

Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation

Profiles of mothers of sexually abused children : mental health, stress and adaptation

El perfil de las madres de niños (as) sexualmente agredidos : Salud mental, estrés y adaptación

Mireille Cyr, Pierre McDuff et John Wright

Volume 24, numéro 2, automne 1999

Le devenir des cliniques externes de psychiatrie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/013019ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/013019ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

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(2), 191–216. <https://doi.org/10.7202/013019ar>

Résumé de l'article

Cette étude s'intéresse aux réactions affectives de 118 mères à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant. En plus de tracer un portrait de ces mères, l'étude vise à déterminer l'importance de leurs symptômes psychologiques et à identifier les facteurs psychosociaux susceptibles de les influencer. Les résultats montrent que les mères présentent diverses configurations de symptômes psychologiques et que plusieurs d'entre elles vivent une détresse excédant un seuil clinique. La présence de ces symptômes est associée de façon spécifique à un nombre limité de facteurs psychosociaux. La discussion fait ressortir l'importance de la détresse vécue par les mères d'enfants agressés sexuellement et le soutien qu'elles requièrent de la part des professionnels de la santé mentale pour composer avec la situation.



Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation

Mireille Cyr*

Pierre McDuff**

John Wright***

Cette étude s'intéresse aux réactions affectives de 118 mères à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant. En plus de tracer un portrait de ces mères, l'étude vise à déterminer l'importance de leurs symptômes psychologiques et à identifier les facteurs psychosociaux susceptibles de les influencer. Les résultats montrent que les mères présentent diverses configurations de symptômes psychologiques et que plusieurs d'entre elles vivent une détresse excédant un seuil clinique. La présence de ces symptômes est associée de façon spécifique à un nombre limité de facteurs psychosociaux. La discussion fait ressortir l'importance de la détresse vécue par les mères d'enfants agressés sexuellement et le soutien qu'elles requièrent de la part des professionnels de la santé mentale pour composer avec la situation.

L'agression sexuelle des enfants est un phénomène dont l'ampleur n'est que partiellement connue mais pour lequel des séquelles importantes à long terme ont été identifiées (Beitchman et al., 1992). Les meilleures estimations du taux d'incidence d'agression sexuelle sont de 2,4 sur 1000 aux États Unis (Finkelhor, 1994), 1,57 sur 1000 en Ontario (Trockme et al., 1994) et 1,10 sur 1000 au Québec (Wright et al., 1997a). Ces taux sous-estiment, toutefois, la réalité puisque les résultats d'une trentaine d'études suggèrent qu'au mieux 30 % de ces

* Ph.D., professeure agrégée au département de psychologie de l'Université de Montréal et membre du PRIMASE (Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants).

** M.sc., professionnel de recherche et membre du PRIMASE.

*** Ph.D., professeur titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal et membre du PRIMASE.

Remerciements

Nous tenons à remercier les intervenants des Centres jeunesse qui ont collaboré à cette étude. Nous remercions également Chantal Thériault pour ses précieuses suggestions. Cette étude a bénéficié du soutien financier du Conseil québécois de la recherche sociale et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada.

agressions sont rapportées aux autorités (Finkelhor, 1994). Ainsi, Tourigny et al. (1993) observent que seulement 18 % des cas d'agression étaient connus de la Direction de la protection de la jeunesse du Québec, selon les révélations d'enfants et d'adolescents qui ont contacté un centre d'intervention téléphonique.

De nombreuses séquelles ont été observées à court et à long terme chez les enfants victimes d'agression sexuelle. L'analyse des résultats de 45 études portant sur des enfants de moins de 18 ans a permis à Kendall-Tackett et al. (1993) de répertorier 25 types de perturbations. Dans le même sens, Wright et al. (1997b) identifient l'état de stress post-traumatique, les comportements sexuels inappropriés, les distorsions cognitives, la détresse émotive (anxiété, dépression), la compromission du développement de l'identité, l'évitement et les difficultés interpersonnelles comme étant les perturbations le plus étroitement associées à une agression sexuelle. La manifestation de ces séquelles diffère toutefois avec l'âge. Ainsi, les comportements sexuels inappropriés de l'enfance se présentent sous forme de promiscuité, de prostitution ou d'agression sexuelle à l'adolescence. Les recherches réalisées auprès d'adultes survivants d'agression sexuelle (voir Brière et Elliot, 1994; Herman, 1992) indiquent la présence persistante de troubles anxieux ou dépressifs, de difficultés sexuelles ou d'intimité, d'habiletés parentales déficientes et de troubles graves de la personnalité. À ce titre, Herman (1992) a proposé une nouvelle catégorie diagnostique, le trouble post-traumatique chronique ou de type 2, qui rend compte de la constellation importante et persistante de séquelles qui s'applique aux survivants d'agression sexuelle.

L'importance et la persistance des séquelles nous interpellent quant aux facteurs qui pourraient réduire l'impact d'une agression sexuelle. Quelques études récentes (Regehr, 1990; Everson et al., 1989; Runyan et al., 1992; Leifer et al., 1993) indiquent que la réponse de la mère au moment du dévoilement de l'agression est un facteur-clé dans l'adaptation de l'enfant. Souvent, elle est la première personne à recevoir les confidences de l'enfant et à pouvoir le protéger. De plus, ces mères sont ciblées par les professionnels pour jouer un rôle clé dans l'adaptation de la victime. Compte tenu du rôle crucial qu'elles sont appelées à jouer auprès de l'enfant, il est étonnant que peu d'études empiriques aient porté spécifiquement sur les caractéristiques de ces mères. Les études effectuées mettent en lumière l'état de crise provoqué par le dévoilement de l'agression (Davies, 1995; Deblinger et al., 1993; Hiebert-Murphy, 1998; Manion et al., 1996; Newberger et al., 1993). Cette situation de crise est susceptible d'éprouver les capacités

adaptatives de la mère, d'autant plus que le dévoilement de l'agression peut ne pas être la seule situation difficile avec laquelle elle doit composer. Ainsi, d'autres facteurs sont susceptibles de contribuer à l'exacerbation ou à la résorption de cette situation de crise. Cet article tente de documenter l'ampleur de la détresse vécue par ces mères et de faire ressortir les variables associées à la situation de crise dans laquelle elles se retrouvent à la suite du dévoilement de l'agression de leur enfant.

Mères victimes ou complices

La littérature clinique portant sur les mères d'enfant agressé sexuellement et principalement d'enfant victime d'inceste les a pendant longtemps décrits comme ayant une responsabilité directe ou indirecte dans l'agression de leur enfant. Généralement, la description de ces mères correspondait à l'un des trois profils suivants : 1) la mère est en collusion avec l'agresseur qui, lui, pousse la victime à assumer le rôle de mère et d'épouse, 2) la mère impuissante et dépendante subit l'oppression du mari, celle-ci se manifestant sous forme de violence ou de dépendance économique ou 3) la mère victime est elle-même une survivante d'agression sexuelle. (Herman et Hirschman 1981 ; Liebman Jacobs, 1994).

Si le premier profil tend à faire blâmer la mère pour l'apparition de l'agression, les deux autres sont parfois invoqués pour disqualifier les mères dans leur rôle de soutien et de soins. Cela concorde avec certains préjugés sociaux où les parents non agresseurs, plutôt que l'agresseur, sont tenus responsables de l'agression sexuelle de l'enfant (Ehrensaft, 1992 ; Reyman, 1990). De tels préjugés s'attaquent aux compétences parentales et rendent les mères davantage susceptibles de se sentir incompetentes et coupables de l'agression de leur enfant. L'image négative de ces mères (Gavey et al., 1990) a été remise en question grâce aux résultats de quelques recherches empiriques conduites à ce jour. Selon ces études portant sur le soutien maternel offert aux enfants à la suite du dévoilement, la majorité des mères réagit au dévoilement en croyant leur enfant et plus de la moitié d'entre elles le soutient et tente de le protéger vis-à-vis de l'agresseur. (Deblinger et al., 1994 ; deYoung, 1994a ; Elbow et Mayfield, 1991 ; Heriot, 1996 ; Lovett, 1995 ; Pellegrin et Wagner, 1990 ; Pierce et Pierce, 1985 ; Sirles et Franke, 1989 ; Wright et al., 1997c).

Santé mentale

L'image négative de ces mères a été également remise en question par les récentes recherches empiriques qui ont mis à jour l'état de choc

important vécu par le parent non agresseur après le dévoilement d'une agression sexuelle. Ainsi, Kelley (1990) a évalué la détresse psychologique globale des pères et des mères d'enfants d'âge préscolaire agressés sexuellement dans des garderies. Elle note que respectivement 65 % et 40 % des parents des victimes d'agression sexuelle avec ou sans rituel excédaient un seuil clinique. Elle note aussi la présence de signes post-traumatiques chez les deux parents; les mères présentant, entre autres, des scores plus élevés à l'échelle d'intrusion. Deblinger et al. (1993), Friedrich (1991), Runyan et al. (1992), Newberger et al. (1993) obtiennent des résultats similaires qui indiquent que les mères d'enfant agressé présentent des scores de détresse psychologique plus élevés que des femmes de groupes contrôle, que cette agression soit intra ou extrafamiliale. Dans plus de la moitié des cas, la détresse observée correspond au seuil de populations cliniques. Pour un petit échantillon de parents dont l'enfant a été agressé à l'extérieur de la famille mais par une personne connue de celle-ci, Davies (1995) indique qu'entre 22 % et 53,8 % des parents présentent des symptômes de dépression ou des séquelles post-traumatiques; les pères sont moins nombreux que les mères à manifester ces symptômes. Finalement, à la suite d'une entrevue en profondeur auprès de 11 mères, Hubbard (1989) conclut qu'elles démontrent des symptômes caractéristiques du désordre post-traumatique. Donc, la majorité des mères présentent des signes de détresse importants; cette réaction a aussi été décrite comme une expérience de victimisation secondaire (Paradis et al., 1992; Hooper, 1992; Manion et al., 1996). Ainsi, plusieurs mères pourraient bénéficier d'interventions en santé mentale pour composer avec leurs réactions de détresse (Manion et al., 1996; Newberger et al., 1992) qui risquent d'interférer avec leur capacité de soutenir et protéger leur enfant (Runyan et al., 1992).

Ces résultats montrent également que toutes les mères ne manifestent pas de symptômes psychologiques à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant. L'absence de symptomatologie chez certaines mères suggère que des caractéristiques personnelles, familiales ou environnementales peuvent contribuer à amoindrir l'impact du dévoilement ou à l'exacerber. Ces facteurs seront examinés aux prochains paragraphes.

Sources de stress et de soutien

La littérature sur le stress et l'adaptation fait ressortir deux ensembles de facteurs expliquant la vulnérabilité face aux événements stressants, soit les prédispositions (p. ex. constitution, conséquences des

expériences de vie de l'enfance) et les ressources psychosociales (p. ex. stratégies d'adaptation, soutien social) (Thoits, 1983; Skodol et al., 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, certains de ces facteurs ont été examinés, dont les expériences traumatiques de l'enfance de la mère, les sources de soutien, les stratégies d'adaptation, la présence d'autres événements stressants, la violence et la détresse conjugales, les caractéristiques de la situation d'agression. Ces facteurs n'ont pas tous fait l'objet d'étude systématique et leur association avec la détresse des mères est souvent équivoque.

Les cliniciens ont fréquemment souligné l'importance de l'histoire d'agression sexuelle de la mère dans l'enfance, évoquant l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle (Herman, 1988; Liebman Jacobs, 1994). Quatre études récentes indiquent qu'entre 41 % et 59 % des mères d'enfant agressé ont elles-mêmes été victimes de cette situation (Deblinger et al., 1994; Faller, 1989; Leifer et al., 1993; Runyan et al., 1992). La relation entre les antécédents d'agression et la détresse psychologique n'est toutefois pas établie avec certitude car les deux études qui ont examiné cette question obtiennent des résultats opposés : Deblinger et al. (1994) n'observent pas de relation statistiquement significative, alors que les analyses de régression multiples conduites par Hiebert-Murphy (1998) révèlent que l'histoire antérieure d'agression dans l'enfance des mères explique 4,5 % de la variance de leur détresse émotive.

D'autres variables, comme les ressources psychosociales et les sources de stress, sont aussi susceptibles d'influencer la détresse psychologique de la mère. Les stratégies d'adaptation représentent une première ressource importante puisque plusieurs études ont démontré que l'utilisation de stratégies adéquates contribue à diminuer la détresse émotive, détresse associée à différentes problématiques comme la maladie, le travail, etc. (Folkman et al., 1991). Ces problématiques ont toutefois fait l'objet de peu d'études empiriques dans le contexte de l'agression sexuelle en général (Proulx et al., 1995) et encore moins pour les mères d'enfant agressé. Les études de nature 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 dans la résolution de la crise. L'augmentation des connaissances sur la détresse psychologique et sur les mécanismes d'adaptation des mères peut améliorer les interventions psychosociales destinées à leur venir en aide.

En contexte de crise, le soutien social devrait influencer la santé mentale de la mère (Leifer et al., 1993) car les familles incestueuses sont reconnues pour être particulièrement isolées (Finkelhor, 1979; Russell, 1984; Hooper, 1992), mais à la suite du dévoilement, le soutien ne répond pas toujours aux besoins de la mère (Deblinger et al., 1994; Leifer et al., 1993). Dans l'étude de Leifer et al. (1993), le réseau de soutien social de 72 % des mères ne pouvait répondre de façon satisfaisante à leurs besoins de base. Le fait que la mère soit seule pour répondre à la crise provoquée par le dévoilement explique 12 % de la détresse émotionnelle selon les résultats de Deblinger et al. (1994). Le soutien social risque d'être différent selon que l'agression sexuelle est de nature intra ou extrafamiliale. Dans les cas où le conjoint de la mère n'est pas l'agresseur, 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 versus attachement, etc.) vécus par rapport au conjoint agresseur (Heriot, 1996). Dans ces cas, la relation conjugale peut devenir une source de stress et de conflit qui contribue au degré de détresse.

Le dévoilement ne constitue pas le seul événement stressant auquel la mère doit faire face. Parmi les événements stressants susceptibles d'être concomitants à l'agression, on retrouve la violence conjugale. Bien que les écrits cliniques décrivent souvent le milieu familial des enfants victimes d'agression sexuelle comme étant contrôlant, imprévisible et abusif (Herman, 1992), la violence conjugale a été peu considérée. Les deux études qui ont évalué cette dimension font état d'une proportion importante de violence conjugale auprès des mères de victimes, soit 44,3 % dans l'échantillon de Sirles et Franke (1989) et 56,6 % dans celui de Deblinger et al. (1994). Dans cette dernière étude, le lien entre la violence conjugale et la détresse psychologique de la mère a été examiné et aucune relation significative n'a été obtenue.

Parmi les autres sources de stress, soulignons le fait que les mères doivent également répondre aux besoins familiaux des autres membres de la maison qui sont souvent affectés par le dévoilement de l'agression. 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. Des conséquences telles que le déménagement, la diminution du statut socio-économique, la séparation ou le divorce sont fréquentes (Hooper, 1992; Deblinger et al., 1994; DeYoung, 1994a; Leifer et al., 1993; Sirles et Franke, 1989). Peu d'études ont mis empiriquement ces stress en relation avec la santé mentale de la mère. Il apparaît donc important de

mieux cerner les situations qui augmentent le niveau de stress des mères, et qui peuvent faire l'objet d'interventions spécifiques.

Les caractéristiques de l'agression sexuelle subie par un enfant sont également susceptibles d'augmenter la détresse de la mère. Ainsi, Kelley (1990) de même que Newberger et al. (1993) ont observé que le degré de gravité de l'agression était associé à une plus grande détresse psychologique des parents ou de la mère de l'enfant. Par contre, ces résultats n'ont pu être reproduits dans l'étude de Manion et al. (1996).

Cet article a donc pour objectif spécifique de déterminer l'importance des symptômes de détresse psychologique d'un groupe de mères dont l'enfant a été agressé sexuellement, et d'identifier les variables psychosociales qui y sont liées.

Méthodologie

Sujets et déroulement

Au total, 118 mères ont été évaluées. Leur recrutement s'est réalisé en collaboration avec trois Centres jeunesse (régions de Lanaudière, Mauricie-Bois-Francs et Montérégie). Dès qu'une agression sexuelle est confirmée, l'intervenant responsable de l'évaluation sollicite la participation de la mère. La passation des entrevues et des questionnaires se déroule au centre ou, exceptionnellement, chez la mère si un problème de garde d'enfant ou de transport peut retarder indûment l'évaluation. Ces entrevues sont présentées à la mère comme un complément d'information faisant partie du processus d'évaluation. Un rapport détaillé des résultats est remis à l'intervenant. Un interviewer préalablement formé pour conduire les entrevues et administrer les questionnaires assiste la mère dans cette tâche. L'entrevue dure environ deux heures et est réalisée après avoir obtenu un consentement. Il a lieu en moyenne au cours des 7 premières semaines ($M = 55,15$ jours; $É.T. = 43,9$) suivant la réception du signalement d'une agression par le Centre jeunesse. Le temps écoulé entre le moment où l'enfant a dévoilé l'agression et l'évaluation est en moyenne de 3,5 mois ($M = 175,2$ jours; $É.T. = 428,5$). Les données ici rapportées portent sur les cas où les faits se sont révélés fondés à la suite de l'évaluation.

Les principales caractéristiques des 118 mères et de leur enfant sont rapportées au tableau 1. Elles indiquent que les mères proviennent d'un groupe défavorisé (scolarité moyenne de 10 ans, aide sociale pour la majorité, revenu personnel ou familial faible) et dont la structure familiale s'est modifiée au cours des années (74,6% ont divorcé et 52,5% vivent avec un partenaire). Les enfants de l'échantillon sont

majoritairement des filles prépubères agressées par un adulte. Près de la moitié des cas d'agression sont l'œuvre d'une figure parentale, un quart des enfants ont été agressés par un tiers membre de la famille (p. ex. grand-père, oncle, frère) et l'autre quart fut victime d'un agresseur sans lien avec la famille, donc d'une agression extrafamiliale. Dans 25 % des cas, ces enfants avaient déjà été victimes d'agression sexuelle.

Tableau 1
**Principales caractéristiques des 118 mères de l'échantillon
 et de l'agression subie par leur enfant**

Variabes sociodémographiques		(é.t)
– Âge moyen	36	(5,2)
– Scolarité moyenne	10,9	(2,4)
– Nombre moyen d'enfants	2,12	(1,9)
– % mariées ou vivant avec un partenaire	52,5	
– % divorcées ou séparées dans le passé	74,6	
– % qui occupent un emploi	34,5	
– Revenu personnel moyen	13 310	(7 643)
Caractéristiques des victimes et de l'agression		
Nombre de filles	98	
Âge moyen	11,3	(3,3)
% d'agressions commises par un adulte	70,9	
% d'agressions commis par le père ou le conjoint de la mère	46,6	
Durée moyenne de ces abus (mois)	30,3	(27,9)
% d'agressions commises par un autre membre de la famille	27,6	
Durée moyenne de ces agressions (mois)	17,3	(18,1)
% d'agressions commises par un étranger	25,9	
Durée moyenne de ces agressions (mois)	7,0	(9,4)

Mesures

Un questionnaire sociodémographique est administré aux mères afin d'évaluer l'âge, le niveau de scolarité, le revenu familial, le nombre et l'âge des enfants, la consommation de drogue et d'alcool et les problèmes de santé.

La détresse psychologique des mères est mesurée par l'*Indice de détresse émotionnelle*, version française du *Psychiatric Symptom Index* (P.S.I.) adaptée par Ifeld (1978) et validée dans l'Enquête Santé-Québec (Prévile et al., 1992). Les 29 items sont cotés à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points. Un score global de même qu'un score pour chacune des 4 sous-échelles mesurant les symptômes

d'anxiété, de dépression, d'agressivité et de problèmes de concentration sont disponibles (Kovess et al., 1985). Les coefficients alpha sont satisfaisants et varient de 0,82 à 0,89 selon les sous-échelles, alors que la fidélité test-retest varie de 0,76 à 0,94. L'*Impact of Event Scale* (IES ; Horowitz et al., 1979), dans sa version française (Cyr et al., 1996), est utilisé pour évaluer, au cours des sept derniers jours, la gravité des symptômes associés aux phases d'évitement et d'intrusion de l'état de stress post-traumatique. Le questionnaire comporte 15 items évalués sur une échelle de fréquence en quatre points. Horowitz et al. (1979) rapportent des coefficients de cohérence interne de 0,78 et 0,82 pour chaque échelle et une fidélité test-retest de 0,89 et de 0,79 (7 jours).

Le *Questionnaire sur le soutien social* développé par Sarason et al. (1983) est 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 ainsi que la satisfaction éprouvée face au soutien reçu. La cohérence interne varie de 0,64 à 0,88 (alpha) et la validité convergente est satisfaisante. Une question est ajoutée afin d'évaluer plus spécifiquement le soutien reçu de la part des personnes œuvrant dans le réseau des services sociaux et de santé ou dans les organismes communautaires.

L'*Échelle d'ajustement dyadique* (Spanier, 1976), dans sa version validée au Québec (Baillargeon et al., 1986), est utilisée pour évaluer le degré de détresse conjugale. Ses 32 items servent à évaluer 4 dimensions : le consensus, l'expression affective, la cohésion et la satisfaction maritale. Le score total indique le degré d'adaptation du couple, un score inférieur à 99 révèle une perturbation au sein du couple. Le coefficient de cohérence interne varie de 0,61 à 0,91, ou de 0,75 à 0,96 selon les études ; le dernier coefficient étant celui de l'échelle globale. Les qualités psychométriques de la version française sont donc satisfaisantes (Sabourin et al., 1990).

Le *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ ; Folkman et Lazarus, 1988), dans sa version française abrégée (Bouchard et al., 1995), est utilisé pour évaluer les stratégies d'adaptation utilisées par les mères. Ce questionnaire comprend 21 items cotés sur une échelle de fréquence en quatre points. Il mesure trois stratégies d'adaptation qui obtiennent toutes des coefficients de cohérence interne acceptables pour une population québécoise : recherche de soutien social (0,85), réévaluation positive et résolution de problèmes (0,80), distanciation et évitement (0,76). Un score élevé à une sous-échelle indique une plus grande utilisation de cette stratégie.

Le *Life Events Checklist* (Johnson et McCutcheon, 1980) est 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 l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Bergeron et al., 1992), comporte une liste de 23 items décrivant des événements de la vie (p. 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 en 5 points. Les corrélations test-retest à un intervalle de deux semaines sont de 0,72.

Le *Questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux* (Bouchard et Dumont, 1989), traduction française du *Conflict Tactics Scale* (Strauss, 1979), est utilisé pour évaluer la fréquence, la gravité et la chronicité de la violence conjugale (physique ou verbale) subie par la mère, au cours des 12 derniers mois. Cet instrument comprend 23 items qui distinguent le raisonnement, l'agression verbale, la violence physique mineure et la violence physique grave. 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, il se révèle comparable à la version américaine dont la validité a été prouvée maintes fois.

L'adaptation et la traduction (Thériault et al., 1995) de l'entrevue *Incest History Questionnaire* de Courtois (1988) est utilisée afin d'évaluer l'histoire d'agression sexuelle de la mère au cours de son enfance, le niveau de résolution de cette agression et les problèmes familiaux vécus au cours de cette période. Le type d'agression sexuelle vécue (intra ou extrafamiliale), les variables liées à l'agression (identité de l'agresseur, fréquence, gravité, etc.) et à son dévoilement, les effets immédiats et à long terme et le soutien reçu sont évalués.

Les caractéristiques de l'agression

Le *Sexual Abuse Rating Scale* (Friedrich, 1992) est utilisé dans sa version française (Wright et al., 1994) pour évaluer auprès de l'intervenant la nature et la gravité de l'agression sexuelle. L'instrument comprend 23 items dont 21 sont cotés présent ou absent et 2 servent à évaluer la durée de l'agression sexuelle et le nombre de mois depuis la dernière agression.

Résultats

La santé mentale des mères

Deux aspects de la santé mentale des mères sont examinés, le premier référant à la détresse psychologique globale et l'autre, aux symptômes spécifiques d'intrusion et d'évitement liés à un état de stress post-traumatique. Les résultats obtenus à l'échelle globale de détresse psychologique ($M = 31,9$; $É.T. = 20,9$) indiquent que la moitié (49,6 %) des mères vit une détresse correspondant au seuil observé auprès de populations cliniques québécoises. Un examen spécifique des sous-dimensions de l'instrument révèle que les symptômes de dépression sont les plus fréquents ($M = 36,9$; $É.T. = 25,0$), suivis par les problèmes de concentration ($M = 29,6$; $É.T. = 23,3$), l'hostilité ($M = 29,5$; $É.T. = 22,2$) et l'anxiété ($M = 29,0$; $É.T. = 21,4$). D'un point de vue clinique, 59 % des mères présentent un seuil clinique pour les symptômes de concentration, 56,4 % pour ceux de dépression et 41,9 % atteignent un seuil clinique comparable à la population des femmes québécoises pour les sous-échelles d'anxiété et d'hostilité.

Quant aux symptômes post-traumatiques susceptibles de surgir vu le caractère violent de la découverte de l'agression de son enfant, nos résultats tendent à confirmer l'état de choc vécu par certaines mères. Les résultats aux deux sous-échelles post-traumatiques indiquent un seuil clinique pour le tiers des mères. Les symptômes d'évitement ($M = 13,6$; $É.T. = 9,9$) étant aussi présent au sein de l'échantillon (34,2 % des mères) que les symptômes d'intrusion (33,2 %) ($M = 15,9$; $É.T. = 9,8$).

Pour tracer un portrait plus exhaustif de la santé mentale de ces mères, nous avons examiné la co-morbidité des symptômes. Les résultats indiquent que près du tiers (31,3 %) des mères ne présente aucun symptôme aux trois échelles (détresse psychologique, intrusion, évitement). Ainsi, une mère sur trois ne réagit pas au dévoilement de l'agression sexuelle de son enfant en manifestant des problèmes de santé mentale. Par contre, certaines présentent des symptômes uniquement à une échelle, soit 16,5 % à l'échelle globale de détresse psychologique, 10,4 % à l'échelle d'évitement, 4,3 % à l'échelle d'intrusion. Finalement, 13 % ont des symptômes des trois types. Au total, une co-morbidité des symptômes est présente chez 28,6 % de l'échantillon si l'on tient compte des mères qui présentent des symptômes pour au moins deux échelles. En bref, près de 70 % des mères présentent un état de détresse sérieux à l'un ou l'autre des trois indicateurs.

Tableau 2
Pourcentages, moyennes et écart-types et corrélations entre les indices de santé mentale et les sources de stress et de soutien et les caractéristiques de l'abus sexuel de l'enfant

Variables	Score moyen ou %	(é.t.)	Détresse	Intrusion	Évitement
Sources de stress					
– Événements stressants	2,6	(1,6)	,21*	,10	-,01
– % Violence conjugale verbale	33,7		,17	,12	,28*
– % Victime d'abus sexuel dans l'enfance	49,1		,12	,28**	,17
– % Victime de violence physique dans l'enfance	39,5		,05	-,01	,17
– % Témoin de violence conjugale verbale dans l'enfance	35,1		,08	,07	,17
– % avec un revenu familial annuel < 350000\$	73,5		-,25	-,21	-,18
Sources de soutien					
– Nombre de personnes dans le réseau de soutien social	3,4	(1,9)	-,09	-,16	-,05
– Ajustement conjugal	109,1	(26,1)	-,22	-,15	-,31**
– Stratégie d'adaptation : réévaluation/solution de problème	14,3	(6,1)	-,02	,05	,02
– Stratégie d'adaptation : recherche de soutien	10,1	(4,4)	,10	,05	-,01
– Stratégie d'adaptation : évitement	6,4	(4,2)	,14	,19	,42**
Caractéristiques de l'agression sexuelle					
Sexe de l'enfant (Nombre de filles)	98		-,02	,00	,17
Âge moyen de l'enfant au début de l'agression	8,5	(3,5)	,12	,02	-,02
Durée de l'agression_(mois)	41,7	(43,2)	-,02	-,06	,07
% Utilisation de violence pendant l'agression	12,4		,02	,00	,08
% Pénétration pendant l'agression	42,1		-,07	-,12	,02
Lien avec l'agresseur ¹			,13	,08	,10

* p < ,05 ** p < ,01; 1 Coefficient eta

Soutien social et sources de stress

Le tableau 2 rapporte les données descriptives des variables correspondant aux sources de soutien et de stress de même que les corrélations

obtenues avec les trois indices de santé mentale. Seules les corrélations significatives seront rapportées dans les prochains paragraphes.

Les mères identifient en moyenne 3 personnes ($M = 3,4$; $\text{É.T.} = 1,9$) dans leur environnement sur lesquelles elles peuvent compter pour obtenir différentes formes de soutien. Cela nous indique qu'elles vivent dans des familles assez isolées. Malgré ce nombre restreint de personnes disponibles, elles se disent très satisfaites du soutien qu'elles en ont reçu. Parmi les autres sources de soutien, la relation conjugale, donc le soutien offert par le conjoint, a été évaluée via le degré de détresse conjugale. Les scores obtenus indiquent dans l'ensemble un bon ajustement des sujets ; seulement un quart (26,9 %) des couples présente une détresse conjugale. Une corrélation négative et modérée est obtenue entre l'ajustement conjugal et la présence de symptômes d'évitement chez la mère, indiquant que les problèmes conjugaux augmentent ces symptômes.

En plus de leur réseau naturel de soutien, nous avons examiné la proportion de mères qui recevaient un soutien de la part de professionnels. Ces résultats doivent cependant être interprétés à la lumière du contexte où les informations furent recueillies¹. Ainsi, au moment de l'entrevue, 27 mères (23,3 %) recevaient une intervention individuelle pour composer avec leur détresse, 6 (5,2 %) une intervention de groupe, 6 (5,2 %) une thérapie familiale et 6 (5,2 %) une intervention sexuelle. Cette dernière forme d'intervention est combinée pour deux mères à une thérapie de groupe ou familiale. À l'exception d'une mère qui a reçu 20 sessions d'intervention individuelle, les autres ont bénéficié de moins de 4 rencontres, la norme étant d'une session.

Pour composer avec la situation difficile à laquelle elles font face ainsi qu'avec leurs symptômes, les mères utilisent de façon plus importante des stratégies d'adaptation comportant la réévaluation des aspects positifs et négatifs de leurs problèmes et une recherche de soutien social pour composer avec leurs sentiments ou pour recevoir des conseils ou de l'aide. Elles utilisent peu fréquemment la distanciation/évitement, donc des stratégies qui visent à oublier la situation ou à espérer qu'un miracle se produise. Toutefois, seule cette dernière stratégie est corrélée fortement avec les symptômes d'évitement de l'échelle de stress post-traumatique.

En ce qui concerne les sources de stress qui ont pu influencer leur niveau de détresse, les mères rapportent en moyenne 3 événements stressants au cours des six derniers mois, et moins de 10 % (7,8 %) ne rapportent aucun événement particulier. En moyenne, ces événements

sont évalués comme ayant été assez bouleversants ($M = 4,4$; $É.T. = 3,5$). Les plus fréquents comprennent des problèmes d'argent (pour 61,2 % de l'échantillon), le départ d'un enfant de la maison (23,3 %), une séparation ou un divorce (20,9 %) et des ennuis avec la police ou les tribunaux (18,1 %). Le nombre d'événements stressants est modérément associé à un score plus élevé de détresse psychologique et non aux symptômes post-traumatiques. Nous avons également considéré le revenu familial et le niveau de scolarité en lien avec la symptomatologie et aucune corrélation significative n'a été observée.

Le degré de violence conjugale a également été évalué auprès de ces mères et les données sont disponibles pour 83 d'entre elles. Cette source de stress semble bien présente pour ces femmes. En effet, la majorité (85 %) a vécu des agressions verbales au cours de la dernière année. Seulement, 14,5 % ne rapportent aucun incident de ce genre alors que 33,7 % en ont vécu plus de 18, ce qui les situe au-dessus du 75^e percentile de la population américaine. La violence verbale est modérément associée à une plus forte présence de symptômes d'évitement. En outre, 19,3 % des mères rapportent subir de la violence physique mineure et 8,4 % de la violence physique grave. Soulignons que respectivement 6 et 3 mères excèdent le 75^e percentile de la population américaine victime de violence physique mineure ou grave.

Quant à leur histoire antérieure, plus du tiers des mères provient d'un milieu familial où elles ont subi de la violence physique ou verbale en tant qu'enfant. Près d'une mère sur deux a été victime d'agression sexuelle. Ces agressions ont débuté lorsqu'elles avaient en moyenne 8 ans ($M = 8,5$; $É.T. = 3,5$ années) et ont duré en moyenne un peu plus de 3 ans ($M = 41,7$ mois; $É.T. = 43,2$). Une corrélation modérée est observée entre la présence d'agression sexuelle dans l'enfance et des symptômes d'intrusion.

Finalement, les caractéristiques de l'agression sexuelle sont des variables pouvant influencer la détresse psychologique des mères. Nous n'avons retenu que les variables les plus susceptibles d'y être associées. Les agressions, dont la plupart se sont déroulées sur plusieurs mois, voire des années, ont touché surtout des filles (83,1 %) relativement jeunes ($M=8,5$; $É.T.= 3,5$ ans) et soumises à des gestes graves car 42,1 % des agressions comportaient des pénétrations et 12,4 % des actes de violence. L'examen du tableau 2 indique toutefois qu'aucune de ces caractéristiques de l'agression n'est en relation avec la santé mentale des mères. De même, la relation entre l'agresseur, l'enfant et sa mère n'est pas liée à la symptomatologie des mères, que l'agresseur soit le conjoint (père ou beau-père), un autre membre de la famille ou un adulte sans

lien de parenté. Soulignons également que nous avons vérifié si l'intensité des symptômes des mères varie en fonction du sexe de la victime. Les résultats des trois tests T effectués se sont révélés non significatifs.

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'importance des symptômes des mères d'enfant agressé sexuellement et d'identifier les variables psychosociales associées à leur santé mentale. Concernant la détresse psychologique, nos résultats sont similaires à ceux obtenus par d'autres études avec le BSI (Burgess et al., 1989; Kelley, 1990; Newberger et al., 1993; Runyan et al., 1992), version abrégée du SCL-90, d'où est également issu l'instrument de mesure que nous avons utilisé. Près de 50 % (49,6 %) des mères de notre échantillon présentent un seuil clinique alors que leurs pourcentages oscillent entre 43,5 % et 65 %. Il en est de même des symptômes post-traumatiques pour lesquels les moyennes observées aux échelles d'intrusion ou d'évitement des autres études (Burgess et al., 1989; Kelley, 1990; Manion et al., 1996) nous permettent de situer nos résultats à des niveaux comparables. Par contre, les pourcentages de mères dont les scores de symptômes atteignent des seuils cliniques (34,2 % et 33,2 %), sont ici plus faibles que ceux observés par Davies (1995), qui obtient 53,8 % de cas cliniques aux deux échelles. Ces auteurs ont conclu que les mères d'enfants agressés sexuellement sont des victimes secondaires, car elles sont nombreuses à présenter des symptômes comparables à ceux d'une clientèle clinique. Dans notre échantillon, près des deux tiers des mères (68,7 %) présentent une détresse atteignant un seuil clinique, ce qui suggère qu'un groupe important de mères devrait requérir une attention des intervenants pour composer avec leur détresse et aider leur enfant à faire face à l'agression sexuelle subie.

Notre étude ajoute des informations intéressantes concernant la réaction affective des mères et permet de tracer d'elles un portrait plus complet. Ainsi, le fait de considérer les symptômes post-traumatiques en plus de signes de détresse globale nous a permis d'identifier 14,7 % de mères présentant des symptômes cliniquement significatifs qui n'auraient pas été détectées autrement. En outre, comme nous avons tenu compte de la co-morbidité des symptômes, nous avons pu observer que plus du quart des mères souffrent d'une combinaison de symptômes qui inclut des symptômes post-traumatiques. La présence de symptômes post-traumatiques suggère que les mères vivent une période de crise ou une phase aiguë où elles devront composer avec des sentiments de choc, de colère, de déni et de culpabilité (Kelley, 1990). Cette détresse

psychologique est susceptible de durer longtemps dans la mesure où le dévoilement de l'agression mettra en œuvre un ensemble complexe de services sociaux et de santé auxquels sont susceptibles de s'ajouter des procédures légales. En effet, Kelley (1990) a observé, auprès d'un échantillon de parents dont l'enfant a été agressé sexuellement en garderie, que leurs symptômes demeuraient élevés deux ans après le dévoilement.

Nos résultats confirment la présence de réactions de détresse affective chez les mères, détresse dont l'ampleur mérite l'attention des intervenants. Ces résultats ne nous permettent pas d'établir dans quelle mesure ces mères présentaient une plus grande vulnérabilité psychologique avant le dévoilement de l'agression. En effet, en l'absence d'une mesure de la santé mentale des mères avant le dévoilement, il est difficile d'évaluer le degré de détresse engendré spécifiquement par cette découverte. Toutefois, nos résultats convergent avec ceux d'autres études et confirment la présence de réactions émotives fortes chez des mères ou des parents dont les enfants ont subi des agressions extra ou intrafamiliales (Burgess et al., 1989; Davies, 1995; Kelley, 1990; Newberger et al., 1993; Manion et al., 1996; Runyan et al., 1992), réactions que plusieurs auteurs associent à une victimisation secondaire. Il est probable que pour une partie de l'échantillon, ces résultats indiquent une victimisation secondaire alors que pour d'autres le dévoilement de l'agression vient exacerber une détresse psychologique.

Cette étude visait également à identifier les variables psychosociales associées à cette détresse. La première constatation qui ressort de l'examen de ces corrélations est l'absence de relation significative entre les caractéristiques de l'agression sexuelle subie par l'enfant, le lien entre la victime et l'agresseur et les symptômes des mères. Ce résultat, étonnant au premier abord, est consistant avec celui de l'étude de Manion et al. (1996). Ces chercheurs n'ont pu établir de lien entre les caractéristiques de l'agression et le degré de détresse vécue par les mères. Les quelques liens établis, par exemple avec la gravité de l'agression ou l'utilisation de la force (Kelley, 1990; Newberger et al., 1993), n'ont pu être reproduits de façon consistante dans les recherches. Dans ces deux études, les mères ont indiqué aux chercheurs les caractéristiques de l'agression sexuelle de leur enfant alors que dans notre étude et celle de Manion et al. (1996), cette information a été colligée à partir des dossiers officiels des centres hospitaliers ou de protection de la jeunesse. En outre, l'absence de relation entre l'identité de l'agresseur et les symptômes des mères vont dans le sens des résultats obtenus par Deblinger et al. (1993) qui n'observaient pas de variation

dans la détresse des mères, que l'agression ait été commise par le conjoint (père ou beau-père), un autre membre de la famille ou un adulte sans lien de parenté. Il semble donc nécessaire de poursuivre cet examen dans les recherches futures tout en tenant compte, entre autres, de l'impact potentiel de la procédure de collecte des informations sur les caractéristiques de l'agression.

Tel qu'attendu, la présence d'événements stressants est significativement corrélée avec la détresse psychologique des mères. Ainsi, les mères qui, avant ou lors du dévoilement de l'agression sexuelle, vivent ou ont vécu dans un contexte comportant d'autres sources de stress, présentent une plus grande vulnérabilité à des symptômes d'anxiété ou de dépression.

Par ailleurs, Hierbert-Murphy (1998) et Kelley (1990) avaient démontré que les mères qui ont été victimes d'agression sexuelle dans leur enfance présentaient plus de symptômes de détresse globale. Nos résultats tendent à spécifier la nature de cette relation en indiquant que les mères présentent plus de symptômes d'intrusion si elles sont des survivantes d'agression. Une telle relation n'avait pu être établie par Manion et al. (1996), et notre résultat devrait donc être reproduit pour s'assurer de la force de ce lien. Si tel est le cas, ces résultats confirmeront la nécessité d'apporter une attention spécifique aux symptômes d'intrusion de ces mères pour qui le dévoilement vient réveiller leur propre histoire traumatique (Côté, 1996; Herman, 1981, 1992; Liebman Jacobs, 1994; Paradis et al., 1992).

Quant aux symptômes d'évitement, notre recherche révèle qu'ils sont corrélés significativement avec la présence actuelle de violence conjugale verbale dans la vie de couple de la mère, la détresse conjugale et l'utilisation d'évitement comme stratégie d'adaptation. Nos résultats suggèrent donc que les mères qui vivent dans un contexte conjugal empreint de discorde et de violence verbale sont plus susceptibles d'utiliser des stratégies d'évitement et de vivre des symptômes de même nature. Cela va dans le sens des écrits cliniques (Herman, 1992) qui soulignent que les agressions sexuelles surviennent souvent dans un milieu familial contrôlant, imprévisible et abusif. De tels résultats mettent également en lumière l'importance de mieux documenter la violence conjugale et la détresse dyadique que ces mères sont susceptibles de vivre. En effet, nos résultats sont difficiles à comparer avec ceux de Deblinger et al. (1993) et de Runyan et al. (1992) qui rapportent des taux plus élevés de violence conjugale (respectivement de 56,6 % et 57 %) sans toutefois préciser les critères utilisés ni la définition de la violence conjugale mesurée. Au plan de l'intervention, ces résultats suggèrent

que des stratégies utilisées dans le contexte de violence conjugale seront nécessaires et utiles pour aider ces mères à prendre conscience de la situation de violence dans laquelle elles vivent et à développer des stratégies efficaces pour composer avec cette situation afin de mieux se protéger elles et leur enfant.

Finalement, cette étude nous permet de dresser un profil psychosocial de ces mères. Les caractéristiques recueillies indiquent qu'elles proviennent de milieux à faible revenu et que la majorité est sans emploi et vit de l'aide sociale. Les problèmes financiers viennent au premier rang des sources de stress qu'elles rapportent. Ces mères ont, pour la plupart, vécu un divorce ou une séparation dans le passé. Ces informations nous indiquent que les mères de cet échantillon semblent plus démunies financièrement et socialement que la majorité des femmes québécoises et risquent également de ne pas être représentatives de l'ensemble des mères d'enfant agressé mais bien de celles en contact avec les services de protection de l'enfance. Les analyses effectuées ne permettent pas d'établir un lien entre la situation socioéconomique des mères de l'échantillon et leur symptomatologie. Cela peut être attribuable en partie à la faible variance observée chez notre échantillon. Soulignons, toutefois, que plusieurs caractéristiques de ces mères sont similaires à celles observées dans les quelques recherches qui ont porté sur les mères d'enfant agressé recrutées également dans les services d'aide à l'enfance ou dans des cliniques spécialisées d'hôpitaux (Runyan et al., 1992; Newberger et al., 1993; Deblinger et al., 1993; Hiebert-Murphy, 1998; Manion et al., 1996; Reiss et Heppner, 1993).

Nos données sont également convergentes avec celles d'autres études concernant le milieu familial d'origine de ces mères. Nos résultats indiquent que plus du tiers a vécu dans un contexte de violence conjugale, contexte propice aux abus physiques à leur endroit, et que la moitié d'entre elles ont été agressées sexuellement. Ces données, contrastées avec les études nationales américaines sur l'incidence de l'agression et de la négligence (Finkelhor et Hotelling, 1984; Sedlak et Broadhurst, 1996), nous indiquent que la majorité des mères d'enfant agressé de notre échantillon ont eu une enfance particulièrement traumatique. Ces résultats vont dans le sens de ceux de Goodwin et al. (1981) qui observaient, par ailleurs, que les mères vivant dans des familles abusives physiquement ou sexuellement avaient 8 fois plus de chance d'avoir été agressées dans l'enfance comparativement à des femmes d'âge et d'ethnie comparables dans la communauté. Nos pourcentages concernant l'agression sexuelle dans l'enfance sont légèrement plus élevés que ceux des études de Gomes-Schwartz et al. (1990), de

Runyan et al. (1992) et Deblinger et al. (1993) qui varient de 41 % à 46 %.

En ce qui a trait aux sources de soutien dont elles peuvent bénéficier, ces mères possèdent un réseau social peu étendu, situation semblable à celle qui a été observée par Runyan et al. (1992). Par ailleurs, la relation conjugale semble être une source de soutien pour la plupart des mères de notre échantillon. Les moyennes révèlent que les couples sont plutôt adaptés, comme cela a été observé par Manion et al. (1996) auprès de mères d'enfant agressé.

Notre étude présente des limites semblables à celles des études consultées et qui sont inhérentes au contexte de ces recherches. En effet, les données ont été recueillies lors du processus d'évaluation en lien avec l'intervenant du centre jeunesse. Il est possible que ce contexte ait amené des mères à nuancer leurs réponses par crainte de conséquences judiciaires éventuelles (placement de l'enfant, poursuite envers l'agresseur, etc.). De plus, nos résultats ne sont pas représentatifs pour l'ensemble des mères d'enfant agressé sexuellement mais bien que de celles qui, pour diverses raisons (signalement de leur part ou par un tiers), sont en contact avec les services d'aide à l'enfance, population qui selon l'étude de Tourigny et al. (1993) représente environ 20 % des cas d'agression sexuelle.

Le profil des mères d'enfant agressé sexuellement nous révèle donc des problèmes de santé mentale importants lors du dévoilement de l'agression sexuelle. La présence d'une détresse globale et de symptômes spécifiques liés au stress post-traumatique permet de tracer un portrait plus complet de la symptomatologie de ces mères et de mieux déterminer la co-morbidité de ces symptômes. En outre, l'enfance traumatique de ces mères, les sources de stress actuelles dans lesquelles elles vivent, que ce soit la pauvreté, l'isolement (allant souvent avec l'absence de travail rémunéré), le faible réseau social, la violence et la détresse conjugales, sont autant de facteurs susceptibles de maintenir ou d'aggraver leur état de santé mentale. Ces données suggèrent donc qu'il existe différents profils des mères tant par les caractéristiques personnelles et familiales que symptomatiques. D'autres études sont requises pour mieux cerner les liens entre les symptômes et les caractéristiques des mères et permettre l'identification de sous-groupes présentant une spécificité de symptômes. Entre autres, l'utilisation d'entrevue diagnostique structurée pourrait permettre, en traçant l'histoire de la santé mentale de la mère, de mieux discerner l'influence particulière du dévoilement de l'agression sexuelle. L'augmentation de nos connaissances spécifiques sur ces mères pourrait permettre de cibler

spécifiquement les interventions, en fonction des caractéristiques particulières de ces mères, qu'elles concernent les symptômes ou le contexte familial plus global. Le profil de ces mères suggère qu'elles ont besoin d'aide de la part des intervenants non seulement pour composer avec leur problème de santé mentale (qui risque d'influencer leur capacité à soutenir, à superviser ou à protéger l'enfant victime) mais également pour faire face aux autres sources de stress déclenchées par le dévoilement de l'agression sexuelle (réactions de l'enfant victime, des membres de la famille, séparation, procédures judiciaires, etc.) .

Note

1. Ces informations sont obtenues lors de l'entrevue d'évaluation qui a lieu au moment du processus d'évaluation et d'orientation qui suit le signalement. Ainsi, dans certains cas, la décision de prendre la personne en charge ou non n'a pas encore été arrêtée.

RÉFÉRENCES

- BAILLARGEON, J., DUBOIS, G., MARINEAU, R., 1986, Traduction française de l'échelle d'ajustement dyadique, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 25-34.
- BEITCHMAN, J. H., HOOD, J., ZUCKER, K. J., DACOSTA, G., AKMAN, D., 1992, *The Short- and Long-Term Effects of Child Sexual Abuse on the Child* (6606-3640), Santé et Bien-être Canada, Division de la prévention de la violence familiale, Centre national d'information sur la violence dans la famille.
- 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.
- BOUCHARD, C., DUMONT, C., 1989, *La violence familiale sur le territoire de Ste-Thérèse: Les enfants d'abord* (rapport 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.
- 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, 2, 54-69.
- BURGESS, A. W., HARTMAN, C. R., KELLEY, S. J., GRANT, C. A., GRAY, E. B., 1990, Parental response to child sexual abuse trials involving day care settings, *Journal of Traumatic Stress*, 3, 3, 395-405.

- CÔTÉ, L., 1996, Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques, *Santé mentale au Québec*, 21,1, 209-228.
- COURTOIS, C. A., 1988, *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy*, New York, W.W. Norton and Co, inc.
- CYR, M., THÉRIAULT, C., WRIGHT, J., 1996, *Évaluation de l'impact d'un événement stressant. Traduction du "Impact of Event Scale"* (document inédit), PRIMASE, Université de Montréal.
- DAVIES, M. G., 1995, Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 19, 4, 399-408.
- DE MAN, A. F., BALKOU, S., IGLESIAS, R., 1986, Une version canadienne-française du questionnaire sur le soutien social. *Santé mentale au Québec*, 11, 2, 199-202.
- DEYOUNG, M., 1994a, Immediate maternal reactions to the disclosure or discovery of incest, *Journal of Family Violence*, 9, 1, 21-33.
- DE YOUNG, M., 1994b, Women as Mothers and Wives in Paternally Incestuous families: coping with role conflict, *Child Abuse and Neglect*, 18, 73-83.
- 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, 2, 155-168.
- DEBLINGER, E., LIPPMANN, J., STAUFFER, L., FINKEL, M., 1994, Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations, *Child Abuse and Neglect*, 18, 8, 679-682.
- EHRENSAFT, D., 1992, Preschool child sexual abuse: The aftermath of the Presidio case, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 234-244.
- ELBOW, M., MAYFIELD, J., 1991, Mothers of incest victims: Villains, victims, or protectors? *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 9, 78-86.
- EVERSON, M. D., HUNTER, W. M., RUNYAN, D. K., EDELSON, G. A., COULTER, M. L., 1989, Maternal support following disclosure of incest, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 2, 197-207.
- FALLER, K. C., 1989, Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis, *Child Abuse and Neglect*, 13, 543-548.
- FINKELHOR, D., 1979, *A Survey of Sexual Abuse in the Population at Large Some Policy Implication*, Paper presented at the American Orthopsychiatric Association Annual Meeting, Washington DC.

- FINKELHOR, D., 1994, Current information on the scope and nature of child sexual abuse, *The Future of Children*, 4, 2, 31.
- FINKELHOR, D., HOTALING, G. T., 1984, Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: an appraisal, *Child Abuse and Neglect*, 8, 23-32.
- FOLKMAN, S., CHESNEY, M., MCKUSICK, L., IRONSON, G., JOHNSON, D.S., COATES, T.J., 1991, Translating coping theory into an intervention, in Eckenrode, J., ed., *The Social Context of Coping*, NY, Penum Press.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R. S., 1988, *Ways of Coping Questionnaire: Research Edition*, Palo Alto, Ca, Consulting Psychologists Press.
- FRIEDRICH, W. N., 1991, Mothers of sexually abused children: An MMPI study, *Journal of Clinical Psychology*, 47, 778-783.
- FRIEDRICH, W. M., 1992, *Sexual Abuse Rating Scale*, Dept. pédopsychiatrie, Clinique Mayo, Rochester, Minn., Eass.
- GAVEY, N., FLORENCE, J., PEZARO, S., TAN, J., 1990, Mother-blaming, the perfect alibi: Family therapy and the mothers of incest survivors, *Journal of Feminist Family Therapy*, 2, 1, 1-25.
- 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 and Neglect*, 5, 87-95.
- HERIOT, J., 1996, Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse, *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 2, 181-194.
- HERMAN, J. L., 1988, Father-daughter incest, in F. M. Ochenberg, F. M., ed., *Post-traumatic Therapy and Victims of Violence*, New York, Brunner/Mazel, 175-195.
- HERMAN, J. L., 1992, *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books.
- HERMAN, J. L., HIRSCHMAN, L., 1981, *Father-Daughter Incest*, Cambridge, MA and London, Harvard University Press.
- HIEBERT-MURPHY, D., 1998, Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: the role of a history of child sexual abuse, social support, and coping, *Child Abuse and Neglect*, 22, 5, 423-435.
- 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, Psychological status of community residents among major demographic dimensions, *Archives of General Psychiatry*, 35, 716-724.
- JOHNSON, J. H., MCCUTCHEON, S. M., 1980, Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the Life Event Checklist, in Sarason, I. G., Spielfelger, C.D., eds., *Stress and Anxiety*, Washington, DC, Hemisphere.
- KELLEY, S. J., 1990, Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers, *Nursing Research*, 39, 1, 25-29.
- KENDALL-TACKETT, K. A., MEYER WILLIAMS, L., FINKELHOR, D., 1993, Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies, *Psychological Bulletin*, 113, 1, 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.
- LEIFER, M., SHAPIRO, J. P., KASSEM, L., 1993, The impact of maternal history and behaviour upon Foster placement and adjustment in sexually abused girls, *Child Abuse and Neglect*, 17, 755-766.
- LIEBMAN JACOBS, J., 1994, *Victimised Daughters: Incest and the Development of the Female Self*, New York, Routledge.
- LOVETT, B. B., 1995, Child sexual abuse: The female victim's relationship with her non offending mother, *Child Abuse and Neglect*, 19, 6, 729-738.
- MANION, I. G., MCINTYRE, J., FIRESTONE, P., LIGZINSKA, 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, 11, 1095-1109.
- NEWBERGER, C. M., GREMY, I. M., WATERNAUX, C. M., NEWBERGER, E. H., 1993, Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective, *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 1, 92-102.
- 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, 1, 123-132.
- PELLEGRIN, A., WAGNER, W. G., 1990, Child sexual abuse: Factors affecting victims' removal from home, *Child Abuse and Neglect*, 14, 53-60.

- PIERCE, R., PIERCE, L. H., 1985, The sexually abused child: A comparison of male and female victims, *Child Abuse and Neglect*, 9, 191-199.
- PRÉVILLE, 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.
- PROULX, J., KOVEROLA, C., FEDOROWICZ, A., KRAL, M., 1995, Coping strategies as predictors of distress in survivors of single and multiple sexual victimization and non victimized controls, *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1464-1483.
- REGEHR, C., 1990, Parental responses to extrafamilial child sexual assault, *Child Abuse and Neglect*, 14, 113-120.
- 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 Counselling Psychology*, 40, 1, 100-108.
- REYMAN, M. B., 1990, Family Responses to extrafamilial child sexual abuse: An overview and an experiential perspective, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 13, 203-220.
- 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.
- Sabourin, S., Lussier, Y., Laplante, B., Wright, J., 1990, Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 3, 333-337.
- 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.
- SEDLAK, A. J., BROADBURST, D. D., 1996, *Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*, U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families.
- SIRLES, E. A., Franke, P. J., 1989, Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 13, 131-139.

- SKODOL, A. E., DOHRENWEND, B. P., LINK, B. G., SHROUT, P. E., 1990, The nature of stress: Problems of measurement, in Noshpitz, J. D., Coddington, R. D., eds., *Stressors and the Adjustment Disorders*, John Wiley and Sons, New York, 693.
- SPANIER, G. B., 1976, Measuring dyadic adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads, *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- STRAUS, M. A., 1979, Measuring Intrafamily Conflict and Violence The Conflict Tactics (CTS) Scales, *Journal of Marriage and the Family*, 41, 1, 75-88.
- THÉRIAULT, C., CYR, M., WRIGHT, J., 1995, *Histoire antérieure d'abus sexuel, Traduction et adaptation du "Incest History Questionnaire" et du "Parental Reaction to Disclosure Scale"*. (Document inédit), PRIMASE, Université de Montréal.
- THOITS, P. A., 1983, Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of literature, in Kaplan, H. B., ed., *Psychological Stress. Trends in Theory and Research*, Houston, Academic press, inc, Harcourt Brace Jovanovich, 33-103.
- TOURIGNY, M., PÉLADÉAU, N., BOUCHARD, C., 1993, Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois, *Revue Sexologique*, 1, 2, 13-34.
- TROCKME, N., MCPHEE, D., KWAN TAM, K., HAY, T., 1994, *Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (Final report), The Institute for the Prevention of Child Abuse.
- WRIGHT, J., BOUCHER, J., FRAPPIER, J.-Y., LEBEAU, T., SABOURIN, S., 1997a, *The Incidence of Child Sexual Abuse in Québec*, Recherche présentée au Ve International Family Violence Research Conference, University of New Hampshire, Durham, NH.
- WRIGHT, J., LUSSIER Y., SABOURIN, S., PERRON, A., 1997b, L'abus sexuel à l'égard des enfants, in Habimana, E., Tousignant, M., Éthier, L. eds, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Montréal, Gaétan Morin.
- WRIGHT, J., FRIEDRICH, W. N., CYR, M., THÉRIAULT, C., PERRON, A., LUSSIER, Y., SABOURIN, S., 1997c, The evaluation of franco-quebec victims of child sexual abuse and their mothers: The implementation of a standard assessment protocol, *Child Abuse and Neglect*, 22, 1, 9-23.
- WRIGHT, J., SABOURIN, S., LUSSIER, Y., 1994, *Traduction de l'échelle d'évaluation d'abus sexuel* (document inédit), Université de Montréal.

ABSTRACT**Profiles of mothers of sexually abused children : mental health, stress and adaptation**

This study examines the emotional reactions of 118 mothers after the disclosure of the sexual assault of their child. After tracing a portrait of these mothers, the study attempts to determine the importance of the psychological symptoms and identify psychosocial factors likely to influence them. Results show that mothers present various configurations of psychological symptoms and that many experience distress exceeding the clinical threshold. The presence of these symptoms is specifically associated to a limited number of psychosocial factors. The discussion highlights the importance of distress experienced by mothers of sexually abused children and the support they need from professional health workers to deal with the situation.

RESUMEN**El perfil de las madres de niños (as) sexualmente agredidos : Salud mental, estrés y adaptación**

Este estudio se interesa en las reacciones afectivas de 118 madres después de descubrir la agresión sexual de sus hijos. Además de elaborar un retrato de estas madres, el estudio intenta determinar la importancia de sus síntomas psicológicos e identificar los factores psicosociales susceptibles de influenciarlos. Los resultados demuestran que las madres presentan diversas configuraciones de síntomas psicológicos y que algunas de ellas viven la angustia mas allá del umbral clínico. La presencia de esos síntomas es asociada específicamente a un numero limitado de factores psicosociales. La discusión hace sobresalir la importancia de la angustia vivida por las madres de menores agredidos sexualmente y del apoyo que ellas requieren de los profesionales de la salud mental para aprender a vivir con esta situación.