés	10,4 (16,1)	6,0 (5,1)	11,1 (12,2)	2,3	-

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

En résumé, le sous-groupe de mères qui offrent un soutien faible se caractérise par la présence au sein de leur famille d'une sévérité et d'une chronicité plus grande de violence conjugale. Quant au sous-groupe de mères qui offrent le plus de soutien à leur enfant, elles présentent elles-mêmes plus de symptômes de détresse psychologique, elles offrent en général de meilleurs soins et soutien et elles ont des enfants qui étaient plus jeunes lors de leur victimisation. Les mères offrant un soutien moyen présentent elles aussi une détresse psychologique et sont plus inconsistantes dans la discipline qu'elles appliquent. Contrairement à nos attentes, les symptômes des victimes ne semblent pas influencés par la qualité du soutien reçu puisqu'aucune différence significative n'est ressortie.

Tableau 8b. Comparaison des pourcentages (et du nombre) d'enfants ayant atteint un seuil clinique selon la quantité de soutien offert.

Symptômes :	Total	Groupes de soutien			X ²	Post-hoc
		1. faible (n=13)	2. moyen (n=43)	3. élevé (n=33)		
Intériorisés (SC= 63)	52 (46)	31 (4)	49 (21)	64 (21)	4,3	-
Extériorisés (SC= 63)	49 (44)	46 (6)	51 (22)	49 (16)	0,12	-
Échelle post-traumatique						
Colère (SC= 14)	10 (7)	9 (1)	11 (4)	9 (2)	NSP	-
Dépression (SC= 12)	16 (11)	9 (1)	9 (3)	28 (7)	NSP	-
Stress (SC= 15)	25 (18)	18 (2)	26 (9)	28 (7)	NSP	-
Dissociation (SC= 13)	13 (9)	18 (2)	9 (3)	16 (4)	NSP	-
Anxiété (SC= 12)	24 (17)	18 (2)	23 (8)	28 (7)	NSP	-
Sexualité (SC=4)	48 (34)	46 (5)	43 (15)	50 (14)	1,04	-
Comportements sexualisés (SC= 6)	52 (37)	31 (4)	45 (18)	50 (15)	1,4	-

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001 Note : SC = Valeur critère du score clinique NSP : ne s'applique pas étant donné la distribution des sujets dans les cellules

Comparaison des mères selon la dimension émotionnelle du soutien offert

Dans cette partie, nous avons cherché à mieux comprendre une dimension particulièrement importante du soutien subséquent au dévoilement, soit le soutien émotif. En effet, des quatre dimensions du soutien maternel spécifique à l'agression, le soutien émotif est celui qui est le moins bien assuré par les mères puisque près de 70% des mères sont évaluées ambivalentes ou hésitantes dans ce type de soutien (voir tableau 5). Ainsi, il est pertinent de s'interroger sur l'effet différentiel possible d'un faible soutien émotif en dépit d'un soutien adéquat sur l'ensemble des autres dimensions. Nous avons donc comparé, à l'aide d'analyses de la variance, trois groupes mères (hésitantes, ambivalentes ou soutien émotif adéquat) selon les différents déterminants et les symptômes de l'enfant.

Les résultats de ces analyses indiquent d'une part que 1) il n'y a pas de différences entre les mères eut égard à la qualité du soutien émotif selon leurs caractéristiques sociodémographiques, leur détresse psychologique, leurs ressources psychosociales ou leurs sources de stress, 2) il n'y a pas non plus de différences significatives selon les caractéristiques de l'agression, l'identité de l'agresseur ou les perceptions de l'enfant victime du soutien reçu. D'autre part, certaines différences ont été relevées au niveau des pratiques parentales générales et des symptômes de l'enfant. Ces résultats figurent aux tableaux 9 et 10.

Au niveau des pratiques parentales, la qualité du soutien émotif offert permet de différencier les mères au niveau de deux pratiques parentales qui ne sont pas spécifiques à la situation d'agression. Ainsi, les mères classées comme hésitantes au niveau du soutien

émotif spécifique à l'agression sont celles qui présentent des scores significativement plus faibles (24,8, ET=3,7) au niveau des soins et soutien général comparées aux mères qui sont ambivalentes ou qui offrent un soutien émotif adéquat (27,6; ET=3,7 et 28,3; ET 3,3 respectivement). En outre, ces mères qui sont hésitantes à offrir un soutien émotif rapportent davantage d'inconsistance dans leurs pratiques disciplinaires (15,3; ET=3,3) que celles qui offrent un soutien adéquat (12,9; ET=3,2). Les mères ne se distinguent pas de manière significative selon leur pratiques punitives ou la supervision (voir tableau 9).

Tableau 9. Comparaisons des moyennes et écart-types de la qualité du soutien émotif offert selon les soutiens non spécifiques à l'agression et résultats des tests univariés.

Variable	Groupes de qualité de soutien émotif			F	Post-hoc
	1.hésitante (n=13)	2.ambivalente (n=43)	3.soutenante (n=33)		
Soin/Soutien	24,8 (3,7)	27,6 (3,7)	28,3 (3,3)	7,1***	1<2<3
Punition	14,7 (3,3)	13,5 (2,5)	13,2 (3,0)	2,1	-
Discipline inconsistante	15,3 (3,3)	14,9 (3,5)	12,9 (3,2)	3,7*	1>3
Supervision insuffisante	14,8 (5,0)	15,8 (5,6)	14,4 (3,8)	0,63	-

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

La qualité du soutien émotif offert semble avoir une influence modérée sur la symptomatologie de l'enfant, particulièrement sur la dimension intériorisée des difficultés d'adaptation (tableau 10a). Les mères qui sont soutenantes au plan émotif rapportent significativement plus de symptômes intériorisés chez leur enfant que les mères qui offrent un soutien ambivalent (M=67,4; ET=11,4 et M=59,7; ET=10,8 respectivement). Les groupes ne se distinguent pas de manière significative sur les sous-échelles de stress post-traumatique rapportées par les enfants ni sur la présence de comportements sexualisés inadéquats.

Tableau 10a. Comparaisons univariées des moyennes et écart-types sur les symptômes de l'enfant selon la qualité du soutien émotif offert.

Symptômes :	Groupes de qualité de soutien émotif			F	Post-hoc
	1. hésitante (n=13)	2.ambivalente (n=43)	3.soutenante (n=33)		
Intériorisés	61,8 (10,6)	59,7 (10,8)	67,4 (11,4)	3,7*	2 < 3
Extériorisés	65,3 (9,8)	58,6 (11,6)	63,1 (13,4)	2,8	-
Échelle post-traumatique					
Colère	6,8 (6,0)	6,5 (4,7)	5,6 (4,5)	0,31	-
Dépression	7,7 (5,4)	7,4 (4,3)	8,3 (5,7)	0,18	-
Stress	10,4 (7,1)	10,4 (6,5)	11,5 (6,6)	0,18	-
Dissociation	7,4 (5,3)	6,6 (4,4)	7,6 (5,5)	0,27	-
Anxiété	9,2 (5,1)	7,7 (4,8)	8,6 (5,2)	0,55	-
Sexualité	5,7 (5,2)	5,4 (5,1)	4,5 (3,7)	0,37	-
Score total	45,0 (27,7)	41,9 (25,1)	44,1 (26,7)	0,09	-
Comportements sexualisés	11,1 (13,3)	5,5 (8,2)	10,4 (8,9)	2,7	-

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

Tableau 10 b. Comparaisons des pourcentages (et nombre) d'enfants ayant atteint un seuil clinique selon la qualité du soutien émotif offert.

Symptômes :	Total	Groupes de qualité de soutien émotif			X ²	Post-hoc
		1. hésitante (n=13)	2. ambivalente (n=43)	3. soutenante (n=33)		
Intériorisés (SC= 63)	52 (46)	46 (13)	43 (15)	72 (18)	5,5	-
Extériorisés (SC= 63)	50 (46)	61 (17)	34 (12)	60 (15)	5,7	-
Échelle post-traumatique						
Colère (SC= 14)	10 (44)	17 (4)	4 (1)	10 (2)	2,3	-
Dépression (SC= 12)	16 (7)	13 (3)	12 (3)	24 (5)	1,6	-
Stress (SC= 15)	25 (11)	25 (6)	23 (6)	29 (6)	0,19	-
Dissociation (SC= 13)	13 (18)	17 (4)	8 (2)	14 (3)	1,0	-
Anxiété (SC= 12)	24 (9)	29 (7)	19 (5)	24 (5)	0,68	-
Sexualité (SC=4)	48 (17)	50 (12)	46 (12)	48 (10)	0,10	-
Comportements sexualisés (SC= 6)	45 (37)	54 (14)	32 (11)	55 (12)	3,8	-

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001 Note : SC = Valeur critère du score clinique

En résumé, l'examen des sous-groupes de mères réparties selon la qualité du soutien émotif qu'elles offrent en lien avec l'agression sexuelle se révèle peu informatif. La qualité du soutien émotif ne semble pas influencée par des caractéristiques propres aux mères ni par le contexte dans lequel elles vivent. Les mères qui hésitent à offrir un soutien émotif sont par contre celles qui offrent également dans la vie de tous les jours des soins et un soutien général faible et qui sont plus inconsistantes dans l'application de la discipline. La présence de soutien émotif fort est caractéristique des mères qui perçoivent chez leur enfant une plus grande détresse de type intériorisée.

Les déterminants du soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle

Cette section comprend les analyses de régression dont l'objectif est d'identifier les déterminants du soutien maternel. Le tableau 11 présente les groupes de déterminants ayant servi aux analyses et leurs corrélations avec l'échelle totale de soutien. Les analyses de régression utilisant la méthode Stepwise ont permis de tester chaque groupe de déterminants pour prédire le score total sur l'échelle de soutien maternel spécifique au dévoilement. Ainsi, 5 séries d'analyses de régression ont été conduites. Les résultats révèlent un nombre limité de déterminants et l'analyse finale est présentée au tableau 12.

Les résultats indiquent que le soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle est lié à trois variables. Premièrement, le fait que l'agression soit commise par le conjoint de la mère prédit moins de soutien de sa part ($B = -1,4$, $p < 0,05$, $R^2 = ,08$). Deuxièmement, un score plus élevé de détresse psychologique de la mère est associé avec plus de soutien ($B = 0,27$, $p < 0,01$, $R^2 = ,08$). Troisièmement, une plus grande sévérité de la violence conjugale prédit moins de soutien de la part de la mère ($B = -0,17$, $p < 0,05$, $R^2 = 0,09$). Prises séparément, ces trois variables ont une contribution significative mais faible puisque le pourcentage de variance expliqué est inférieur à 10%. Aucune caractéristique sociodémographique ni aucune variable de la perception de l'enfant ne prédisent le soutien maternel offert suite au dévoilement. Une dernière analyse de régression a été conduite à partir de ces trois variables pour évaluer leur contribution respective. Les résultats rapportés au tableau 12 indiquent que seulement deux variables demeurent significatives soit la détresse de la mère et le fait que le conjoint de la mère ait commis l'agression. Ces deux variables expliquent 21% de la variable du soutien spécifique. L'identité de l'agresseur a un effet plus important

(bêta = ,41 et R partiel de -,40) que la détresse psychologique de la mère (bêta = ,33 et R partiel de ,33).

Tableau 11. Moyennes et écart-types des prédicteurs du soutien maternel et corrélations de Pearson avec l'échelle totale du soutien maternel.

Groupes de déterminants	M(ET)	%	Échelle totale
Caractéristiques de la mère	34,0 (4,5)	-	-0,09
Âge de la mère			
Scolarité (ans)	11,2 (2,2)	-	0,00
Revenu familial (\$)	26337 (18973)	-	0,11
Vit en couple	-	60,0	0,06
Nombre de partenaires	2 (1,2)	-	-0,12
Sympomatologie de la mère			
Détresse psychologique	29,5 (21,3)	-	0,29**
Symptômes d'intrusion	17,3 (9,6)	-	0,14
Symptômes d'évitement	14,4 (9,6)	-	0,07
Histoire d'agression	-	57,3	0,04
Source de stress et ressources			
Événements stressants vécus	3,6 (3,5)	-	-0,05
Chronicité violence conjugale	43,4 (37,8)	-	-0,15
Sévérité violence conjugale	1,4 (4,1)	-	-0,30*
N, personnes du réseau social	3,4 (1,9)	-	-0,03
Satisfaction face au réseau	2,6 (7,4)	-	0,12
Caractéristiques de l'agression			
Âge actuel de l'enfant	9,1 (0,18)	-	-0,18
Conjoint mère agresseur	-	17,6	-0,34**
Père agresseur	-	27,1	0,31**
Frère agresseur	-	11,8	-0,05
Sévérité de l'agression	3,9 (0,71)	-	0,13
Confirmation de l'agression	5,1 (0,86)	-	0,19
Durée relative de l'agression	0,11 (0,12)	-	0,08
Agresseur nie	-	53,2	-0,03
Victime première fois	-	76,2	0,12
Perceptions de l'enfant			
Du soutien reçu de sa mère	4,0 (1,3)	-	-0,04
De sa relation (conflits)	14,5 (12,9)	-	0,16

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

Tableau 12. Résultats de l'analyse de régression (Stepwise) prédisant le soutien maternel selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression précédentes

Prédicteurs	N	B	SB	Beta	F	R ²	R ² ajusté
Conjoint agresseur		4,6	0,41	-0,41			
Détresse psychologique		-2,5	0,61	0,33			
	80				11,9***	0,23	0,21

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

B- Le soutien maternel non spécifique à l'agression sexuelle et ses déterminants

Le tableau 13 présente la description de variables servant à mesurer le soutien non spécifique à l'agression soit les pratiques parentales générales. Ce tableau inclut également les corrélations avec le soutien total et émotif spécifique au dévoilement. D'abord, si on

considère la distribution des moyennes des scores obtenus sur les échelles de punition et de soins/soutien en les comparant avec les normes calculées auprès d'un échantillon épidémiologique québécois (Bergeron, 1995) on note que les mères des victimes d'agression sexuelle rapportent des cotes moyennes par item sur l'échelle de soins supérieures à celles de la population générale ($M=3,2$ versus $M=2,4$ respectivement). On peut conclure que les mères de notre échantillon tendent à se percevoir comme offrant plus de soins et soutien parental non spécifique à l'agression que les mères de la population générale. Parmi les items endossés par une majorité de sujets, nous notons que 72,3% des mères indiquent que la plupart du temps, elles consolent leur fille lorsqu'elle est triste et la moitié indique que la plupart du temps, elles parlent avec leur enfant de choses importantes pour lui (55,4%), lui font des compliments (51,6%), l'embrasse (55,4%) et parlent ensemble de ses activités (47,7%).

Les moyennes rapportées par les mères des victimes d'agression sur l'échelle de punition sont comparables à celles rapportées par les sujets de l'échantillon épidémiologique ($M=2,34$ contre $2,32$ respectivement). Un examen plus détaillé des items de cette échelle révèlent qu'une petite proportion de mères utilisent parfois des pratiques quelque peu agressives. En effet, 40% des mères indiquent qu'elles menacent quelquefois de frapper leur enfant et un nombre un peu moins élevé révèlent passer à l'acte en frappant leur enfant à l'occasion (32,3%). Un peu moins de la moitié des mères disent avoir la plupart du temps des périodes où elles sont toujours sur son dos (40,0%) et 23,1% indiquent qu'elles disent la plupart du temps à leur enfant qu'elle ne veut plus rien savoir de lui.

Ensuite, les moyennes obtenues par nos mères sur les échelles mesurant l'inconsistance de la discipline ($M=14,3$; $ET=,38$) et l'insuffisance de la supervision ($M=15,0$; $ET=0,52$), sont comparables à celles rapportées par Frick, Christian et Wootton (1999) dans leur étude auprès d'enfants ayant des problèmes de comportements ($M=14,1$ et $M=15,2$ respectivement). Parmi les pratiques disciplinaires inconsistantes, autour de 20% des mères rapportent souvent ou tout le temps menacer de punir leur enfant mais ne pas le faire (22,7%) se laisser persuader par leur fille de ne pas la punir (16%) ou la libérer plus tôt que prévu de la punition imposée (25,3%).

Quand à la supervision, environ 80% disent assurer une supervision adéquate notamment en sachant toujours si leur fille est revenue de l'école à l'heure prévue (80%), en ne la laissant pas seule le soir sans être accompagnée (74,7%), en connaissant toujours ses amis (93,3%). Un pourcentage moins élevé demande toujours que l'enfant prévienne de l'endroit où il va (54,7%) et 17,4% laisse parfois ou souvent leur fille seule à la maison.

Tableau 13. Moyennes et écart-types sur les échelles de pratiques parentales non spécifiques à la situation d'agression et corrélations de Pearson avec le soutien maternel spécifique à l'agression

Soutien non-spécifique	Soutien maternel		spécifique à l'agression	
	M	ET	Totale	émotif
Soin / Soutien général	26,8	3,9	,28**	,35***
Punition	13,7	2,8	,02	-,17
Insuffisance de la supervision	15,1	5,0	,08	-,04
Inconsistance de la discipline	14,3	3,5	-,08	-,26*

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

Lorsque l'on examine les résultats obtenus pour les groupes répartis selon le lien entre la victime et l'agresseur (voir tableau 14), on ne note aucune différence significative entre les groupes. Ainsi, les pratiques parentales des mères que nous venons de décrire s'appliquent à tous les groupes.

Quant aux relations entre ces formes de soutien et le soutien spécifique au dévoilement de l'agression sexuelle nous notons que, parmi l'ensemble des mesures de pratiques parentales, seules les échelles de soin/soutien et de discipline présentent des corrélations significatives modérées avec le soutien émotif spécifique à l'agression. Ainsi, un plus grand soutien non spécifique et une discipline plus consistante sont associés avec davantage de soutien émotif offert par la mère en lien avec le dévoilement. On note également une corrélation d'ordre modéré entre l'échelle totale du soutien spécifique à l'agression et celle des soins et soutien général. Ceci indique donc la pertinence de mesurer ces deux dimensions qui couvrent des attitudes semblables tout en étant en partie distincte. Une mère qui offre un soutien important en lien avec l'agression sexuelle peut être, dans la vie de tous les jours, moins disponible et soutenante.

Tableau 14. Moyennes, écart-types et analyses univariées des scores du soutien maternel non spécifique à la situation d'agression associés aux caractéristiques du lien entre la victime et l'agresseur.

Variable	Lien victime agresseur N=85					F	Post-hoc
	1. Père biologique (N=23)	2. Conjoint de la mère (N=15)	3. Frère de la victime (N=10)	4. Famille élargie (N=21)	5. Adulte connu de la victime (N=16)		
Soins/soutien (M)	27,4	27,7	25,7	26,9	26,1	0,7	-
(ET)	3,6	3,6	4,5	3,8	4,3		
Punition (M)	14,4	12,6	13,4	13,6	13,9	0,9	-
(ET)	3,1	3,8	1,6	2,5	2,3		
Discipline (M)	13,7	13,6	15,3	14,4	15,1	0,7	-
(ET)	3,8	3,0	5,1	2,7	3,3		
Supervision (M)	15,3	14,8	14,6	14,8	15,6	0,1	-
(ET)	5,8	5,4	4,3	4,3	5,2		

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

Les résultats des analyses univariées comparant les mesures de soutien non spécifique avec les symptômes des enfants sont présentés dans le tableau 15 a à d. Les sujets ont été divisés en deux groupes selon qu'ils atteignaient ou non un seuil clinique. Les moyennes obtenues par chaque groupe sur les différentes échelles de soutien non spécifique sont donc comparées. Pour l'échelle de soin et soutien de même que celle de discipline, aucune différence significative n'est obtenue.

Tableau 15a. Comparaisons univariées des moyennes et écart-types sur l'échelle de soin/ soutien en fonction de l'appartenance au groupe clinique.

Symptômes :	Groupe		F	p
	Non clinique	Clinique		
Intériorisés	26,5 (3,8)	27,3 (3,9)	0,90	-
Extériorisés	27,2 (3,8)	26,5 (3,9)	0,80	-
Échelle post-traumatique				
Colère	26,8 (3,9)	24,8 (3,7)	1,4	-
Dépression	26,5 (4,0)	27,2 (3,8)	0,25	-
Stress	26,6 (3,7)	26,7 (4,7)	0,001	-
Dissociation	26,5 (4,0)	27,8 (3,2)	0,74	-
Anxiété	26,4 (4,0)	27,6 (3,6)	1,2	-
Sexualité	26,9 (4,1)	26,3 (3,8)	0,39	-
Comportements sexualisés	27,3 (4,0)	27,0 (3,6)	0,15	-

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

Tableau 15b. Comparaisons univariées des moyennes et écart-types sur l'échelle de punition en fonction de l'appartenance au groupe clinique.

Symptômes :	Groupe		F	p
	Non clinique	Clinique		
Intériorisés	13,2 (2,4)	14,1 (3,1)	2,1	-
Extériorisés	12,5 (2,3)	14,8 (2,9)	16,1	***
Échelle post-traumatique				
Colère	13,4 (2,8)	17,3 (3,2)	10,9	**
Dépression	13,4 (2,6)	15,8 (4,2)	6,0	*
Stress	13,5 (3,1)	14,6 (2,6)	1,8	-
Dissociation	13,5 (2,8)	15,5 (3,8)	3,2	-
Anxiété	13,4 (2,8)	14,9 (3,3)	3,1	-
Sexualité	12,5 (2,2)	15,2 (3,1)	17	***
Comportements sexualisés	13,1 (2,9)	14,3 (2,6)	4,1	*

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

Tableau 15c. Comparaisons univariées des moyennes et écart-types sur l'échelle de supervision en fonction de l'appartenance au groupe clinique.

Symptômes :	Groupe		F	p
	Non clinique	Clinique		
Intériorisés	14,1 (3,5)	16 (6)	3,20	-
Extériorisés	14,8 (4)	15,4 (5,9)	0,30	-
Échelle post-traumatique				
Colère	15,2 (4,9)	20,5 (6,7)	5,90	*
Dépression	15,4 (5,3)	17,5 (4,6)	1,40	-
Stress	15,5 (5,3)	16,4 (5,2)	0,40	-
Dissociation	15,5 (5,3)	17,4 (4,6)	0,91	-
Anxiété	15,7 (5,5)	15,8 (4,3)	0,01	-
Sexualité	15,4 (5,1)	16,1 (5,5)	0,32	-
Comportements sexualisés	14,6 (4,3)	15 (5,4)	0,13	-

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

Tableau 15d. Comparaisons univariées des moyennes et écart-types sur l'échelle de discipline en fonction de l'appartenance au groupe clinique.

Symptômes :	Groupe		F	p
	Non clinique	Clinique		
Intériorisés	13,9 (3,4)	14,8 (3,5)	0,37	-
Extériorisés	14,1 (3,8)	14,6 (3,1)	0,37	-
Échelle post-traumatique				
Colère	14,5 (3,4)	15,3 (3,2)	0,34	-
Dépression	14,5 (3,5)	14,8 (2,5)	0,06	-
Stress	14,5 (3,5)	14,8 (3,2)	0,08	-
Dissociation	14,6 (3,4)	14,5 (3,2)	0,004	-
Anxiété	14,5 (3,5)	14,7 (2,8)	0,05	-
Sexualité	14,4 (3,5)	14,7 (3,3)	0,12	-
Comportements sexualisés	14,2 (3,8)	14,2 (3,1)	0,09	-

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

Ainsi, les pratiques parentales sur ces deux dimensions ne distinguent pas les sujets ayant ou non des symptômes plus présents. Par contre, les résultats des analyses univariées présentés aux tableaux 15b indiquent que, les enfants qui dépassent le seuil clinique sur les échelles de symptômes extériorisés de colère, de dépression et de préoccupations

sexuelles de l'échelle post-traumatique, de même que sur l'inventaire des comportements sexualisés, reçoivent significativement plus de punitions que ceux qui se situent sous ces seuils cliniques. Aussi, les enfants qui se classent dans la catégorie clinique sur l'échelle de colère reçoivent une supervision significativement plus insuffisante que les enfants sous le seuil clinique.

Tableau 16. Corrélations de Pearson entre les prédicteurs et les échelles mesurant le soutien maternel non spécifique à l'agression sexuelle.

Groupes de prédicteurs	Soutien maternel non spécifique			
	Soins/Soutien	Punition	Supervision	Discipline
Caractéristiques de la mère				
Âge (ans)	-0,06	-0,13	-0,06	-0,02
Scolarité (ans)	0,15	-0,20	-0,14	-0,18
Revenu familial (\$)	0,10	0,02	0,14	-0,02
Vit en couple	0,02	0,10	-0,06	0,09
Nombre de partenaires	-0,7	-0,17	0,01	0,17
Symptomatologie de la mère				
Détresse psychologique	-0,06	0,18	0,10	0,39***
Symptômes d'intrusion	-0,06	0,11	-0,08	0,14
Symptômes d'évitement	-0,004	0,06	0,04	0,10
Histoire d'agression	-0,05	0,20	0,03	0,10
Sources de stress et ressources				
Événements stressants vécus	0,02	-0,15	-0,14	0,06
Chronicité violence conjugale	0,14	-0,004	-0,20	-0,05
Sévérité violence conjugale	-0,04	0,14	-0,09	0
N. personnes du réseau social	0,16	-0,22*	-12	-0,10
Satisfaction face au réseau	0,13	0,02	0,01	0,25*
Caractéristiques de l'agression				
Âge actuel de l'enfant	-0,21	0,05	0,17	0,13
Sévérité de l'agression	-0,09	0,25*	0,28*	0,26*
Confirmation de l'agression	-0,07	-0,04	0,12	0,05
Durée relative de l'agression	0,27*	0,01	-0,21	-0,20
Agresseur nie	0,10	-0,07	-0,05	0,05
Victime première fois	0,18	0	0,03	-0,10
Perceptions de l'enfant				
Du soutien reçu de sa mère	0,17	-0,17	-0,40***	-0,17
De sa relation (conflits)	-0,25*	0,47***	0,36**	0,03

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

Dans le tableau 16 figurent les corrélations décrivant les relations entre les soutiens non spécifiques avec leurs déterminants potentiels. Parmi les caractéristiques de la mère, la détresse psychologique, le nombre de personnes dans le réseau social et la satisfaction face à ce réseau présentent des corrélations significatives avec la discipline et la punition. Plus la mère rapporte de détresse et plus elle se dit satisfaite de son réseau social, plus elle pratique une discipline inconsistante. Aussi, moins elle rapporte de personnes dans son réseau, plus elle utilise la punition. Les caractéristiques de l'enfant et de l'agression présentent davantage d'associations bivariées avec les mesures de soutien. Premièrement, la sévérité de l'agression est positivement corrélée avec trois mesures de soutien non spécifique. Une sévérité plus grande de l'agression est associée à plus de pratiques punitives, plus d'insuffisance dans la supervision et d'inconsistance dans la discipline. Deuxièmement, la durée relative plus longue de l'agression est associée positivement à plus

de soins et soutien général de la part de la mère. Troisièmement, les perceptions de l'enfant concernant le soutien reçu et les conflits avec sa mère sont significativement corrélées avec trois mesures de soutien général. Une plus faible perception de soutien est associée à une plus grande insuffisance de la supervision maternelle. Une plus grande perception de conflits avec la mère est associée à moins de soins et soutien, plus de punitions et moins de supervision de la part de la mère. Les résultats concernant les comparaisons des soutiens non spécifiques aux caractéristiques de l'agresseur et de l'agression révèlent qu'aucune des mesures de soutien non spécifique à l'agression ne distingue les groupes.

Les déterminants des soutiens non spécifiques

Chaque groupe de déterminants présentés plus haut (voir tableau 16) a été régressé pour chacune des mesures de soutien non spécifique à l'agression à l'aide de la méthode de régression multiple Stepwise. Si plus d'un déterminant est obtenu, une dernière analyse de régression multiple est réalisée pour vérifier l'importance relative des déterminants. Les tableaux 17 à 20 présentent les résultats de la dernière de ces régressions pour chacune des mesures de soutien non spécifique.

Tableau 17. Résultats de l'analyse de régression (Stepwise) prédisant les soins et soutien général selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Attitude de l'enfant envers sa mère	80	-0,01	0,04	-0,25	4,1*	0,06	0,05

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

La première série d'analyses a porté sur la prédiction des attitudes de soins et de soutien général de la mère. Seulement deux variables permettent de prédire ce soin et soutien soit le fait d'être victime pour une première fois ($B=2,4$, $p<,05$, $R^2 = ,07$) et l'évaluation par l'enfant de son attitude envers sa mère ($B= -,08$, $p<,05$, $R^2 = ,08$). Une moins forte perception de conflit et de colère de la part de l'enfant envers sa mère prédit davantage de soin et soutien de la part de celle-ci. Quand l'enfant est victime pour la première fois, la mère offre plus de soutien non spécifique. Lorsque ces deux variables sont incluses dans la même analyse, nous obtenons une seule dimension significative (voir tableau 17) qui rend compte de 5% de la variance soit l'attitude de l'enfant envers sa mère (R partiel de -,25).

Tableau 18. Résultats de l'analyse de régression (Stepwise) prédisant les pratiques punitives selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Scolarité de la mère		-0,29	0,15	-0,22			
Attitude de l'enfant envers sa mère		0,11	0,03	0,48			
	64				11,1***	0,26	0,24

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

Quant aux pratiques punitives, elles sont prédites par trois variables issues de 3 des 5 analyses de régression soit la scolarité de la mère ($B= -,38$; $p<,01$; $R^2 = ,10$), la perception de l'enfant de ses attitudes envers sa mère ($B= ,11$; $p<,01$; $R^2 = ,22$) et que le père soit l'agresseur ($B= 2,4$; $p<,05$; $R^2 = ,10$). Un niveau de scolarité plus faible prédit davantage de pratiques punitives. L'agression commise par le père biologique de l'enfant prédit qu'il recevra plus de punitions. La perception chez l'enfant de conflits et de colère envers sa

mère prédit davantage de punitions. Combinées ensemble (voir tableau 18), deux de ces trois variables restent significatives et expliquent 24% de la variance. Il s'agit de la scolarité de la mère et de l'attitude de l'enfant envers elle. La variable attitude de l'enfant envers sa mère a une plus grande importance dans la prédiction (Beta est de 0,48 et R partiel de 0,48) que la scolarité (Beta est de -0,22 et R partiel de -0,22).

Tableau 19. Résultats de l'analyse de régression (Stepwise) prédisant l'insuffisance de la supervision selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Perception de soutien par enfant		-1,2	0,39	-0,36			
Attitude de l'enfant envers sa mère		-0,087	0,04	0,24			
	62				9,7***	0,25	0,22

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

Aucune caractéristique des mères, ni ses sources de stress ou de soutien, ni les caractéristiques de l'agression ne prédisent l'insuffisance de la supervision. Cette pratique parentale est prédite uniquement par des variables liées à la perception de l'enfant. Ainsi, l'enfant qui perçoit que sa mère offre moins de soutien (B = -1,2; p < ,001; R² = ,22) et qu'il a davantage de conflits avec elle (B = -0,087; p < ,001; R² = ,22) prédit une supervision insuffisante. Ces deux variables se maintiennent dans la dernière régression et elles expliquent ensemble 22% de la variance (voir tableau 19). La perception du soutien reçu a un effet plus important (Bêta de -0,36 et R partiel de 0,35) que l'attitude de l'enfant (Bêta de 0,24 et R partiel de 0,23).

Tableau 20. Résultats de l'analyse de régression (Stepwise) prédisant l'inconsistance de la discipline selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Détresse psychologique de la mère	79	0,06	0,02	0,37	12,1**	0,14	0,13

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

Trois variables issues de trois blocs de prédicteurs rendent compte de l'inconsistance de la discipline. Un plus faible niveau de scolarité prédit davantage d'inconsistance dans la discipline (B = -,38; p < ,05; R² = ,05). Une plus grande sévérité de l'agression explique davantage d'inconsistance dans la discipline (B = 1,3; p < ,05; R² = ,05). Une plus grande détresse psychologique de la mère prédit davantage d'inconsistance dans la discipline (B = ,06; p < ,001; R² = ,15). Lorsque ces trois variables sont incluses dans la même analyse (tableau 20), seule la détresse psychologique est retenue. Elle explique alors 13% de la variance.

C. Prédiction des symptômes des victimes par le soutien spécifique, le soutien non spécifique et leurs déterminants.

Cette partie est consacrée aux analyses prédictives visant à répondre à la deuxième question de recherche concernant l'identification du rôle du soutien maternel sur les séquelles psychologiques et comportementales de l'agression sexuelle. Avant d'aborder les analyses de régression qui permettront de répondre à cette question, nous décrivons d'abord les symptômes des enfants tant du point de vue du parent que de l'enfant lui-même. Lors des analyses de régression les quatre types de symptômes seront prédits séparément par cinq analyses de régressions. Chacune de ces régressions comprend une

mesure de soutien (soutien spécifique, soin/soutien, punition, discipline et supervision) et ses déterminants trouvés significatifs selon la méthode Stepwise lors des analyses précédentes.

Description des symptômes des enfants victimes.

Les comparaisons des groupes selon leurs niveaux de symptômes sont présentées dans les tableaux 21a et b. Le premier rapporte les moyennes sur les échelles et les tests univariés appropriés, le second sert à indiquer le pourcentage d'enfant dont le résultat atteint un seuil cliniquement significatif. Premièrement, les dimensions intériorisées et extériorisées des difficultés d'adaptation ne distinguent pas les groupes. D'un point de vue épidémiologique, la prévalence des troubles intériorisés et extériorisés des victimes de notre échantillon s'élève à 50%, ce qui représente le triple des taux de symptômes intériorisés et le quintuple des taux de troubles extériorisés observés dans la population générale (Breton, 1993).

Tableau 21a. Comparaisons univariées sur les moyennes et écart-types des symptômes des enfants en fonction du lien victime-agresseur.

Variable	Total	Lien victime agresseur N=85					F	Post-hoc
		1. Père biologique (N=23)	2. Conjoint de la mère (N=15)	3. Frère de la victime (N=10)	4. Famille élargie (N=21)	5. Adulte connu de la victime (N=16)		
Intériorisés	62,8 (11)	67,4 (10,3)	60,3 (9,0)	64,2 (15,9)	61,7 (10,7)	59,4 (9,0)	1,7	-
Extériorisés	62,2 (12)	64,7 (12,4)	60,4 (10,7)	62,5 (14,8)	59,6 (12,9)	63,9 (9,1)	0,6	-
Échelle post-traumatique								
Colère	6,1 (4,7)	9,2 (5,9)	4,7 (3,2)	4,1 (3,3)	3,9 (2,7)	7,5 (4,1)	4,6	
Dépression	7,7(4,7)	10,3 (6,3)	5,8 (3,4)	7,0 (3,7)	5,9 (4,0)	8,4 (2,9)	2,9	
Stress	10,6 (6,5)	13,8 (6,8)	6,5 (4,2)	11,3 (7,5)	9,3 (6,3)	11,2 (5,4)	2,9	
Dissociation	7,0 (4,7)	8,7 (6,1)	4,9 (3,2)	6,1 (4,0)	6,5 (3,4)	6,5 (3,5)	2,3	
Anxiété	8,4 (4,8)	10,1 (5,9)	6,1 (3,5)	8,8 (4,0)	8,5 (5,0)	7,7 (4,3)	1,4	-
Sexualité	5,2 (4,7)	8,4 (6,6)	3,2 (2,9)	3,6 (2,3)	3,4 (2,5)	6,1 (3,9)	4,4	
Total	42,9 (25)	3,5 (1,9)	1,6 (0,7)	2,2 (1,1)	2,0 (1,1)	2,5 (1,1)	4,6*	1 > 2, 4
Comport. sexualisés	9,0 (11)	13,4 (14,6)	6,0 (7,8)	11,5 (11,0)	7,9 (11,4)	6,3 (5,7)	1,5	-

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

Deuxièmement, le niveau et la sévérité des symptômes des victimes mesurés par l'échelle post-traumatique diffèrent selon les groupes pour l'échelle totale. En effet, les filles victimes de l'agression commise par leur père présentent des scores plus élevés sur l'échelle totale que les fillettes agressées par le beau-père ou quelqu'un de la famille élargie (voir tableau 21b). On note aussi une tendance (qui serait significative à 0,10) pour les fillettes agressées par leur père à présenter plus de symptômes sur les sous-échelles de colère, dépression, stress, dissociation et préoccupations sexuelles.

Tableau 21b. Comparaisons des pourcentages d'enfants ayant atteint un seuil clinique sur chaque échelle de symptômes en fonction du lien victime-agresseur.

Symptômes :	Total	Lien victime agresseur N=85					X ²	Post-hoc
		1. Père biologique (N=23)	2. Conjoint de la mère (N=15)	3. Frère de la victime (N=10)	4. Famille élargie (N=21)	5. Adulte connu de la victime (N=16)		
Intériorisés (SC= 63)	44	72,7 (16)	40 (6)	50 (5)	52,4 (11)	37,5 (6)	6	-
Extériorisés (SC= 63)	42	59,1 (13)	40 (6)	60 (6)	42,9 (9)	50 (8)	2,2	-
Échelle post-traumatique								
Colère (SC= 14)	6	22,2 (4)	0	0	6,3 (1)	9,1 (1)	6,2	-
Dépression (SC= 12)	10	27,8 (5)	7,7 (1)	0	12,5 (2)	18,2 (2)	4,6	-
Stress (SC= 15)	17	50 (9)	0	33,3 (3)	12,5 (2)	27,3 (3)	11,9	-
Dissociation (SC= 13)	8	22,2 (4)	7,7 (1)	0	12,5 (2)	9,1 (1)	3,3	-
Anxiété (SC= 12)	15	38,9 (7)	0	11,1 (1)	31,3 (5)	18,2 (2)	8,1	-
Sexualité (SC=4)	32	72,2 (13)	30,8 (4)	22,2 (2)	37,5 (6)	63,6 (7)	10,0	-
Comportements sexualisés (SC= 6)	35	57,9 (11)	26,7 (4)	60 (6)	36,8 (7)	46,7 (7)	4,8	-

*p <0,05 **p<0,01 ***p<0,001 Note : SC = Valeur critère du score clinique

Troisièmement, la mesure des comportements sexualisés ne distingue pas les victimes selon leur lien avec l'agresseur. Quand on examine les moyennes de plus près (tableau 21b), cette absence de différences significatives n'est pas étonnante. En effet, toutes les moyennes des cinq groupes présentent des niveaux égaux ou supérieurs au seuil clinique, indiquant que l'agression sexuelle, considérée indépendamment de l'identité de l'agresseur, est bien associée au développement de comportements sexualisés inadaptés chez la victime. Les pourcentages d'enfants qui atteignent un seuil clinique varient de 26,7% pour les victimes des beaux-pères, à 60% pour les victimes des frères.

Tableau 22. Analyses de corrélation de Pearson entre les symptômes de l'enfant, le soutien maternel spécifiques et les échelles du soutien maternel non spécifique à l'agression sexuelle

Symptômes	Soutien spécifique	Soins / Soutien	Punition	Supervision	Discipline
Intériorisés	,35**	,10	,16	,20	,13
Extériorisés	,05	-,10	,41***	,06	,07
Échelle post-traumatique					
Colère	-,02	,04	,35**	,19	,01
Dépression	,10	,03	,19	,09	-,02
Stress	,18	,03	,17	,05	,06
Dissociation	,07	,13	,11	,07	-,10
Anxiété	,02	,06	,12	-,09	-,07
Sexualité	,04	-,01	,36**	-,05	-,12
Total	,08	,05	,25*	,04	-,05
Comportements sexualisés	,11	,01	,34**	-,01	-,02

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

Avant d'aborder les analyses prédictives, un examen des corrélations est de rigueur. L'étude du tableau 22 qui présente les corrélations de Pearson entre chaque type de soutien et chaque échelle de symptômes. Le soutien spécifique à l'agression sexuelle corrèle de façon modérée avec les symptômes intériorisés. Pour le soutien non spécifique, seules les pratiques punitives présentent des corrélations significatives et positives avec certaines échelles. Davantage de pratiques punitives sont associées à un plus grand nombre de symptômes extériorisés et de comportements sexualisés tel que rapportés par la mère

(relation la plus forte), davantage de colère, de préoccupations sexuelles et de symptômes post-traumatiques rapportés par l'enfant. Ces relations sont d'ordre modéré.

Prédiction des symptômes extériorisés.

Les résultats des analyses de régression concernant la prédiction des comportements inadaptés extériorisés révèlent 4 variables prédictrices de ces symptômes. Sur l'ensemble des variables de soutien, seule une plus grande utilisation de pratiques punitives prédit un plus grand nombre de symptômes ($B=2,4$; $p<,001$; $R^2 =,36$). Parmi les déterminants du soutien, une plus grande détresse psychologique chez la mère ($B=,20$; $p<,001$; $R^2 =,11$), des perceptions fortes de conflits ($B=,30$; $p<,01$; $R^2 =,09$) et faibles de soutien social par l'enfant ($B=3,7$; $p<,001$; $R^2 =,23$) sont prédictrices d'un plus grand nombre de symptômes. Lorsque ces quatre déterminants sont mis dans la même analyse de régression (voir tableau 23), on observe que deux dimensions rendent alors compte de 44% de la variance. La punition a un effet plus important (Bêta de 0,56 et R partiel de 0,55) que la détresse psychologique (Bêta de 0,30 et R partiel de 0,30).

Tableau 23. Résultats de l'analyse de régression (Stepwise) prédisant les symptômes extériorisés selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression.

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Détresse psychologique mère		0,17	0,06	0,30			
Punition		2,2	0,39	0,56			
	64				25,2***	0,45	0,44

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

Prédiction des symptômes intériorisés.

Les résultats de ces analyses prédictives indiquent qu'une plus grande détresse psychologique ($B=,25$; $p<,001$; $R^2 =,28$), un niveau de scolarité plus faible (en nombre d'années) ($B=-1,05$; $p<,001$; $R^2 =,28$), davantage de conflits perçus par l'enfant ($B=,21$; $p<,05$; $R^2 =,08$) et que l'agression ait été commise par le frère de la victime ($B=8,4$; $p<,05$; $R^2 =,18$) prédisent un plus grand nombre de symptômes intériorisés. En d'autres mots, les enfants dont les mères souffrent davantage de détresse psychologique et qui sont moins scolarisées, qui perçoivent davantage de conflits avec leur mère et qui ont été agressés par leur frère vont présenter des scores plus élevés de symptômes intériorisés, selon le point de vue de leur mère. L'analyse de régression finale (tableau 24) qui intègre ces quatre prédicteurs n'en retient que la détresse de la mère et son niveau de scolarité pour prédire les symptômes intériorisés des enfants. Les symptômes de la mère ont un effet plus important (Bêta de 0,56 et R partiel de 0,55) que la scolarité (Bêta et R partiel de -0,21) dans cette prédiction.

Tableau 24. Résultats de l'analyse de régression (Stepwise) prédisant les symptômes intériorisés selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression.

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Détresse psychologique mère		0,30	0,05	0,56			
Scolarité		-1,04	0,5	-0,21			
	64				20,1***	0,40	0,39

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

Prédiction des symptômes post-traumatiques.

Les résultats des analyses révèlent que deux variables seulement prédisent un plus grand nombre de symptômes post-traumatiques chez la victime. Ce sont l'agression commise par le père biologique ($B=21,8$; $p<,001$; $R^2 =,14$) et davantage de pratiques punitives par la mère ($B=2,1$; $p<,05$; $R^2 =,16$). La dernière analyse (tableau 25) ne retient comme prédicteur que le fait que l'agression sexuelle ait été commise par le père, ce qui rend explique 15% de la variance.

Tableau 25. Résultats de l'analyses de régression (Stepwise) prédisant les symptômes post-traumatiques selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Père agresseur	66	22,5	6,3	0,41	12,6**	0,17	0,15

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

Prédiction des comportements sexualisés inadaptés.

Le tableau 26 présente les résultats des analyses de régression prédisant le score sur l'échelle de comportements sexualisés. Un plus grand nombre de comportements sexualisés est prédit par davantage de soutien maternel spécifique à l'agression ($B=4,02$; $p < ,05$; $R^2 =,06$), par une plus grande sévérité de l'agression ($B=4,9$; $p < ,01$; $R^2 =,08$), davantage de pratiques punitives ($B=1,2$; $p < ,05$; $R^2 =,11$) et moins de soutien perçu par l'enfant ($B=-3,7$; $p < ,001$; $R^2 =,23$). La dernière analyse de régression révèle que deux variables rendent compte de 15% de la variance et que la punition a un effet plus important (Bêta de 0,31 et R partiel de 0,31) que la perception de l'enfant du soutien social reçu (Bêta=-0,25 et R partiel de -0,25). Le soutien spécifique à l'agression et la sévérité de l'agression ne sont pas retenus dans l'analyse.

Tableau 26. Résultats de l'analyses de régression (Stepwise) prédisant les comportements sexualisés inadéquats selon les déterminants trouvés significatifs dans les analyses de régression

Prédicteurs	N	B	SB	Bêta	F	R ²	R ² ajusté
Punition		1,2	0,43	0,31			
Perception par l'enfant du soutien reçu		-2,1	0,93	-0,25			
	74				7,6**	0,18	0,15

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

Discussion

Cette étude avait pour objectifs de documenter les différentes formes du soutien maternel suite au dévoilement d'une agression sexuelle auprès de victimes âgées de 6 à 12 ans et d'identifier les déterminants de ces soutiens. Elle visait aussi à évaluer dans quelle mesure le soutien maternel est en lien avec l'adaptation de la victime. Dans les prochains paragraphes seront abordés successivement l'interprétation des résultats obtenus pour le soutien maternel spécifique au dévoilement, le soutien représenté par les pratiques parentales et leur relation avec les symptômes des enfants. Les limites de la présente étude et les pistes de recherches futures seront ensuite discutées. Finalement, les implications des résultats de la présente recherche pour l'intervention et plus précisément l'évaluation des mères et des victimes seront énoncées.

Le soutien maternel suite au dévoilement

La première observation concernant le soutien maternel spécifique à la situation de l'agression sexuelle lorsque celui-ci est considéré dans sa totalité est que la majorité des mères de notre échantillon offre un soutien adéquat à l'enfant victime. En effet, le score total moyen est de 5,3 (ET=2,4) sur une échelle où un score de 4 et plus indique un soutien adéquat. Ce résultat est légèrement supérieur à celui trouvé par Everson et ses collaborateurs (1989) dont la moyenne de l'échantillon était de 3,9. Si le score global de soutien des mères semble a priori si élevé, c'est d'abord en raison du fait que 81% des mères croient leur enfant et que les deux tiers entreprennent des actions pour le protéger de l'agresseur. Ces résultats sont concordants avec ceux d'autres études recensées qui rapportent également des taux élevés (Deblinger et al., 1993; Lovett, 1995; Pellegrin & Wagner, 1990; Pierce & Pierce, 1985). Heriot (1996) observe que 75% des mères de son échantillon croient l'enfant tandis que ce taux s'élève à 78% pour Sirles et Franke (1988). Quant aux actions envers l'agresseur, elles sont largement dépendantes du fait de croire la victime et des liens entre l'agresseur et la mère de la victime. En effet, Sirles et Franke (1988) ont trouvé que la mère croit moins l'enfant quand l'agresseur est un nouveau conjoint et Heriot (1996) rapporte que les mères, qui ont une bonne relation affective avec leur conjoint agresseur, sont moins susceptibles d'entreprendre des actions protectrices et de croire l'enfant. Dans notre échantillon, c'est dans le groupe des conjoints agresseurs que la proportion de mères qui entreprennent des actions protectrices est la plus basse (40% contre 60 à 82% pour les autres catégories d'agresseurs) supportant les résultats des études antérieures. Les mères de la présente étude n'ont pas démontré d'ambivalence face au père biologique de leur enfant, ce qui peut s'expliquer par le fait que ces pères avaient déjà quitté le foyer familial avant le dévoilement de l'agression. Tout comme Everson et al. (1989), Heriot, (1996), Faller (1988b) et Runyan et al. (1992), nous observons que le soutien maternel est plus présent si la mère est séparée de son conjoint. C'est d'ailleurs ces mêmes victimes et, particulièrement celles agressées par leur père biologique, qui reçoivent le plus de protection et pour lesquelles plus de mères cherchent du soutien de la part de professionnels.

Notre étude confirme également que le fait de croire l'enfant n'est pas en soit un indicateur fiable des autres sources de soutien. En effet, si dans l'ensemble 81% des mères croient leur enfant, seulement 30% offrent un soutien affectif jugé adéquat, 35% demeurent passives ou ambivalentes quant à la protection à offrir à leur enfant face à l'agresseur et 62% n'auraient pas eu recours à des services professionnels pour leur fille ou elles-mêmes si l'agression sexuelle n'avait pas été dévoilée au centre jeunesse. Ces résultats convergent également avec ceux d'autres études notamment celle de Lovett (1995), Heriot (1996), Tourigny et al. (1993) et Runyan et al. (1992). Heriot note que 75% des mères croient l'enfant mais seulement 57% d'entre elles ont pris des actions pour séparer l'enfant de l'agresseur, 68% ont offert un soutien émotif et seulement la moitié (52%) offrent ces deux types de soutien à la fois. De même, Runyan et al. (1992) soulignent que généralement, les mères croient leur enfant et tiennent l'agresseur responsable, mais qu'elles obtiennent des scores moins élevés concernant le soutien émotif et la recherche de soutien professionnel. Tourigny et al. (1993) notent que seulement 18% des dévoilements aux parents avaient mené à une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux. Tout comme Sas et ses collaborateurs (1993) qui ont utilisé la mesure du PRADS auprès d'un groupe d'enfants ontariens agressés sexuellement, nous observons qu'un pourcentage plus élevé, oscillant autour du 3/4 de mères croient et protègent leur enfant de l'agresseur, alors

que seulement le tiers offrent un soutien émotif adéquat ou recherche l'aide de services professionnels. Ces résultats, qui par ailleurs sont cohérents d'une étude à l'autre, semblent indiquer que les quatre dimensions mesurées sont relativement indépendantes les unes des autres. Ceci renforce donc la nécessité d'avoir non seulement une conception multidimensionnelle du soutien mais une mesure qui tienne compte d'un ensemble de réactions de soutien de la part des mères et idéalement des parents si le conjoint n'est pas l'agresseur. De tels résultats laissent également supposer, comme le souligne Sas et ses collaborateurs (1993) que l'enfant peut se trouver confronté à des gestes inconsistants de la part de sa mère qui, par exemple, affirme le croire mais le laisse sans surveillance avec l'agresseur.

Cette première esquisse du soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle nous a amené à vouloir mieux cerner d'une part, les caractéristiques des mères qui offrent un soutien émotif faible ou adéquat et d'autre part, ce qui distingue les mères selon le degré de soutien offert. Comme nous l'avons souligné des quatre dimensions du soutien, le soutien émotif est la dimension où le soutien offert est le moins fréquent puisque plus des deux tiers des mères ont été jugées hésitantes ou ambivalentes. L'examen plus approfondi de ce type de soutien nous indique qu'il est également en lien avec les pratiques parentales générales et plus particulièrement la capacité habituelle de la mère d'offrir des soins et un soutien appropriés et d'appliquer une discipline consistante. Autrement dit, les mères qui éprouvent des difficultés à composer avec les réactions émotives de leur enfant face à son agression sexuelle sont également celles qui dans la vie quotidienne éprouvent des difficultés du même type laissant l'enfant seul pour composer, entre autres, avec ses besoins émotifs. Ce résultat nous apparaît particulièrement intéressant pour rendre compte du sentiment de plusieurs survivantes adultes qui rapportent que leurs mères ne les ont pas soutenues lors du dévoilement et qui la décrivent souvent comme froides et distantes (Armsworth & Stronck, 1999). Par ailleurs, au sein de notre échantillon, nous n'avons pu identifier de caractéristiques propres aux mères, ni à leur contexte de vie ou à celui de l'agression qui pouvaient expliquer la présence ou non de ce type de soutien.

L'examen de la quantité de soutien maternel offert en lien avec l'agression s'est révélé un peu plus informatif. En effet, les mères qui offrent un soutien faible sont celles qui vivent dans un contexte conjugal où une chronicité et une sévérité de la violence de la part du conjoint est présente. Ces mères ont aussi une plus forte scolarité que le groupe offrant un soutien moyen ou celui offrant un soutien élevé. La violence conjugale a été peu examinée en lien avec le soutien maternel. Sirles et Franke (1989) ont également trouvé qu'un faible soutien est associé à la présence de violence physique au sein du couple. Ils interprètent ce résultat par l'hypothèse voulant que si une personne supporte déjà un degré de violence et de dysfonction dans la famille, elle serait plus susceptible de tolérer d'autres formes de mauvais traitements comme l'agression sexuelle. Sas et ses collaborateurs ont obtenu également une relation entre la violence conjugale actuelle ou passée et un soutien maternel plus faible. Runyan et ses collègues (1992) ont noté que le soutien maternel est plus faible lorsque les mères ont peur de la violence de leur conjoint. Dans un sous-échantillon composé uniquement de cas d'agression sexuelle perpétrée par le père ou le frère, ils observent que les mères sont évaluées comme six fois moins soutenantes lors du dévoilement et quatre fois moins supportantes neuf mois plus tard lorsque la mère rapporte des sentiments de peur à l'égard de la violence de son conjoint. Quant à la question du niveau de scolarité, il importe de rappeler que la moyenne de l'échantillon s'élève à 11,2 ans (ET=2,3 ans) ce qui situe les mères au niveau du secondaire V ou d'une première année de Cégep. Bien que cette différence soit significative entre les 3 groupes selon le

degré de soutien offert, il représente néanmoins un niveau de scolarité peu élevé. Par ailleurs, les mères qui offrent un soutien maternel élevé sont celles dont les enfants étaient les plus jeunes lors l'agression. Ce sont également celles qui offrent le plus de soins et de soutien généraux et elles présentent, tout comme les mères qui offrent un soutien moyen, une plus grande détresse psychologique. La présence de détresse psychologique chez les mères a été notée dans plusieurs études dont celles de Cyr, McDuff & Wright (1999), Deblinger et al. (1994), Friedrich (1991), Runyan et al. (1992), Newberger et al. (1993). Dans l'ensemble, ces études obtiennent des résultats similaires aux nôtres, résultats qui indiquent que les mères d'enfants agressés sexuellement présentent des scores de détresse psychologique plus élevés que des femmes de groupes contrôles, que cette agression soit de nature intra ou extrafamiliale. Le type de schème de recherche utilisé ne permet pas de déterminer si cette détresse était présente avant le dévoilement de l'agression. Certains auteurs interprètent cette réaction comme une expérience de victimisation secondaire (Paradis et al., 1992; Hooper, 1992; Manion et al., 1996). Les résultats que nous obtenons en lien avec le soutien maternel indiquent que la grande détresse psychologique des mères est présente chez celles qui offrent plus de soutien à leur enfant. Ces résultats suggèrent donc que la réaction affective des mères les mobilisent à offrir du soutien à leur enfant plutôt que d'entraver cette capacité. En effet, les mères qui offrent un soutien faible ne présentent pas une telle détresse psychologique alors qu'elle est présente chez les deux autres groupes. Contrairement aux résultats obtenus par Runyan et al. (1992) et par Leifer et al. (1993) où la dépression des mères était en lien avec un soutien plus faible, notre étude démontre un meilleur soutien lorsque les mères réagissent avec une certaine détresse psychologique. Soulignons que Lipton (1997) n'avait pour sa part observé aucun lien entre la détresse des mères et le soutien offert.

Les analyses de régression qui visaient à identifier les déterminants du soutien maternel apportent une confirmation supplémentaire sur les variables les plus significatives. Les deux déterminants du soutien total sont la détresse psychologique de la mère et le fait que l'agression ait été commise par le conjoint de la mère. Ces deux variables expliquent 21% de la variance et indiquent que l'agression commise par le conjoint prédit une moins grande quantité de soutien alors que plus la mère rapportera de détresse psychologique plus elle offrira de soutien. La sévérité de la violence conjugale est également ressortit comme un facteur déterminant du soutien mais qui ne s'est pas maintenu lorsque confronté au poids de la détresse psychologique et de lien victime-agresseur. Néanmoins ces résultats suggèrent l'importance de considérer cette variable lors de l'évaluation auprès des mères et de la nécessité pour les études futures d'inclure cette dimension afin d'augmenter nos connaissances à son sujet.

Les résultats de cette étude peuvent apparaître décevants en ce qui a trait à l'identification des déterminants du soutien maternel. En effet, nous avons retenu plusieurs variables qui permettaient de rendre compte d'au moins 4 grandes catégories de déterminants. Le choix de ces variables avait été effectué à partir de critères théoriques ou empiriques. Il est toutefois important de souligner que, comme la plupart de ces autres recherches ayant bien mesurés le soutien spécifique à l'agression (Everson et al., 1989; Deblinger et al., 1993; Sas et al., 1993), peu de déterminants sont repérés à la fois dans une même étude. En outre, les résultats des recherches sont souvent inconsistant d'une étude à l'autre (voir Thériault et al., 1997). Les facteurs responsables de cette situation seront décrits dans les limites de la présente étude.

Ce premier tableau du soutien maternel spécifique au dévoilement indique donc qu'une majorité des mères, qui sont en lien avec les centres jeunesse, croient au dévoilement de l'agression et que plusieurs d'entre elles se mobilisent pour protéger l'enfant de l'agresseur. Tel qu'attendu, le lien entre la mère et l'agresseur est un facteur de risque quant à la protection de l'enfant. La présence à la maison d'un nouveau conjoint est la situation la plus risquée pour l'enfant. Le fait que les pères biologiques de notre échantillon ne vivaient plus avec la mère et la victime ne nous permet pas de conclure quant à la capacité des mères à protéger leur enfant si il avait été présent au sein de la famille. D'autres recherches ont suggéré que cette situation amène également un risque pour l'enfant d'obtenir moins de protection. Contrairement à nos attentes, les mères qui réagissent avec une certaine détresse psychologique semblent plus aptes à supporter et protéger leur enfant adéquatement que celles qui ne semblent pas perturbées par le dévoilement de l'agression. Comme d'autres études l'ont observé, un soutien émotif adéquat est une dimension qui est présente pour seulement un enfant sur trois. Il faut souligner que l'absence de différence significative au plan univarié entre les 5 groupes répartis selon le lien entre la victime et l'agresseur nous indique aussi que les fillettes agressées par un membre de la famille élargie ou un adulte sans lien de parenté ne reçoivent pas un meilleur soutien émotif de la part de leur mère.

Le soutien non spécifique à l'agression sexuelle

L'une des contributions de cette étude a été d'inclure les autres formes de soutien parental qui ne sont pas spécifiques à la situation de l'agression sexuelle afin de vérifier si elles jouent un rôle sur les conséquences du dévoilement de l'agression. La pertinence d'inclure ces pratiques parentales semble confirmée par les résultats obtenus qui révèlent un lien entre ces pratiques et les symptômes des enfants de même que la présence de déterminants spécifiques à ces pratiques parentales. Nous notons, tout d'abord, que le soutien maternel spécifique au dévoilement ne présente de corrélations significatives qu'avec l'échelle de soins et soutien général et que cette corrélation est d'ordre modérée. Elles révèlent également que le soutien émotif présente une corrélation négative avec l'inconsistance de la discipline, indiquant que des pratiques disciplinaires plus consistantes sont associées avec un meilleur soutien émotif. Ces résultats indiquent donc la complémentarité de ces mesures de soutien puisque la punition, la supervision et dans une certaine mesure l'inconsistance de la discipline ne sont pas reliées au soutien spécifique à l'agression lorsqu'il est considéré dans son ensemble.

Les pratiques parentales, telles que rapportées par les mères, se situent dans la moyenne de celles observées auprès d'échantillons non cliniques. En outre, ces formes de soutien sont semblables entre les groupes selon le lien entre la victime et l'agresseur. Ainsi, contrairement aux dimensions du soutien spécifique au dévoilement de l'agression sexuelle pour lesquelles des différences étaient obtenues selon l'identité de l'agresseur, les formes non spécifiques de soutien ne sont pas soumises à cette influence.

L'examen des déterminants des formes de soutien non spécifique révèle également une spécificité de facteurs. En effet, hormis la détresse psychologique de la mère et la scolarité, des facteurs différents de ceux identifiés pour le soutien spécifique prédisent les pratiques parentales générales. Ici, la détresse psychologique est prédictive d'une plus grande inconsistance de la discipline. Quant à la scolarité, une faible scolarité prédit plus d'attitudes punitives de la part de la mère. Pour trois des quatre pratiques parentales, les perceptions de l'enfant de la qualité de la relation avec sa mère et du soutien qu'elle lui apporte sont des variables prédictives importantes. D'abord, une meilleure supervision

parentale est associée avec un bon soutien reçu selon le point de vue de l'enfant. Ensuite, la perception de l'enfant d'une mauvaise qualité de relation avec sa mère, c'est-à-dire de la présence de conflits corrèle négativement avec le soutien rapporté par la mère et positivement avec la présence plus grande de punition et l'insuffisance de la supervision. Ces résultats suggèrent que la présence parentale et une supervision suffisante sont justement perçues par les enfants comme importantes dans leur relation avec leur mère tandis que l'usage de la punition est perçue comme un manque de soutien. Certains chercheurs (Armstrong et Stronck, 1999; Davies, 1995) ont émis l'hypothèse que la punition était en fait une tentative de protéger l'enfant émise par une mère peu confiante en ses capacités de remplir son rôle. L'augmentation de contrôle et la surprotection seraient des symptômes de stress chez la mère et, selon son point de vue, des actions protectrices nécessaires. Dans les faits, cette perception maternelle semble erronée puisque les pratiques punitives sont, parmi les mesures de soutien non spécifique à l'agression, les seules qui prédisent les séquelles des enfants. En effet, l'utilisation de la punition prédit un plus grand nombre de symptômes sur les échelles de symptômes extériorisés, de stress post-traumatique et de comportements sexualisés inadéquats. L'ensemble de nos résultats concernant l'effet de la punition et des perceptions de l'enfant semble supporté par une autre étude récente (Deblinger et al., 1999) indiquant que la perception par l'enfant que sa mère instaure de la culpabilité et de l'anxiété est associée avec plus de symptômes post-traumatiques.

Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse que nous avons formulée à savoir que la perception de l'enfant du soutien offert est importante et que cette perception risque d'être influencée par les attitudes quotidiennes de la mère envers son enfant et non seulement par ses réactions et attitudes en regard de l'agression sexuelle et de son dévoilement. L'effet de ces types de soutien sur les séquelles de l'agression constituent le dernier volet de la présente étude. Mais d'ores et déjà les résultats obtenus suggèrent l'intérêt de voir l'impact à plus long terme des formes de soutien spécifique et non spécifiques sur le développement de l'enfant.

Le soutien maternel et l'adaptation de l'enfant

Le second objectif de cette étude était de vérifier de façon empirique dans quelle mesure le soutien maternel spécifique à l'agression sexuelle, de même qu'un soutien plus général tel que celui véhiculé par les pratiques parentales habituelles, permettaient à l'enfant agressé sexuellement de s'adapter suite au dévoilement de cette agression. Contrairement à nos attentes, le soutien maternel spécifique à la situation de dévoilement de l'agression ne prédit aucune catégorie de symptômes des enfants. Il en est de même des soins et du soutien général offerts, de l'encadrement disciplinaire ou de la supervision de l'enfant qui ne sont pas avérés des dimensions qui facilitent l'adaptation de la victime. Ces résultats confirment ceux de 6 études qui évaluaient le soutien spécifique à l'agression et la symptomatologie de l'enfant évaluée par le parent (Everson et al., 1989; Gomes-Schwartz et al., 1990; Hazzard et al., 1995; Leifer et al., 1993; Leifer et Shapiro, 1995; Lipton, 1997) mais contredisent les résultats des 4 études (Everson et al., 1989; Johnson & Kenkel, 1991; Morrow & Sorell, 1989; Waterman & Kelly, 1993) qui observaient un lien entre ces deux dimensions lorsqu'elles sont évaluées auprès de l'enfant. Quant au soutien non spécifique, toutes les études réalisées avaient trouvé un lien entre les deux dimensions et ce peut importe la source de l'évaluation (Conte & Schuerman, 1987; Esparza, 1993; Lovett, 1995; Spacarelli & Kim, 1995). Soulignons que ces mesures du soutien non spécifique sont très variables d'une étude à l'autre et aucune ne consiste en des mesures de pratiques

parentales telles que nous l'avons défini. Ceci pourrait expliquer l'incongruence apparente entre nos résultats et ceux de ces 4 études. D'ailleurs, Oates et al., (1994) de même que Paradise et al. (1994) ont noté qu'une bonne qualité de la relation mère-enfant est liée à une amélioration de l'état psychosocial de l'enfant; ce qui est consistant avec nos résultats concernant l'échelle de conflit mère-enfant et les symptômes intériorisés et extériorisés bien que cette corrélation n'est pas été retenue par les analyses de régression. Donc l'absence de liens obtenue dans la présente étude entre le soutien spécifique et les symptômes à court terme des enfants alimente les résultats contradictoires observés dans la documentation scientifique. Les résultats obtenus par les études conduites auprès de survivantes sont beaucoup plus consistants pour démontrer un lien entre l'absence de soutien maternel et les séquelles à long terme des victimes (Thériault et al., 1997).

De toutes les mesures de soutien que nous avons évaluées, seules les pratiques punitives sont en lien avec une plus grande présence de séquelles chez l'enfant et plus particulièrement les troubles de comportements extériorisés et les comportements sexualisés inadéquats. Par contre, la détresse psychologique de la mère, sa proximité affective avec l'agresseur et plus particulièrement le fait que l'agresseur soit le père de la victime, de même que la scolarité de la mère et la perception par l'enfant du soutien reçu sont, en plus de l'utilisation de la punition, des prédicteurs importants de certains types de séquelles de l'agression chez l'enfant.

Les troubles extériorisés et intériorisés sont prédits, entre autres, par la détresse psychologique de la mère. Cette étude n'est pas la première à noter ce type de relation. En effet, Runyan et ses collègues (1992) notaient également une relation entre la détresse des mères et le score obtenu sur l'échelle totale du CBCL. Il en est de même de l'étude de Lipton (1997) et de Newberger et al. (1993) où les mères qui perçoivent plus de symptômes intériorisés et extériorisés chez leur enfant sont également celles qui en rapportent le plus pour elles-mêmes. Différentes interprétations peuvent être données à ces résultats. En effet, il se peut que les mères projettent une partie de leur détresse sur les enfants et conséquemment soient peu objectives dans l'évaluation de leur enfant ou encore qu'elles ont des enfants qui présentent également une forte détresse ou finalement qu'elles réagissent avec détresse aux conséquences qu'a provoquées chez leur enfant l'agression sexuelle. Newberger et al. retiennent cette dernière hypothèse puisqu'ils ont observé que la détresse des mères tend à diminuer au cours de l'année qui suit le dévoilement de l'agression sexuelle, ce qui suggère que cette détresse a été en partie créée par le dévoilement de l'agression sexuelle. Dans le cadre de la présente étude, cette dernière interprétation nous apparaît la plus intéressante puisque nous avons noté par ailleurs, que la détresse était associée à une plus grande disponibilité de soutien maternel. Il semble donc probable que la détresse psychologique que nous observons soit réactive au dévoilement. Évidemment, en l'absence d'un devis longitudinale, cette interprétation ne peut être confirmée.

Les troubles de comportements extériorisés sont également en lien avec l'utilisation de punitions mais le type d'analyse que nous avons conduit ne nous permet pas de nous prononcer sur la direction de cette association. Comme nous l'avons souligné précédemment, deux types d'hypothèses peuvent être avancées. Il se peut que les mères sentent la nécessité d'utiliser la punition afin de contrôler les comportements turbulents et agressifs de l'enfant ou encore que l'enfant manifeste plus de conduites extériorisées en réaction au contrôle qu'exercent les mères à leur endroit via les actes punitifs. L'examen plus détaillé des fréquences obtenues sur certains items mesurant les conduites punitives

ont également suggéré qu'une petite proportion de mères ont des comportements telles qu'être sur le dos de son enfant, menacer de le frapper, lui dire qu'elle ne veut plus rien savoir de lui, qui pourraient être perçus comme un signe d'exaspération de la part des mères face aux comportements difficiles de l'enfant ou encore comme l'expression d'une colère et d'une déception qu'elles vivent à son endroit. DiLillo, Tremblay et Peterson (2000) ont observé que la colère de mères était en lien avec des pratiques punitives et que la colère était un médiateur important dans le cas de mères qui avaient elles-mêmes été agressées sexuellement comme enfant. D'autres études, basées sur des observations ou des entrevues en profondeur seraient nécessaires pour approfondir la direction des effets observés et mieux comprendre la motivation des mères face à ces pratiques punitives et l'impact perçu par l'enfant.

Les éléments discutés pour rendre compte du lien entre les comportements extériorisés et les pratiques punitives s'appliquent de façon similaire au lien observé entre les comportements sexualisés et les pratiques punitives. En effet, les comportements sexualisés sont des attitudes et des comportements jugés inadéquats pour lesquelles les mères peuvent ressentir le besoin d'exercer un contrôle sur l'enfant. La nature même de ces comportements ne peut que rappeler aux mères que les enfants ont vécu une agression sexuelle, suscitant ainsi soit plus de colère ou un besoin accru de faire disparaître ces comportements dérangeants en exerçant du contrôle. En outre, la perception par l'enfant du soutien reçu prédit également la présence de comportements sexualisés inadéquats. Donc, les enfants qui rapportent recevoir peu de soutien de la part de leur mère que ce soit pour des conseils, de l'aide matériel, du soutien émotif, des rétroactions positives. Il est possible qu'étant donné la présence de punition, l'enfant interprète l'attitude de sa mère comme un manque de soutien. Nos résultats semblent indiquer que les enfants qui démontrent des séquelles spécifiques à l'agression se perçoivent d'autant plus seuls pour composer avec leurs réactions. Ces résultats ont des implications sur les services à offrir à l'enfant, implications qui seront discutées dans la prochaine section.

Le lien entre la victime et l'agresseur et, plus précisément, les agressions commises par le père biologique de l'enfant, est une variable qui a été identifiée par plusieurs études comme un prédicteur important des séquelles psychologiques et comportementales de l'agression sexuelle (voir Kendall-Tackett et al., 1993). Dans notre étude, ce lien n'est pas obtenu pour prédire les symptômes lorsque ceux-ci ont été évalués par la mère notamment avec le CBCL et le CSBI. Par contre, l'agression commise par le père devient le principal prédicteur des symptômes post-traumatiques tel que rapportés par l'enfant lui-même. Ce résultat attendu confirme donc l'importance du traumatisme lié à l'inceste et du besoin pour ces enfants de recevoir une aide appropriée. Ce résultat met aussi en lumière l'utilité d'évaluer les symptômes en tenant compte du point de vue de la mère et de l'enfant puisque les perceptions divergent quelque peu et que leur combinaison nous fournit une estimation plus complète des séquelles et de leurs prédicteurs.

Les résultats que nous avons obtenus concernant la prédiction des séquelles psychologiques et comportementales des fillettes victimes d'agression sexuelle soulignent à nouveau l'importance d'évaluer diverses formes de soutien pour mieux comprendre les besoins de ces victimes. L'effet de l'utilisation des pratiques punitives sur les symptômes des enfants a un lien plus important que les bienfaits d'un soutien spécifique adéquat, d'une supervision suffisante, d'une discipline appropriée ou de soins et de soutien plus généraux. Même si ces pratiques punitives peuvent, dans une certaine mesure, être inadéquates, elles peuvent être perçues par la mère comme nécessaires à la protection de

l'enfant. Cela expliquerait pourquoi l'ensemble des mères de notre échantillon a la perception de bien soutenir leur enfant, perception corroborée par l'évaluation des interviewers comme le fait foi la moyenne élevée sur l'échelle totale du soutien spécifique à l'agression sexuelle.

Pistes d'interventions

En matière d'intervention, les résultats obtenus par cette étude font ressortir plusieurs points importants. Un premier, concerne la nécessité d'interventions ciblées auprès des enfants victimes d'agression sexuelle telle que démontrée par les taux de symptomatologie supérieurs à ceux retrouvés dans la population normale et les moyennes élevées (dépassant le seuil clinique) sur l'échelle de comportements sexualisés inadaptés, confirmant bien que l'agression sexuelle provoque des séquelles spécifiques. Un deuxième point, concerne la mère de la victime. Beaucoup d'entre elles sont aux prises avec une situation familiale difficile tant au point de vue socioéconomique, relationnel que conjugal. Les mères de notre échantillon vivent dans une large proportion sous le seuil de la pauvreté, rapportent une grande détresse émotionnelle et même lorsqu'elles se disent satisfaites de leur réseau social, elle ont en moyenne peu de personnes sur qui compter. Plusieurs subissent également de la violence conjugale verbale ou physique. Ces observations nous indiquent que les mères des victimes d'agression sexuelle ont elles aussi besoin de soutien. Comme le souligne Lipton (1997) la détresse psychologique des mères suggère qu'elles aussi ont besoin de soutien de la part des professionnels pour être en mesure de mieux composer avec les changements et les demandes qui surgissent suite à un dévoilement. Ces interventions devraient cibler la victime, sa mère mais aussi inclure des interventions auprès de la famille. Certaines études (O'Toole, Lynch, Stern & Cooney, 1994; Waterman & Kelly, 1993) ont noté que la capacité de la famille à composer avec les problèmes était en lien avec l'amélioration de la victime.

Troisièmement, nos résultats suggèrent qu'il y a des différences importantes d'une part entre les perceptions des victimes de l'aide et du soutien parental reçu et d'autre part les stratégies utilisées par la mère pour protéger son enfant. Des interventions dyadiques, mère-enfant, axées sur la communication et l'entraînement aux habiletés parentales seraient, nous le croyons, en mesure d'aider ces familles. Ceci est d'autant plus important que le soutien émotif est ressorti comme la dimension qui est la plus souvent déficiente ou insuffisante. Ceci est également vrai pour les mères des enfants victimes d'agression extrafamiliale. Ainsi, même si les mères de notre échantillon semblent réagir avec un désir de venir en aide à leur enfant, il semble que les moyens dont elles disposent sont limités. Des interventions qui visent à favoriser le soutien émotif et introduire des conduites punitives plus adaptées aux besoins de l'enfant semblent donc requises.

Le quatrième et dernier point concerne l'importance de l'identité de l'agresseur sur les capacités de soutien de la mère et les séquelles de l'agression. Si les agressions intrafamiliales sont reconnues, autant par les chercheurs que par les intervenants, comme étant plus sévères, nos résultats font ressortir l'importance de moduler l'intervention selon l'identité de l'agresseur. En effet, les enjeux pour la mère et l'enfant victime sont très différents selon que l'agresseur est soit son conjoint, son ex-mari et père de l'enfant ou le frère de ce dernier, cette dernière situation plaçant la mère face à un choix entre deux de ses enfants. Les besoins de protection diffèrent selon les cas.

Limites de la présente étude et pistes de recherches futures

Certaines limites inhérentes à la présente recherche doivent être soulignées. La première est sûrement le fait que les mères les moins supportantes sont également celles qui ont été le plus susceptibles de refuser de collaborer à cette étude. En effet, dans certains cas, les intervenant(e)s des centres jeunesse, qui ont collaboré au recrutement des mères et des victimes, n'ont pas pu solliciter la participation des mères ou des familles qui déjà posaient de nombreux problèmes dans leur interaction avec l'intervenant(e). Ainsi, l'échantillon que nous avons recruté est probablement constitué d'une sur-représentation de mères inquiètes ou soucieuses du bien-être de leur enfant, ce qui explique également le taux assez élevé noté sur le soutien spécifique à l'agression sexuelle. Ce problème avait également été rapporté par Everson et ses collaborateurs de même que Runyan et ses collègues. Une deuxième limite est la taille de l'échantillon. Celle-ci, qui peut être évaluée comme considérable pour ce type de recherche, était d'un point de vue statistique, insuffisante pour nous permettre de vérifier des effets modérateurs ou médiateurs des variables en cause. En outre, la nature corrélationnelle et quasi-expérimentale de la présente étude, ne nous permet pas de tester de modèle causal et laisse donc en suspens certaines explications quant à la directionnalité des effets prédicteurs que nous avons décrits. À l'exception du soutien spécifique à l'agression sexuelle qui est obtenu par une discussion au consensus par deux professionnels suite à des informations recueillies lors d'une entrevue semi-structurée, toutes les mesures furent recueillies à l'aide de questionnaires autorapportés auprès des participants. Les biais inhérents à ces méthodes dont, entre autres, la désirabilité sociale, ont pu influencer nos données. En ce qui concerne l'évaluation des symptômes des mères et des enfants, des jugements indépendants par des cliniciens expérimentés auraient pu permettre de fournir un portrait plus exact de ces difficultés.

Ceci nous amène à suggérer que les études futures puissent combiner des approches quantitatives avec des données qualitatives provenant d'entrevues semi-structurées ou d'observation d'interaction mère-enfant pour mieux cerner les réactions des mères et des enfants. De plus, un suivi longitudinal de ces mères et de ces victimes permettrait également de vérifier les effets des variables prédictives dans le temps et de départager l'impact de certaines variables du soutien spécifique et non spécifique sur les séquelles des enfants victimes.

Références

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S. H. & Howell, C.T.(1987). Child/ adolescent behavioral and emotional problems : implication of cross-informant correlations for situational specificity. Psychological Bulletin, 101, 213-232.
- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood: A report on 28 children. American Journal of Psychiatry, 139, 1252-1256.
- Aiken, L.S. & West S.G. (1991) Multiple Regression: Testing and Interpreting Interaction. Newbury Park : Sage Publications.
- Armsworth, M. & Stronck, K. (1999). Intergenerational effects of incest on parenting : skills, abilities, and attitudes. Journal of Counseling & Development, 77, 303-314.
- Badgley, C. R., Allard, H., McCormick, N., Proodfoot, P., Fortin, D., Ogilvie, D., RaeGrant, Q., Gélinas, P., Pépin, L., & Sutherland, S. (1984). Infractions sexuelles à l'égard des enfants. (Vol. Vol.1). Ottawa.
- Bates, J. E., Bayles, K., Bennett, D. S., Ridge, B., & Brown, M. M. (1991). Origins of externalizing behavior problems at eight years of age. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), The development and treatment of childhood aggression (pp. 93-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., & Breton, J. J. (1992). Pilot study for the Québec child mental health survey: Part II. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 381-386.
- Bergeron, L., Valla, J. P., Breton, J. J., Gaudet, N., & Berthiaume, C. (1993). Factor analysis and reliability of parental behavior and attitudes questionnaire. Paper presented at the 40ème Congrès de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Bergeron, L. (1995). Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes 1992 : Variables associées aux troubles mentaux. Montréal, Qc : Université de Montréal.
- Bergner, R. M., Delgado, L. K., & Graybill, D. (1995). Finkelhor's risk factor checklist: A cross-validation study. Child Abuse & Neglect, 18, 331-340.
- Berliner, L., & Conte, J. R. (1995). The effects of disclosure and intervention on sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 19, 371-384.
- Bouchard, C., & Dumont, C. (1989). La violence familiale sur le territoire de Ste-Thérèse: Les enfants d'abord. (Rapport de recherche inédit) : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). 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.
- Breton, J.J., (1993). Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : Prévalence des troubles mentaux et utilisation de service. Hôpital Rivière des Prairies. Santé Québec.
- Briere, J. (1989). The Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) (Unpublished test): University of Southern California School of Medicine.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. The Future of Children (Sexual Abuse of Children), 4, 54-69.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls. Child Abuse and Neglect, 12, 571-577.

Courtois, C. A. (1988). Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy. New York: W.W. Norton & Company.

Coyne, J. C., Ellard, J. H., & Smith, D. A. F. (1990). Social support, interdependence and the dilemmas of helping. In I. G. S. G. R. P. B.R. Sarason (Ed.), Social Support: An interactional view. New York: Wiley.

Crawford, Sharon L. (1999). Intrafamilial sexual abuse: What we think we know about mothers, and implications for intervention. Journal of Child Sexual Abuse, 7, 55-72.

Cutrona, C. E., & Russel, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In I. G. S. B.R. Sarason, G.R. Pierce (Ed.), Social support: An interactional view (pp. 319-366). New York: Wiley.

Cyr, M., McDuff, P. & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation. Santé Mentale au Québec, 24, 191-216.

Davies, M. G. (1995). Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 19, 399-408.

Deblinger, E., Hathaway, C. R., Lippmann, J., & Steer, R. (1993). Psychosocial characteristics and correlates of symptom distress in non-offending mothers of sexually abuse children. Journal of Interpersonal Violence, 8, 155-168.

Deblinger, E., Lippmann, J., Stauffer, L., & Finkel, M. (1994). Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations. Child Abuse & Neglect, 18, 679-682.

Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. Child Maltreatment, 4, 13-20.

De Jong, A. R. (1988). Maternal Response to the Sexual Abuse of their children. Pediatrics, 81, 14-21.

De Man, A. F., Balkou, S., & Iglesias, R. (1986). Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social. Santé Mentale au Québec, 11, 199-202.

Derogatis, L. S. (1977). SCL-90-R (revised) version administration, scoring et procédures. Baltimore, Maryland : School of medicine.

Deschenes, E. P. & Greenwood, P. W. (1998). Alternative placements for juvenile offenders: Results from the evaluation of the Nokomis Challenge Program. Journal of Research in Crime & Delinquency, 35, 267-294.

DeYoung, M. (1994a). Immediate maternal reactions to the disclosure or discovery of incest. Journal of Family Violence, 9, 21-33.

DeYoung, M. (1994b). Women as mothers and wives in paternally incestuous families: Coping with role conflict. Child Abuse & Neglect, 18, 73-83.

DiLillo, D., Tremblay, G. C. & Peterson L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting : the mediating role of maternal anger. Child Abuse and Neglect, 24, 767-779.

Drapeau, S. (1989). Réseau de soutien et ajustement des filles et des garçons de familles intactes et séparées. Unpublished Doctorat in psychology, Université du Québec à Montréal.

Egeland, B., & Erickson, M. F. (1987). Psychologically unavailable caregiving. In R. G. Maria R. Brassard, Stuart N. Hart (Ed.), Psychological maltreatment of children and youth (pp. 110-120). New York: Pergamon Press.

Erickson, M. F. & Egeland, B. (1987). A developmental view of the psychological consequences of maltreatment. School Psychology Review, 16, 156-168.

- Everill, J., & Waller, G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. Child Abuse and Neglect, *19*, 93-100.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyon, D. K., Edelsohn, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. American Journal of Orthopsychiatry, *59*, 197-207.
- Faller, K. C. (1988a). Decision-making in cases of intrafamilial child sexual abuse. American Journal of Orthopsychiatry, *58*, 121-128.
- Faller, K. C. (1988b). The myth of the «Collusive mother». Variability in the functioning of mothers of victims of intrafamilial sexual abuse. Journal of Interpersonal Violence, *3*, 190-196.
- Faller, K. C. (1989). Characteristics of a clinical sample of sexually abused children: How boy and girl victims differ. Child Abuse & Neglect, *13*, 281-291.
- Finkelhor, D. (1979). What's wrong with sex between adults and children? American Journal of Orthopsychiatry, *49*(October), 692-697.
- Finkelhor, D., & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. American Psychologist, *49*, 173-183.
- Feiring C., Taska L. & Lewis M. (1996). A Process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization. Child Abuse and Neglect, *20*, 767-782.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Ways of Coping Questionnaire: Research edition. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Fombonne, E. (1997). L'inventaire des comportements pour les âges de 4 à 18 ans (Adaptation française du Child Behavior Checklist, Achenbach 1991). I.N.S.E.R.M., Paris.
- Frick, P. J. (1991). The Alabama Parenting Questionnaire. (Unpublished rating scale) : Univeristy of Alabama.
- Frick, P. J., Christian, R. E., & Wootton, J. M. (1999). Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. Behavior Modification, *23*, 106-128.
- Friedrich, W. N. (1991). Mothers of sexually abused children : An MMPI study. Journal of Clinical Psychology, *47*, 778-783.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S., Kervola, C., Lang, R., & Wolfe, V. V. (1992). The shield sexual behavior inventory normative and clinical contrasts. Psychological Assessment A Journal of Consulting and Clinical Psychology, *4*, 303-311.
- Fromuth, M. E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. Child Abuse & Neglect, *10*, 5-15.
- Fubini, I. (1995). La fréquence de l'abus sexuel dans les centres de jeunesse selon le programme «intégrateur» : L'Association des Centres de Jeunesse.
- Gelinas, C., Lussier, Y. & Sabourin, S. (1995). Adaptation conjugale: le rôle des attributions et de la detresse psychologique. Canadian Journal of Behavioural Science, *27*, 21-35.
- Gold, S. R., Milan, L. D., Mayall, A., & Johnson, A. E. (1994). A cross-validation study of the Trauma Symptom Checklist. The role of mediating variables. Journal of Interpersonal Violence, *9*, 12-26.
- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., & Cardarelli, A. P. (1990). Child sexual abuse: The initial effects. London: Sage.
- Goodwin, J., McCarthy, T., & DiVasto, P. (1981). Prior incest in mothers of abused children. Child Abuse & Neglect, *5*, 87-95.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. Development and Psychopathology, *5*, 191-213.

Guili, C. A., & Hudson, W. W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice: the child point of view. Journal of Social Service Research, 1, 77-92.

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

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

Herman, J. L. (1988). Father-Daughter incest. In F. M. Ochenberg (Ed.), Post-traumatic therapy and victims of violence (pp. 175-195). New York: Brunner/Mazel.

Hooper, C. A. (1992). Mothers surviving child sexual abuse. London and New York: Tavistock/Routledge.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic medicine, 41, 209-218.

Hubbard, G. B. (1989). Mother's perceptions of incest: Sustained disruption and turmoil. Archives of Psychiatric Nursing, III(1), 34-40.

Ilfeld, F. W. (1978). Psychologic status of community residents among major demographic dimensions. Archives of General Psychiatry, 35, 716-724.

Jaccard, J., Turrisi, R., & Choi, K.W. (1990). Interaction effects in multiple regression, in series: Quantitative application in the social sciences (Michael S. Lewis-Beck Ed.). Newbury Park: Sage Publications.

Jacobs, J. L. (1994). Victimized daughters: Incest and the development of the female self. New York: Routledge.

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

Johnson, J. L., & McCutcheon, S. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: preliminary findings with the Life Events Checklist. Stress and Anxiety, 7, 111-125.

Jones, L., & Finkelhor, D. (2000). The decline in child sexual abuse cases. Paper presented at a Panel organised by Crimes against children research center's, Washington, DC.

Jones, L. (1990). Unemployment and child abuse. Families in Society, 579-586.

Kelley, S. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. Nursing Research, 39, 25-29.

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

Kovess, V., Murphy, H. G. M., Tousignant, M., & Fournier, L. (1985). Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski: Montréal: Unité de recherche psychosociale du Centre hospitalier Douglas.

Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. Child Abuse and Neglect, 19, 1145-1155.

Laub, J. H., & Sampson, R. J. (1988). Unraveling families and delinquency: A reanalysis of the Gluecks' data. Criminology, 26, 355-380.

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

Ligezinska, M., Firestone, P., Manion, I. G., McIntyre, J., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Children's emotional and behavioral reactions following the disclosure of extrafamilial sexual abuse: Initial effects. Child Abuse and Neglect, 20, 111-125.

- Lipton, M. (1997). The effect of the primary caretaker's distress on the sexually abused child: A comparison of biological and foster parents. Child and Adolescent Social Work Journal, 14, 115-127.
- Lovett, B. B. (1995). Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. Child Abuse & Neglect, 19, 729-738.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. Child Abuse and Neglect, 20, 1095-1109.
- Myers, M. (1984). A new look at mothers of incest victims. Journal of Social Work and Human Sexuality, 3, 47-58.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Watermaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. American Journal of Orthopsychiatry, 63, 92-102.
- Oates, K. R., Tebbutt, J., Swarston, H., Lynch, D. L., & B., O. T. (1998). Prior childhood sexual abuse in mothers of sexually abused children. Child Abuse and Neglect, 22, 1113-1118.
- Okun, A., Stein, R. E. K., Bauman, L. J., & Silver, E. J. (1996). Content validity of the Psychiatric Symptom Index, CES-Depression Scale, and State-Trait Anxiety Inventory from the perspective of DSM-IV. Psychological Reports, 79, 1059-1069.
- Paradis, J. P., Perron, A., & Dubé, J. (1992). Un programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels intrafamiliaux. P.R.I.S.M.E., 3, 123-132.
- Pellegrin, A., & Wagner, W. G. (1990). Child sexual abuse: Factors affecting victims' removal from home. Child Abuse & Neglect, 14, 53-60.
- Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1989). Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to 4 years. Developmental Psychology, 25, 413-420.
- Pierce, R., & Pierce, L. H. (1985). The sexually abused child: A comparison of male and female victims. Child Abuse & Neglect, 9, 191-199.
- Prévaille, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé-Québec : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Reis, S. D., & Heppner, P. P. (1993). Examination of coping resources and family adaptation in mothers and daughters of incestuous versus nonclinical families. Journal of Counseling Psychology, 40, 100-108.
- Rey, J. M. & Flapp, J. M. (1990). Quality of perceived parenting in oppositional and conduct disordered adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29, 382-385.
- Rohner, R. P. (1986). The warmth dimension. Foundations of parental acceptance-rejection theory. Beverly Hills: SAGE Publications.
- Rohner, R. P., & Pettengill, S. M. (1985). Perceived parental acceptance-rejection and parental control among Korean adolescents. Child Development, 56, 524-528.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N., & Whitcomb, D. (1992). Maternal support for child victims of sexual abuse: Determinants and implications (90-CA-1368): National Center on Child Abuse and Neglect.
- Russell, D. E. H. (1984). Sexual exploitation: Rape, child sexual abuse, and workplace harassment. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), Primary prevention of psychopathology, Vol. 3 (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.

Sabourin, S., & Wright, J. (1996). Traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (Document inédit). Université de Montréal.

Sandler, I., Wolchik, S., & Braver, S. (1984). Social support and children of divorce. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), Social Support: Theory, Research and Application. Netherlands: The Hague.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 44, 127-139.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. Journal of Social and Personal Relationships, 4, 497-510.

Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (1990). Social support: An interactional view. New York: Wiley.

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

Schmidt, S. E. (1992). A validation study of the trauma symptom checklist for children. Dissertation Abstract. Chicago, IL: De Paul University.

Shapiro, J. R., & Mangelsdorf, S. C. (1994). The determinants of parenting competence in adolescent mothers. Journal of Youth and Adolescence, 23(6), 621-641.

Shelton, K. K., Frick, P. J., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. Journal of Clinical Child Psychology, 25(3), 317-329.

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

Skodol, A. E.; Schwartz, S. Dohrenwend, B. P.; Levav, I. et al. (1996). PTSD symptoms and comorbid mental disorders in Israeli war veterans. British Journal of Psychiatry, 169, 717-725.

Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales (CTS). Journal of Marriage and the Family, 41, 75-88.

Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (1996). Using multivariate statistics. New York: Harper and Row.

Thériault, C., Cyr, M. & Wright, J. (1996). Histoire antérieure d'abus sexuel (Traduction et adaptation du "Incest History Questionnaire" et du "Parental Reaction to Disclosure Scale") (Document inédit). Montréal: PRIMASE, Université de Montréal.

Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of literature. In H. B. Kaplan (Ed.), Psychological stress. Trends in theory and research (pp. 33-103). Houston: Academic press, inc. Harcourt Brace Jovanovich.

Toupin, J., Puzé, R., & Déry, M. (1996). Questionnaire des pratiques parentales d'Alabama (Traduction du Alabama Parenting Questionnaire) (Document inédit). Sherbrooke: Université de Sherbrooke.

Tourigny, M., Péladeau, N., & Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. Revue Sexologique, 1, 13-34.

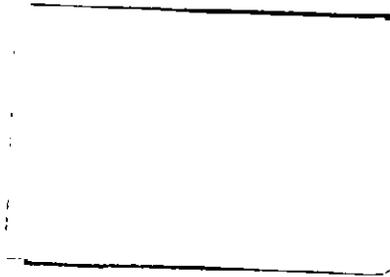
Trocmé, N., & MacLaurin, B. (2000, november). Investigated sexual abuse in Ontario: 1993-1998. Paper presented at a Panel organised by Crimes against children research center's, Washington, DC.

Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1995). Paternal caregiving and incest: Test of a biosocial model. American Journal of Orthopsychiatric. 65. 101-113.

Wilson, M. K. (1995). A preliminary report on ego development in nonoffending mothers of sexually abused children. Child Abuse & Neglect. 19. 511-518.

Wright, J., Sabourin, S. & Lussier, Y. (1994). Traduction en français et validation du Children's Sexual Behavior Inventory (Friedrich, 1992).

Wright, J., & Sabourin, S. (1995). L'estimation de l'incidence, des facteurs de risque et des taux de décision en protection de la jeunesse concernant l'abus sexuel. : Forum sur la problématique des abus sexuels chez les enfants.



H 15,384
Ex.2