

Soutien parental apporté à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle d'un enfant : Une comparaison entre les mères et les pères



CAPSULE DE RECHERCHE no. 24 – Septembre 2017

La capsule de recherche vise à présenter les résultats d'une étude portant sur le soutien offert par des mères et des pères non agresseurs à leur enfant victime d'une agression sexuelle (AS) à la suite du dévoilement de l'agression.

Lors du dévoilement d'une AS, les services de protection de l'enfance évaluent à quel degré de sévérité l'enfant a été agressé et dans quelle mesure celui-ci peut être aidé et protégé de son agresseur. La qualité du soutien parental est l'un des éléments les plus importants à considérer par les professionnels lorsqu'ils déterminent si l'enfant doit être retiré de son domicile ou non. De plus, le soutien parental offert aux enfants victimes d'AS est un élément clé dans le processus de rétablissement.

De nombreuses études ont montré que la qualité du soutien offert par les mères non agresseuses contribue de manière importante à l'adaptation des enfants victimes d'AS à la suite du dévoilement (Malloy, Lyon, & Quas, 2007). Toutefois, lors du dévoilement d'AS de l'enfant, les parents peuvent vivre une période traumatique et douloureuse qui peut s'étendre sur plusieurs mois ou années. Certains chercheurs ont d'ailleurs observé que le soutien n'est pas statique et que les réponses parentales peuvent varier au fil du temps (Bolen & Lamb, 2004; Salt, Myer, Colemand, & Sauzier, 1990). Ainsi la réaction initiale à la suite du dévoilement de l'AS de l'enfant, pouvant se manifester par une certaine ambivalence face aux allégations, ne prédiraient pas nécessairement les habiletés des parents à le croire, à le soutenir et à le protéger dans le futur.

À ce jour, peu d'études ont porté sur l'étendue et la nature du soutien offert par les pères non agresseurs. En effet, la majorité des études se sont intéressées au soutien maternel exclusivement, et ce, même si près de trois quarts des pères biologiques (71 %) ne sont pas l'agresseur de leur enfant (Sedlak et al., 2010). Il semble aussi que les pères aideraient davantage leur enfant à s'ouvrir au monde extérieur que les mères (Lamb & Lewis, 2010).

La présente étude vise à mieux comprendre le soutien parental apporté aux enfants victimes d'AS en examinant les caractéristiques du soutien maternel et paternel de manière distincte. Afin de dresser un portrait plus complet des différentes formes de soutien disponibles, le soutien spécifique à la situation d'AS de même que le soutien non spécifique à la situation d'AS, c'est-à-dire le soutien offert au quotidien, seront étudiées. De plus, puisque le soutien parental est susceptible de changer au fil du temps, il sera évalué après le dévoilement de l'agression sexuelle (temps 1) et six mois plus tard (temps 2).

ÉVISSA

L'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), dirigée par Martine Hébert, Ph.D. (UQAM), est un regroupement interdisciplinaire de 12 chercheurs.es provenant de diverses universités québécoises. En plus des chercheurs.es réguliers.ères, l'équipe entretient des collaborations étroites avec des chercheurs.es nationaux et internationaux, et encadre les travaux de plus d'une quarantaine d'étudiants.es universitaires de tous les cycles. La programmation de l'équipe a pour objectif de mieux comprendre les conséquences de la violence sexuelle sur le plan de la santé mentale, physique et sexuelle, et ce dans différents contextes de vie (famille, enfance, premières relations amoureuses et couple adulte).

Cette équipe est financée par le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC).

Pour télécharger les capsules de recherche disponibles, consulter ce lien : <https://martinehebert.uqam.ca>

EVISSA
Équipe Violence Sexuelle et Santé

Participants

L'échantillon est composé de 92 mères (incluant une belle-mère) et de 32 pères (incluant trois beaux-pères) non agresseurs recrutés dans quatre centres offrant des services aux enfants victimes d'AS et à leurs parents. Au total, 124 figures parentales ont participé à l'étude. Les belles-mères et les beaux-pères ont été sélectionnés, car ils vivaient avec l'enfant depuis au moins deux ans et que la mère ou le père biologique était absent. L'âge moyen des mères est de 38,1 ans et de 41,2 ans pour les pères. Les figures parentales sont pour la plupart d'origine canadienne (82,3 %) et ont un revenu familial inférieur à 40 000\$ dans 57,3 % des situations. Près d'un tiers (28,2 %) sont des familles nucléaires. L'âge moyen des enfants victimes d'AS dans cette étude est de 9,4 ans et le trois quart (75,5 %) sont des filles. En moyenne, les enfants avaient 6,6 ans lors du premier épisode d'AS. Dans 21,6 % des situations, l'AS impliquait un seul épisode, alors que cela s'est produit quelques fois pour 41,2 % des victimes et plusieurs fois pour 37,2 % d'entre eux. Près du tiers (63,7 %) des épisodes d'AS impliquant un contact physique avec pénétration, tentative de pénétration, sexe oral, sexe anal ou autres activités atypiques telles de multiples agresseurs.

Outils d'évaluation

Afin de colliger des données sur le soutien que les parents apportent à leur enfant, les figures parentales ont été invitées à compléter différents instruments de mesure au premier temps de mesure et six mois après :

- **Soutien spécifique à la situation d'AS** incluant quatre dimensions : 1) croire les allégations d'AS, 2) soutien émotif, 3) actions pour protéger l'enfant de l'agresseur ainsi que 4) recherche et utilisation des services professionnels pour venir en aide à l'enfant (Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale - PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989).
- **Soutien social non spécifique à la situation d'AS** incluant le soutien instrumental (p. ex., donner des conseils, résoudre des problèmes), le soutien émotif (p.ex., rassurer l'enfant, être son confident), la rétroaction négative (p. ex., dire à l'enfant qu'il a fait une erreur, interaction avec l'enfant qui le rend en colère) et l'ouverture sur le monde extérieur (p. ex., socialiser avec de nouveaux groupes, essayer un nouveau sport ou passe-temps) (Inventory of Social Support - ISS; Cyr, Hébert & Zuk, 2007).
- **Soutien non spécifique à la situation d'AS** reflété par les soins parentaux et l'attitude non punitive envers l'enfant (Parental Behavior and Attitudes Questionnaire - PBAQ; Valla et al., 1997).

Résultats

Soutien parental spécifique à la situation d'AS

Les résultats indiquent que même si la moitié ou plus des mères et des pères soutenaient leur enfant au temps 1, la proportion des parents croyant les allégations de l'enfant, le soutenant émotionnellement et le protégeant de l'agresseur augmentait durant les mois suivant le dévoilement de l'AS (tableau 1). Au temps 2, une minorité de parents (4 à 10 %) avaient encore de la difficulté à croire au dévoilement l'AS de la part de leur enfant. Puisque deux tiers des situations d'AS sont intrafamiliales, il pourrait être difficile pour certaines mères et certains pères d'accepter qu'un membre de la famille immédiate ou élargie ait agressé leur enfant.

Par ailleurs, bien que les parents appotent davantage de soutien émotif à leur enfant au fil du temps, environ 25 % d'entre eux ne sont pas impliqués dans cet aspect important du soutien pourtant nécessaire pour leur enfant. Ce résultat est compatible avec d'autres études antérieures (Cyr et al., 2003; Runyan et al., 1992) qui ont observé que le fait de croire et de protéger l'enfant de l'agresseur apparaissait plus facile pour les parents que d'offrir un soutien émotif.

Quant à l'attitude des parents envers les services professionnels, elle ne changeait pas au fil du temps. Environ 70 % des mères et des pères considéraient avoir cherché des services pour leur enfant, pour eux-mêmes ou pour leur famille. Finalement, aucune différence entre les mères et les pères n'a pu être identifiée sur ces quatre dimensions du soutien.

Tableau 1
Proportion des parents offrant un soutien spécifique à la situation d'AS et différence entre les sexes des répondants

Dimensions du PRADS	Temps 1		χ^2	Temps 2		χ^2
	Mères (n = 90) %	Pères (n = 29) %		Mères (n = 820) %	Pères (n = 31) %	
Croire les allégations	78,7	82,8	0,24	90,2	96,8	1,47
Soutien émotif	57,8	44,8	1,75	75,6	74,2	0,06
Actions pour protéger l'enfant de l'agresseur	74,4	75,9	0,43	89,0	93,5	1,21
Recherche / Utilisation des services professionnels	70,0	62,1	0,71	74,4	71,0	0,44

Soutien social non spécifique à la situation d'AS

L'un des buts de cette étude était d'élargir la définition du soutien parental afin d'inclure des interactions quotidiennes avec l'enfant. Les mères semblaient offrir de manière plus fréquente du soutien instrumental, du soutien émotionnel ainsi que de l'aide à l'enfant à s'ouvrir sur le monde extérieur que les pères (figure 1). Cela pourrait refléter la plus grande propension des mères à accompagner leur enfant dans leur routine quotidienne. En effet, même si l'implication des pères dans les soins de leur enfant a augmenté depuis quelques années, les mères sont encore un peu plus impliquées (Pleck, 2010). Les résultats montrent que seulement la moitié des mères et 25 % des pères avaient tendance à accompagner leur enfant dans de nouvelles activités qui prenaient place à l'extérieur du domicile ou à socialiser avec de nouvelles personnes. Cette faible proportion de parents offrant ce type de soutien pourrait refléter des actions de surprotection de la part des parents afin de prévenir d'autres AS.

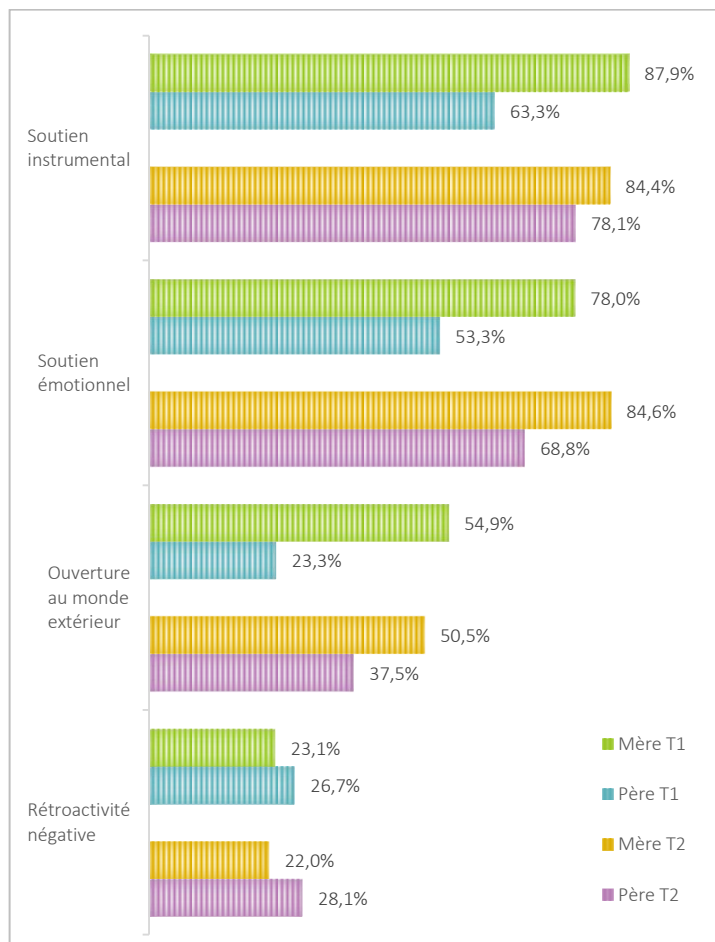


Figure 1
Proportion des parents offrant un soutien social fréquent à leur enfant victime d'AS et différences entre le sexe des répondants

De plus, un cinquième à un tiers des parents avait tendance à adopter une attitude particulièrement critique envers leur enfant (rétroaction négative); les mères et les pères ne se distinguaient pas sur cette forme de soutien. Pour chacune des quatre dimensions étudiées, il n'y avait pas de différence au premier temps de mesure et au deuxième temps de mesure. Six mois plus tard, le soutien social était demeuré stable durant les mois suivant le dévoilement de l'AS par l'enfant.

Soutien parental non spécifique à la situation d'AS

Les résultats concernant les dimensions plus quotidiennes de soin et d'attitude punitive sont présentés dans la figure 2. Sur un score de 0 à 15, un score élevé représente un haut niveau de soin et un faible niveau de punition. Il n'y avait pas aucune différence entre les mères et les pères. En effet, tant les mères que les pères présentaient un haut niveau de soin et une faible attitude punitive aux deux temps de mesure. Le niveau de soin des figures parentales a augmenté et leur niveau de punition a diminué six mois après le dévoilement. Cela pourrait indiquer que les parents deviennent de plus en plus disponibles pour leur enfant et plus tolérants à mesure qu'ils se rétablissent de la traumatisation secondaire vécue lors de la divulgation, se sentant alors moins submergés.

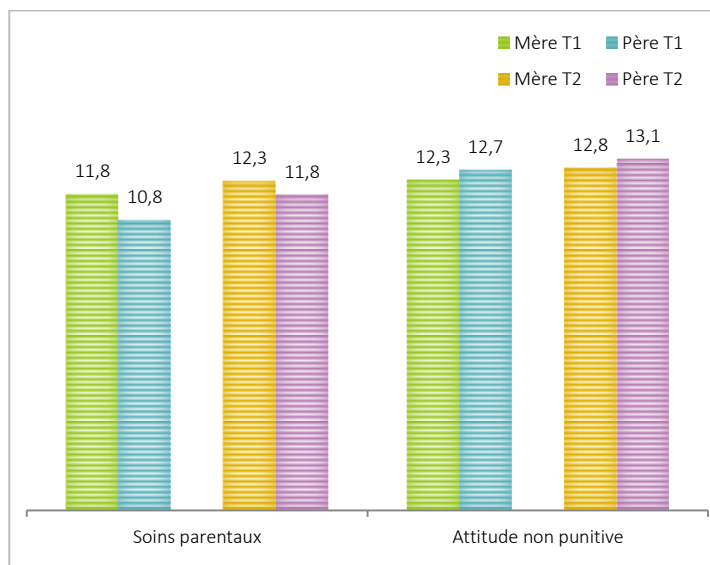


Figure 2
Scores moyens et écart-types du PBAQ et différences entre le sexe des répondants

Implications pratiques

Cette étude révèle que le soutien spécifique à la situation d'AS de même que le soutien non spécifique (soins parentaux et attitude punitive) sont offerts aux enfants de manière similaire par les mères et les pères. Ces résultats confirment que lorsque le père n'est pas l'agresseur de l'enfant, il peut jouer un rôle central dans le rétablissement de son enfant.

Par ailleurs, les résultats indiquent que la majorité des enfants seront crédibles pour leurs parents et protégés de leur agresseur. Les parents leur offrent aussi l'opportunité de consulter des professionnels pour obtenir des traitements ou des thérapies. Toutes ces formes de soutien de la part des mères et des pères devraient aider les enfants à faire face aux conséquences de l'AS. Néanmoins, quelques mères et pères n'étaient pas en mesure de croire leur enfant ou de leur apporter un soutien émotif approprié, même après un certain intervalle de temps suite au dévoilement. Ces résultats sont à la fois surprenants et inquiétants, car l'AS avait été confirmée par les autorités, ce qui devrait aider les parents à croire leur enfant. Ces figures parentales doivent être identifiées et aidées par les professionnels œuvrant dans les services sociaux et de santé. Les dimensions cognitives (croyances irrationnelles, affectives (culpabilité) et sociales (perte de revenu, divorce, statut social) devraient être explorées avec eux.

Les dimensions du soutien social, soit le soutien instrumental, le soutien émotif, l'ouverture sur le monde extérieur ainsi que la rétroaction négative, ne sont pas affectées par le dévoilement d'AS.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces dimensions du soutien réfèrent plutôt à une façon d'être en tant que parent, aspect moins perméable au changement à travers le temps. D'autres études sont nécessaires pour vérifier cette hypothèse.

De surcroît, les résultats concernant la rétroaction négative donnée à l'enfant par la mère et le père devraient exiger une attention particulière des professionnels. En effet, un modèle négatif de communication peut être présent dans les interactions mère-enfant et père-enfant, cela étant susceptible d'avoir un impact sur les aspects positifs du soutien en réduisant leurs effets. Les services sociaux et de santé mentale devraient évaluer la fréquence et la nature de cette rétroaction négative dans le but d'aider les parents à développer une communication plus positive en ce qui concerne leurs attentes envers l'enfant.

Cette étude révèle aussi que les parents non agresseurs ont tendance à se mobiliser de plus en plus les mois suivant le dévoilement de l'AS de la part de leur enfant. Ces résultats pourraient être un indicateur que les parents bénéficient des échanges qu'ils ont avec les professionnels concernant les traitements de leur enfant, que la situation de crise diminue avec le temps ou que les parents se rendent compte de l'importance de leur rôle pour leur enfant. D'autres recherches seront nécessaires pour clarifier ce résultat. Enfin, il s'avère important que cette augmentation d'implication et de soutien de la part des parents soit renforcée par les professionnels.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les parents qui ont participé à cette étude, ainsi que les cliniciennes du Centre Marie-Vincent. La réalisation de ce projet a également été rendue possible grâce à l'implication des étudiants et du personnel de recherche de Mme Mireille Cyr. Cette recherche a été réalisée grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (#172315) octroyée à Mireille Cyr, et au soutien de l'Équipe ÉVISSA, du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) et de la Chaire de recherche interuniversitaire Marie-Vincent.

Pour plus d'informations :

Mireille Cyr, Ph. D., professeure titulaire
Département de psychologie, Université de Montréal
Courriel : mireille.cyr@umontreal.ca

Référence de l'article original :

Cyr, M., Hébert, M., Frappier, J. Y., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2014). Parental support provided by nonoffending caregivers to sexually abused children: A comparison between mothers and fathers. *Journal of Child Custody*, 11(3), 216-236.

Référence de la capsule :

Cyr, M., Hébert, M., Frappier, J. Y., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M. E. (2017, septembre). *Capsule #24 : Le soutien parental apporté par des parents non agresseurs à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant : Une comparaison entre les mères et les pères*. Équipe de recherche FRQ-SC – Violence sexuelle et santé (ÉVISSA), UQAM, Montréal, QC.

Avec la collaboration de Élodie Larose-Grégoire, étudiante au doctorat en psychologie, Mélanie St Hilaire, coordonnatrice de recherche et Manon Robichaud, professionnelle de recherche.