UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Validation de l'échelle de résilience CD-RISC-10 chez les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle

THÈSE DE SPÉCIALISATION

PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU BACCALAURÉAT EN PSYCHOLOGIE

PROFIL HONOURS

PAR

Arianne Jean-Thorn

SOUS LA SUPERVISION DE

Alison Paradis, Ph. D.

Martine Hébert, Ph. D.

22 avril 2020

Remerciements

J'aimerais d'abord remercier Alison Paradis et Martine Hébert pour leurs commentaires et leur soutien tout au long du processus. Ce projet n'aurait pas été possible sans vous et sans vos enseignements. Merci aussi à Mélissande pour sa disponibilité, elle qui m'a soutenu à chaque étape de ce projet spécifiquement, mais aussi dans mon parcours personnel et en recherche. Je suis particulièrement chanceuse d'avoir des modèles féminins aussi impressionnants. C'est un honneur de travailler avec vous.

Merci à tous ces gens qui ont participé de près ou de loin aux projets de recherche sur les agressions sexuelles et un merci tout particulier aux membres du laboratoire de Martine Hébert. Votre dévouement et votre intérêt ont fait de ce laboratoire un endroit chaleureux où tout est possible.

Merci à Dave Saint-Amour et à Maryvonne Merri d'avoir pris en charge le programme de thèse d'honneur. Je n'imagine même pas la charge de travail qui en découle, mais je sais qu'il est, et de loin, la meilleure formation en recherche en psychologie que j'ai eue.

Merci aussi à tous les autres, famille et amis qui prennent le temps de prendre le temps avec moi. Il faut savoir s'arrêter et apprécier, parfois. J'ai la chance de vous avoir à mes côtés pour me le rappeler (Mom, C.-É. W., J.C., E. T.-L.., E. D., L.B., E. P. et E. M.-T.).

Cette dernière année a été une suite de projets et de réalisations qui m'ont permis de grandir. En tant qu'humain, mais aussi au plan professionnel. Cette année a été la plus intéressante de mon parcours scolaire et personnel et ce, grâce à toutes ces personnes.
Merci.

Table des matières

REMERCIEMENTS..... 2
TABLE DES MATIÈRES..... 3
LISTE DES TABLEAUX..... 5
RÉSUMÉ..... 6
INTRODUCTION..... 6
Problématique..... 6
Contexte..... 8
Objectif..... 12
MÉTHODOLOGIE..... 13
Participants et procédure..... 13
Mesures..... 13
Analyses statistiques..... 14
RÉSULTATS..... 15
Analyses descriptives..... 15
Analyse factorielle confirmatoire..... 15
Fidélité..... 16
Validité convergente..... 17
DISCUSSION..... 18
Limites de l'étude..... 20
Implications cliniques..... 21
Conclusion..... 22
RÉFÉRENCES..... 23
ANNEXES..... 28
Annexe 1 : Lettre d'approbation du comité éthique..... 29
Annexe 2 : Formulaire de consentement..... 30
Annexe 3 : Version francophone de l'échelle de résilience CD-RISC 10..... 34
Annexe 4 : L'indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec..... 34
Annexe 5 : Version francophone de l'échelle de stress post-traumatique..... 35

Annexe 6 : Version francophone de l'échelle de Family Empowerment Scale 36

Liste des tableaux

Tableau 1. *Analyse factorielle confirmatoire unidimensionnelle (n = 361)*..... 16

Tableau 2. *Moyennes et corrélations interitems de la version brève de l'échelle de résilience Connor-Davidson (CD-RISC)*..... 17

Tableau 3. *Corrélations entre la version brève de l'échelle de résilience Connor-Davidson (CD-RISC 10) et des indices de validité*..... 18

Résumé

Contexte : La résilience est la capacité à s'adapter positivement devant l'adversité (Luthar et al., 2000). L'échelle CD-RISC-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007), qui mesure la résilience, a été validée en français dans une population non clinique (Hébert et al., 2018b). Toutefois, il serait nécessaire de valider cette version auprès d'une population clinique pour évaluer son utilité dans un contexte d'intervention (Kruyen et al., 2013). La présente étude a pour but de valider une version franco-canadienne de l'échelle de résilience *Connor-Davidson Resilience scale* (CD-RISC 10; Campbell-Sills & Stein, 2007; Hébert et al., 2018b) auprès d'une population de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle.

Méthode : Un échantillon de 361 mères a été recruté dans différents centres d'intervention du Québec spécialisés en agression sexuelle. Les participantes ont complété le CD-RISC 10 ainsi qu'un questionnaire mesurant la détresse psychologique, les symptômes de stress post-traumatique et le sentiment d'empowerment pour évaluer les liens entre ces mesures et le score de résilience du CD-RISC 10.

Résultats : Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire et de l'analyse factorielle confirmatoire confirment une structure unifactorielle expliquant 62,49% de la variance. La valeur de l'alpha de Cronbach reflète aussi une bonne consistance interne (α = ,86). Comme attendu, les scores sur l'échelle de résilience sont négativement corrélés à ceux aux échelles de symptômes de stress post-traumatique (r = -,24, p < ,01) et de détresse psychologique (r = -,34, p < ,01), ainsi que positivement corrélés à la mesure du sentiment d'empowerment (r = ,30, p < ,01).

Conclusion et implication : Le CD-RISC 10 est un outil adapté et rapide qui permet d'évaluer adéquatement la résilience dans cette population clinique.

Mots-clés : résilience, mesure, validation, agression sexuelle

Introduction

Problématique

Le concept de résilience est généralement défini comme étant la capacité d'un individu à s'adapter positivement face à l'adversité ou aux évènements stressants de la vie (Lamond et al, 2008). L'étude du concept de résilience est particulièrement pertinente auprès des personnes qui vivent des évènements traumatiques. En effet, en comprendre davantage sur l'adaptation positive suite à un trauma pourrait contribuer à l'amélioration des interventions auprès de ces populations (Bonanno, 2004 ; Scali et al., 2012).

La résilience se mesure généralement à l'aide de questionnaires autorapportés (Ahern et al., 2006) comme l'échelle de résilience américaine de Connor-Davidson (CD-RISC ; Connor & Davidson, 2003). Selon une recension portant sur les propriétés psychométriques de 15 instruments de mesure (Windle et al., 2011), l'échelle CD-RISC serait identifiée comme étant l'une des trois meilleures échelles mesurant la résilience et serait l'une des seules à avoir été validée en langue française. La version originale du CD-RISC contient 25 items regroupés en 5 facteurs (Connor & Davidson, 2003). À partir de cette échelle, Campbell-Sills et Stein (2007) ont dérivé une version abrégée de 10 items (CD-RISC-10) aussi traduite en français et présentant des propriétés psychométriques plus fiables que la version originale (Campbell-Sills & Stein, 2007 ; Madewell & Ponce-Garcia, 2016). Toutefois, la version franco-canadienne du CD-RISC 10 n'a jamais été validée auprès de populations cliniques. Mesurer la résilience dans diverses populations cliniques serait essentiel parce que c'est dans l'adversité que la capacité de résilience est mise à l'épreuve. En effet, au sein d'une population vulnérable ayant vécu le même trauma, il est possible de mesurer les effets de la résilience et de l'adaptation positive si certains individus présentent moins de symptômes psychologiques graves que d'autres (Masten, 2014).

Parmi les clientèles vulnérables, les familles confrontées au dévoilement de l'agression sexuelle d'un enfant sont susceptibles d'afficher une détresse psychologique importante. L'agression sexuelle à l'enfance est une problématique sociale alarmante qui entraîne des conséquences psychologiques importantes chez l'enfant (Hébert et al., 2019). Ainsi, les jeunes victimes d'agression sexuelle sont plus à risque de présenter des symptômes de stress post-traumatique, de la détresse psychologique et des comportements extériorisés (Hébert et al., 2019). Cependant, les études démontrent que les profils des enfants victimes sont hétérogènes et que certains enfants ne présentent que peu, ou pas de symptômes (Domhardt et al., 2015). Ces

résultats suggèrent que des caractéristiques de l'enfant et de l'environnement pourraient agir comme facteurs de protection (Afifi & MacMillan., 2011). Parmi ces différents facteurs, l'un des plus étudiés est le soutien parental. Les mères d'enfants victimes, étant généralement les premières personnes vers qui les enfants se tournent pour dévoiler l'agression sexuelle (Allnock & Miller, 2013), peuvent ainsi fournir un soutien adéquat favorisant le rétablissement de l'enfant tout en ayant à gérer leur propre détresse émotionnelle (Daignault et al., 2018).

S'il est reconnu que le soutien parental est un facteur clé pour promouvoir l'adaptation de l'enfant, les études révèlent aussi que certains facteurs liés au parent, comme la détresse psychologique, pourraient influencer sa capacité à fournir un soutien adapté à son enfant (Daignault et al., 2018). Les résultats d'une étude portant sur les profils des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle suggèrent que 13 % des mères présentent des symptômes de stress post-traumatique, 41 % des symptômes dépressifs et plus de 50 % des symptômes de détresse psychologique, atteignant le seuil clinique (Cyr et al., 2013). Par ailleurs, des études démontrent que certaines mères d'enfants victimes d'agression sexuelle sont résilientes et en mesure de mieux faire face à l'évènement traumatique en offrant un soutien constant à son enfant (Cyr et al., 2013). En conséquence, l'évaluation du niveau de résilience de la mère est nécessaire afin d'établir des plans d'interventions personnalisés auprès des enfants victimes d'agression sexuelle. Toutefois, à ce jour, aucune mesure de résilience n'a été validée chez cette population québécoise.

Considérant que l'échelle CD-RISC 10 est un instrument de mesure simple et rapide, il serait pertinent de le valider auprès des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle afin de s'assurer que l'outil soit adapté à l'évaluation du niveau de résilience chez cette population clinique. La présente étude vise à explorer les propriétés psychométriques de la version française de CD-RISC 10 chez une population de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle.

Contexte théorique

Le concept de résilience. Le concept de résilience a émergé suite à l'observation d'individus qui, face à un trauma, présentaient peu de conséquences psychologiques graves (Richardson, 2002). Ce construit a évolué, au fil des années, en fonction de la façon dont cette capacité a été définie. Trois approches ont marqué, dans les dernières décennies, la définition actuelle de la résilience. La première vague était plutôt phénoménologique (Richardson, 2002)

puisque les chercheurs évaluaient la résilience comme étant un ensemble de qualités personnelles dites résilientes (p.ex., estime de soi, efficacité personnelle) prédisant le succès sur le plan social et personnel (Richardson, 2002). Cette vague est, entre autres, caractérisée par les travaux de trois pionniers de l'étude de la résilience qui ont jeté les bases de sa définition et qui influencent encore la recherche actuelle. D'abord, Kobasa (1979) s'est intéressée à la personnalité de personnes ayant fait face à un trauma et si ces derniers avaient eu des problèmes de santé physique par la suite. Chez les participants qui n'ont pas démontré de problèmes de santé physique, l'auteure a observé un plus grand engagement de soi, une attitude dynamique envers l'environnement et un locus de contrôle interne, ce qu'elle a nommé *hardiness* pour faire référence à leur capacité de résistance. Ensuite, Rutter (1985), un psychiatre britannique, a identifié plusieurs qualités résilientes chez les jeunes Londoniens exposés à des facteurs de risque. Un tempérament calme, une efficacité personnelle, de la maîtrise de soi, un climat scolaire positif et un attachement sécure avec un adulte en sont des exemples (Rutter, 1985). Finalement, Lyons (1991) s'est interrogée sur les diverses stratégies pour l'évaluation et la prédiction de l'ajustement positif suite à un trauma et aux différentes variables influençant cet ajustement (p.ex., le soutien social, le temps, le type de trauma). La deuxième vague de recherche décrivait la résilience comme étant plutôt le processus d'adaptation menant au développement des qualités étudiées pendant la première vague. La résilience était donc décrite comme une capacité fluide et variante dans le temps qui mène à l'identification, l'acquisition et l'enrichissement de facteurs de protection (Richardson, 2002). La vague postmoderniste actuelle est plutôt intégrative, s'inspirant de plusieurs éléments des deux premières vagues. L'accent est mis sur la complexité de la résilience, résultat d'une interaction entre des traits personnels et l'adversité (Ahern et al., 2006). La conceptualisation d'instruments de mesure fiables, quant à elle, se base beaucoup sur les recherches de la première vague. Dans la présente étude, la résilience est définie comme étant la capacité à s'adapter face au trauma et à tolérer les évènements stressants (Luthar et al., 2000), tout en gardant un bon fonctionnement psychologique et physique (Bonanno, 2004).

Dans le but d'opérationnaliser le concept de la résilience, des auteurs ont tenté d'évaluer l'utilisation de comportements adéquats et de stratégies d'adaptation positive (« *positive coping strategies* ») face au stress causé par un ou plusieurs évènements traumatiques (Connor & Davidson, 2003). Différents instruments de mesure ont été créés et évalués pour mesurer la

résilience, mais seulement quelques-uns, dont l'échelle de Connor et Davidson (2003), montrent des propriétés psychométriques satisfaisantes et ont été validés en français (Windle et al., 2011). Connor et Davidson (2003) se sont basés sur les travaux de Kobasa (1979), Rutter (1985) et Lyons (1991) pour conceptualiser un instrument de mesure à 25 items (CD-RISC)..

L'échelle de résilience CD-RISC 10. L'échelle de résilience élaborée par Connor et Davidson (CD-RISC; 2003) fait partie des quelques instruments mesurant la résilience (Windle et al., 2011). Les 25 items se regroupent en 5 facteurs qui, selon Connor et Davidson (2003), composent la résilience, soit la compétence personnelle, la tolérance des affects, l'acceptation du changement, le sens du contrôle interne et la spiritualité. Lorsqu'il est question de compétence personnelle, il s'agit de la capacité à s'adapter (*hardiness*) aux traumas ou à tolérer les évènements stressants inspiré des travaux de Kobasa (1979). Toutefois, la constitution multifactorielle du CD-RISC a été contestée par plusieurs études (Burns & Anstey, 2010 ; Campbell-Sills & Stein, 2007). Campbell-Sills et Stein (2007) ont tenté de valider le CD-RISC auprès d'une population d'étudiants universitaires divisée en trois échantillons. Toutefois, plusieurs problèmes sont survenus lors des analyses quant au nombre de facteurs. La première analyse factorielle exploratoire a été conduite sur le premier échantillon en se basant sur la solution à 5 facteurs. Les résultats ont montré que certains de ces facteurs étaient définis par un seul item. Ils ont ensuite refait l'analyse exploratoire avec une solution à 4 facteurs, mais l'un des facteurs était défini par deux items seulement, et deux autres items ne faisaient partie d'aucun facteur. Avec le deuxième échantillon, les auteurs ont de nouveau testé la solution à 4 facteurs. Cette fois-ci, les items corrélaient fortement avec plus d'un facteur et certains présentaient une faible saturation factorielle (Campbell-Sills & Stein, 2007). Considérant les résultats aux analyses factorielles exploratoires et l'impossibilité d'avoir des résultats cohérents en gardant les 25 items, Campbell-Sills et Stein (2007) ont proposé une version plus courte du CD-RISC, en excluant les items qui présentaient de faibles saturations factorielles et ceux qui faisaient partie de facteurs faiblement définis. Les auteurs ont donc conservé 10 items (CD-RISC 10) mesurant principalement la capacité à s'adapter (*hardiness*) aux traumas ou à tolérer les évènements stressants comme le changement, les problèmes personnels, la pression, la maladie, la douleur et l'échec (Campbell-Sills et al., 2009).

Au Québec, le CD-RISC a été traduite en français par Hébert et al. (2018b) en quatre étapes. Premièrement, la version anglaise du CD-RISC a été traduite en français par l'auteur

senior de l'article paru en 2017 et, de façon indépendante, par un étudiant du doctorat en psychologie. Ensuite, la version anglaise a été présentée à trois traducteurs (des psychologues qualifiés et des étudiants au doctorat en psychologie) choisis sur la base de trois critères : être bilingue (anglais et français), être considéré comme un expert du concept de résilience et être familier avec les directives du développement d'un questionnaire. Troisièmement, les traducteurs se sont rencontrés et entendus sur la formulation finale des items. Quatrièmement, la version française a été retraduite en anglais par un traducteur indépendant dont la langue maternelle était l'anglais. Les différences entre ces versions ont été prises en compte et la version française a été mise à jour. La version franco-canadienne de CD-RISC et CD-RISC 10 a été approuvée par les auteurs américains. Le CD-RISC 10 a déjà été validé en français dans une population non clinique (Hébert et al., 2018b), mais aucune étude n'a à ce jour validé l'instrument dans des populations cliniques spécifiques comme chez les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle. Pourtant l'influence de la résilience prend toute son importance lors de l'analyse de son rôle dans des conditions d'adversité. Une seule étude a recensé une version franco-européenne du CD-RISC 10 dans une population clinique en France. Les auteurs l'ont validée auprès de femmes ayant eu un cancer du sein (n = 122) et d'un groupe contrôle (n = 116) (Scali et al., 2012). Bien qu'ils ne soient pas adaptés à la population franco-canadienne, les résultats de cette étude rapportent une association négative entre les scores sur l'échelle CD-RISC 10 et la présence de troubles de santé mentale dans les deux groupes (Scali et al., 2012). De plus, les résultats de cette étude confirment la structure unidimensionnelle de l'échelle CD-RISC 10 et démontrent une bonne consistance interne (α =,88).

L'agression sexuelle à l'enfance et le soutien maternel. Une fille sur six et un garçon sur dix est victime d'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Stoltenborgh et al., 2011). L'agression sexuelle à l'enfance est associée à des conséquences psychologiques graves chez les enfants, comme des idéations suicidaires, une faible estime de soi, des symptômes de stress post-traumatique, de la détresse psychologique et des problèmes de comportements extériorisés et intériorisés (Hébert et al., 2019). Les études suggèrent toutefois que le soutien maternel est associé à moins de difficultés psychologiques chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Zajac et al., 2015) et serait primordial pour favoriser le rétablissement en cours de thérapie (Bick et al., 2014). Les mères d'enfants victimes sont souvent les premières personnes vers qui les enfants se tournent pour dévoiler l'agression sexuelle (Allnock & Miller, 2013) et une

réponse de soutien envers l'enfant favoriserait la résilience chez ces derniers (Afifi & MacMillan, 2011).

Toutes les mères ne sont toutefois pas aptes à donner un soutien parental adéquat à leur enfant. Plusieurs mères ressentent une détresse psychologique importante face au dévoilement de leur enfant, causé parfois par un manque de ressources psychosociales ou encore à cause de facteurs individuels comme leur propre expérience d'agression sexuelle vécue à l'enfance (Cyr et al., 2013). Peu ou pas de soutien parental dû à un haut niveau de détresse psychologique et de symptômes de stress post-traumatique chez les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle, est associé à plus de symptômes de dépression et de problèmes de comportement chez l'enfant (Yancey & Hansen, 2010).

Heureusement, certaines mères se montrent résilientes face au dévoilement de l'agression sexuelle (Cyr et al., 2013) et sont plus aptes à répondre aux besoins de leur enfant. Ces mères offrent un soutien émotionnel adéquat et maintiennent une bonne relation avec leur enfant tout en gardant une supervision parentale appropriée. Puisqu'il est important pour les mères de soutenir leur enfant suite au dévoilement, il serait nécessaire de mettre sur pied des interventions ciblant les facteurs liés à une meilleure adaptation chez les mères, basées, entre autres, sur leur niveau de résilience. Bien que peu d'études aient évalué la résilience des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle, une étude indique que la résilience de la mère est associée à un meilleur ajustement psychologique et moins de symptômes de stress post-traumatique chez les enfants victimes (Hébert et al., 2014).

Dans un contexte clinique, où le temps et les ressources sont limités, l'utilisation de la version brève de questionnaires, comme le CD-RISC 10, est plus appropriée et plus efficace (Kruyen et al., 2013). Toutefois, il est nécessaire d'explorer davantage ces versions abrégées auprès de populations cliniques spécifiques, comme les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle, pour s'assurer de leur fidélité et validité (Kruyen et al., 2013).

Objectif

Considérant la nécessité de mesurer le niveau de résilience chez les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle à l'aide d'un outil simple et rapide, cette étude vise à évaluer les propriétés psychométriques de la version franco-canadienne de l'échelle de résilience abrégée CD-RISC 10 auprès de cette population. Ensuite, la validité convergente sera examinée

en explorant les liens entre le score sur l'échelle de résilience et les scores de symptômes de stress post-traumatique, de détresse psychologique et du sentiment d'empowerment.

Méthodologie

Participants et procédure

Au total, 361 mères d'enfants victimes d'agression sexuelle ont été recrutées dans quatre différents centres d'intervention du Québec spécialisés en agression sexuelle. Les mères ont été recrutées selon les critères d'inclusion suivants : 1) être les mères biologiques ou adoptives de leur enfant, 2) avoir un enfant ayant vécu une agression sexuelle, 3) que cet enfant soit âgé de 3 à 12 ans (M = 7,69, SD = 2,56), et 4) comprendre le français ou l'anglais. Dans cet échantillon, les mères sont âgées de 20 à 52 ans (M = 34,36, SD = 6,19). Parmi ces mères, 63,2 % étaient en couple, 36,6 % étaient célibataires et 0,2 % avaient un statut matrimonial inconnu.

Les mères ont été rencontrées dans les centres d'interventions spécialisés en agression sexuelle. Après l'avoir informée de la possibilité de participer à la recherche, l'assistante de recherche a expliqué à chaque participante les objectifs, la procédure, les risques et les avantages liés à la participation. Ensuite, la mère a rempli le questionnaire de façon individuelle ou avec l'aide d'une assistante de recherche au besoin. Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (CERPE FSH) et le Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine (CER).

Mesures

Résilience. La version abrégée de l'échelle de résilience de Connor et Davidson (CD-RISC 10) et traduite en français (Hébert et al., 2018b) a été utilisée pour mesurer la résilience. Les items mesurent la capacité à s'adapter au changement, à gérer le stress et à atteindre des buts malgré les obstacles et la pression. Les 10 items utilisent une échelle Likert à 5 points (0, Pas du tout vrai; 1, Rarement vrai; 2, Quelquefois vrai; 3, Souvent vrai; 4, Vrai la plupart du temps). Dans cette version, le score se situe entre 0 et 40 et un score plus élevé indique un niveau de résilience plus élevé. Pour s'assurer de la validité de convergence de l'échelle, trois autres instruments de mesure ont été remplis.

Les symptômes de stress post-traumatique. La version française (Stephenson et al., 2000) du *Modified PTSD Symptoms Scale Self-Report* (MPSSR ; Falsetti et al., 1993) a été utilisée. Cette échelle, contenant 17 items, mesure la fréquence et la sévérité des symptômes de stress post-traumatique. Un exemple d'item est « Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles qui reviennent régulièrement ou intrusifs concernant le dévoilement de l'agression sexuelle de votre enfant? ». La fréquence varie sur une échelle de 0 à 3 (0, Pas du tout ; 1, De temps en temps ; 2, La moitié du temps ; 3, Presque toujours) et la sévérité varie de A à E (A, Pas du tout ; B, Un peu ; C, Modérément ; D, Beaucoup ; E, Extrêmement). Ce sont uniquement les participants ayant vécu le symptôme (au moins de temps en temps) qui répondaient à la sévérité. Les scores varient de 0 à 119 par l'addition de la sévérité (0-68) à la fréquence (0-51). La consistance interne de cet instrument dans la présente étude est de ,96.

La détresse psychologique parentale. L'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ ; Ilfeld, 1976) et traduite par Préville, Boyer et Bégin (2001) a été utilisée. Cet instrument mesure la détresse psychologique, l'anxiété, l'irritabilité, la dépression et les problèmes cognitifs des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle. Un exemple d'item est « Vous êtes-vous senti.e désespéré.e en pensant à l'avenir? ». Les 14 items utilisent une échelle Likert à 4 points (0, Jamais ; 1, De temps en temps ; 2, Assez souvent ; 3, Très souvent), a donc des scores totaux se situant entre 0 et 100 où un score élevé signifie plus de détresse psychologique. Dans la présente étude, la consistance interne de l'IDP est de ,93.

Le sentiment d'empowerment. La version française (Hébert & Parent, 1999) de Family Empowerment Scale (FES; Koren et al., 1992) a été complétée par les participantes. L'instrument mesure le sentiment d'empowerment et l'efficacité personnelle. Un exemple d'item est « Je pense que je suis capable de régler les problèmes qui peuvent survenir avec mon enfant ». Les 12 items utilisent une échelle Likert à 5 points (1, Fortement en désaccord; 2, En désaccord; 3, Ni en désaccord ni en accord; 4, En accord; 5, Fortement en accord). Un score total se situant entre 5 et 25 peut être calculé, où un score plus élevé indique plus de sentiment d'empowerment. La consistance interne du FES est de ,78.

Analyses statistiques

Une analyse factorielle confirmatoire (AFC) a été réalisée à l'aide du logiciel Mplus (Muthén & Muthén, 1998) pour déterminer si les données obtenues auprès de cet échantillon

correspondaient au modèle unifactoriel de CD-RISC 10. La qualité du modèle a été jugée en considérant les indices d'ajustement suivants : le Khi carré normé, le *Comparative fit index*, le *Tucker-Lewis index* et le *root mean square error of approximation*. Le Khi carré normé, une mesure absolue de la qualité d'ajustement, se calcule par la division du nombre de degrés de liberté au résultat du test du Khi carré. Le résultat doit être inférieur ou égal à 3 pour témoigner d'un bon ajustement. Le *Comparative fit index* et le *Tucker-Lewis index* sont des mesures d'ajustement incrémental se situant entre 0 et 1 qui doivent être supérieures à ,95 pour témoigner d'un très bon ajustement (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005). Le *Root mean square error of approximation* est une mesure absolue d'ajustement qui repose sur l'analyse des résidus (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005). Donc, les plus petites valeurs inférieures à ,80 témoignent d'un meilleur ajustement (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005). Ensuite, des analyses de fidélité, à l'aide du coefficient de Cronbach, ont été effectuées pour évaluer la consistance interne. Puis, la validité convergente entre la résilience de la mère, ses symptômes de stress post-traumatiques, son niveau de détresse psychologique et son sentiment d'empowerment a aussi été examinée par des corrélations. Finalement, des test-t de Student ont été effectués pour observer les différences quant au niveau de résilience des groupes de mères de part et d'autre du seuil clinique de détresse psychologique et des symptômes de stress post-traumatique.

Résultats

Analyses descriptives

La moyenne du score total sur l'échelle CD-RISC 10 (M = 27,63; ET = 6,92) obtenue dans le présent échantillon est semblable à celle obtenue dans l'échantillon de Campbell-Sills et al. (2007; M = 27,21, ET = 5,84) et celle de Hébert et al. (2018b; M = 26,62; ET = 6,13). Aucun effet plancher ou plafond n'a été observé sur le score global avec moins de 1% de l'échantillon obtenant le score minimum (0) et moins de 3% le score maximum (40). Pour l'échelle FES mesurant le sentiment d'empowerment, la moyenne du score total est de M = 21,93 (ET = 2,61). En ce qui concerne les autres échelles de mesure, 62 % des participantes ont obtenu un score dépassant le seuil clinique de détresse psychologique (M = 39,36; ET = 25,27) et 25,8 % un score qualifiant le seuil clinique pour les symptômes de stress post-traumatique (M = 33,24; ET = 26,7).

Analyse factorielle confirmatoire

Une analyse factorielle confirmatoire a été utilisée pour vérifier à l'aide du logiciel Mplus 8.1 (Muthén & Muthén, 1998) la correspondance entre les données de l'échantillon et la structure unidimensionnelle du CD-RISC 10. Les indices examinés afin d'évaluer la correspondance entre les modèles théorique et observé suggèrent un ajustement acceptable d'un modèle à un facteur (χ_2 = 104,02; *df* = 35; *p* < ,001, χ_2/df = 2,97 , Comparative fit index = ,94, Tucker-Lewis index = ,93, Root mean square error of approximation = ,07 90% CI [0,06; 0,09] comparativement aux valeurs attendues, soit $\chi_2/df \leq 3$, Comparative fit index ≥ ,95, Tucker-Lewis index ≥ ,95 et Root mean square error of approximation ≤ ,06 (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005). Tous les items présentent une saturation significative et supérieure à ,40 comme présenté dans le Tableau 1. Ces résultats sont similaires à ceux de Campbell-Sills et Stein (2007) et Hébert et al. (2018b) qui rapportent respectivement des saturations supérieures à 40 % et 50 %. Ce modèle explique 62,49 % de la variance totale.

Tableau 1

Analyse factorielle confirmatoire unidimensionnelle (n = 361)

Items	F1	Erreur	R_2
1	,55	,04	0,30
2	,74	,03	0,55
3	,40	,05	0,16
4	,69	,03	0,48
5	,67	,03	0,45
6	,72	,03	0,51
7	,58	,04	0,33
8	,54	,04	0,29
9	,66	,03	0,44
10	,70	,03	0,50
Variance expliquée (%)	62,49		

Note. χ_2 = 104,02; df = 35; *p* <,001, χ_2/df = 2,97, Comparative fit index = ,94 , Tucker-Lewis index = 0 = ,93, Root mean square error of approximation = ,07, 90% CI [0,06; 0,09].

Fidélité

La consistance interne de l'échelle CD-RISC 10 a été mesurée à l'aide du calcul de l'alpha de Cronbach. Dans la présente étude, la consistance interne était élevée (α = ,86) et comparable à celle de Campbell-Sills et Stein (2007) (,85) et Hébert et al. (2018b) (,86). Le Tableau 2 présente les corrélations interitems et révèle une forte homogénéité entre les items de CD-RISC 10.

Tableau 2

Moyennes et corrélations interitems de la version brève de l'échelle de résilience Connor-Davidson (CD-RISC)

Items	*M*	*ET*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3,24	0,89	–	,49	,27	,35	,35	,39	,32	,36	,33	,31
2	2,79	0,99		–	,39	,54	,44	,51	,41	,35	,48	,53
3	2,08	1,23			–	,36	,23	,23	,10	,22	,20	,30
4	2,51	1,19				–	,46	,48	,39	,35	,42	,51
5	3,10	0,10					–	,57	,37	,36	,46	,48
6	3,16	0,89						–	,46	,39	,49	,44
7	2,50	1,05							–	,38	,34	,44
8	2,50	1,10								–	,40	,36
9	3,07	1,04									–	,53
10	2,67	1,01										–

Note. Toutes les corrélations sont significatives à p < ,05.

Validité convergente

Les résultats des analyses de corrélations permettant de mesurer la validité convergente entre le score de résilience et les symptômes de stress post-traumatique, la détresse psychologique et le sentiment d'empowerment sont présentés dans le Tableau 3. Comme attendu, les scores sur l'échelle CD-RISC 10 corrèlent négativement avec les scores de l'échelle de détresse psychologique, r = -,34, p < ,01. Aussi, il y a une corrélation négative entre les scores de l'échelle de résilience et les scores de l'échelle symptômes de stress post-traumatique, r = -,24, p < ,01. Finalement, les scores sur l'échelle de résilience corrèlent positivement et

significativement avec ceux de l'échelle du sentiment d'empowerment, r = ,29, p < ,01. Des analyses complémentaires ont été conduites. Des tests-t de Student ont permis d'observer les différences entre le niveau de résilience des mères de part et d'autre du seuil clinique de détresse psychologique et de symptômes de stress post-traumatique. Les mères ayant un niveau moyen de détresse psychologique dépassant le seuil clinique (M = 26,20; ET = 7,07) avaient un niveau de résilience significativement plus bas que les mères avec de la détresse psychologique sous le seuil clinique (M = 29,95; ET = 6,02), t(356) = 5,12, p < ,05. Il n'y avait pas de différence significative entre les mères ayant des symptômes de stress post-traumatique au-dessus du seuil clinique (M = 25,42; ET = 6,96) et en dessous du seuil clinique (M = 28,49; ET = 6,65), t(351) = 3,77, n.s..

Tableau 3

Corrélations entre la version brève de l'échelle de résilience Connor-Davidson (CD-RISC 10) et des indices de validité

Mesure	Détresse psychologique (IDPESQ; 14 items; α = ,76)	Symptômes de stress post-traumatique (MPSSR; 17 items; α = ,97)	Sentiment d'empowerment (FES; items; α = ,87)
CD-RISC 10	-,34**	-,24**	,29**

Note. ** = p < 0,01.

Discussion

L'objectif de cette étude était de valider la version franco-canadienne de l'échelle de résilience CD-RISC 10 auprès des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle. Étant donné que la résilience se développe généralement dans l'adversité, l'échelle CD-RISC 10 doit pouvoir évaluer adéquatement la résilience face à un évènement traumatique et donc être validée dans une population clinique comme celle de ces mères. Tel que postulé par Campbell-Sills et Stein (2007), la structure unifactorielle de CD-RISC 10 est soutenue par la présente étude, avec une saturation factorielle supérieure à 40 % expliquant 62 % de la variance. La variance expliquée est supérieure à celle de l'étude de Hébert et al. (2018b) (38 %). L'échelle CD-RISC 10 présente un score moyen comparable aux autres études et une bonne consistance interne, elle aussi, similaire

à celles de Campbell-Sills et al (2007) et de Hébert et al. (2018b). Ainsi, le CD-RISC 10 présente de bonnes qualités psychométriques et semble être un moyen adapté et rapide pour mesurer la résilience chez cette population clinique. Les familles qui font face au dévoilement d'un enfant doivent rencontrer plusieurs professionnels (avocat, police, médecin) pour prendre les mesures nécessaires à la protection de l'enfant. Les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle sont donc perpétuellement confrontées à leur détresse et celle de leur enfant et remplir de longs questionnaires pourrait paraître comme une tâche lourde et non souhaitée pour certaines d'entre elles. En effet, étant donné que les ressources de temps sont souvent limitées en milieu clinique, un outil bref et performant devrait être priorisé pour l'évaluation psychologique.

Afin de vérifier la validité convergente de l'échelle, nous avons exploré les liens entre le score de résilience et celui de différentes échelles mesurant la détresse psychologique, les symptômes de stress post-traumatique et le sentiment d'empowerment. Comme attendu la résilience est négativement associée à la détresse psychologique et aux symptômes de stress post-traumatique. C'est-à-dire que les mères rapportant plus de résilience ressentaient moins de détresse psychologique et de symptômes de stress post-traumatique en lien avec l'agression sexuelle de leur enfant. Ces résultats sont comparables avec les études sur la résilience qui suggèrent qu'un score élevé sur l'échelle de résilience serait associé à moins de symptômes post-traumatiques (Connor et al., 2003 ; Wingo et al., 2010). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une personne résiliente possède plus de capacité à identifier et à utiliser ses propres ressources et celles de son environnement, pour faire face aux difficultés liées au trauma (Connor et al., 2003 ; Wingo et al., 2010). Comme postulé par Connor et Davidson (2003), une personne résiliente aura plus de sentiment de compétence personnelle, de tolérance des affects, d'acceptation du changement, de sens du contrôle interne et de spiritualité. Ainsi, une mère résiliente, faisant face à un évènement traumatique tel que l'agression sexuelle de son enfant, pourrait se sentir plus apte à aider son enfant, à composer avec les affects négatifs et les différents changements qui découleront de cet évènement.

Dans la présente étude, la résilience était liée à plus de sentiments d'empowerment, ce qui concorde avec les études indiquant que les personnes résilientes rapportent plus de sentiment d'efficacité personnelle que les personnes non résilientes et utilisent des stratégies d'adaptation plus actives, c'est-à-dire des stratégies d'approche face à l'agression sexuelle (Cyr et al., 2013; Daigneault et al., 2007). À titre d'exemple, l'étude de Cyr et al. (2013) chez les mères d'enfants

victimes d'agression sexuelle a révélé que les mères résilientes étaient moins enclines à ressentir de la détresse psychologique et des symptômes de stress post-traumatiques et s'adaptaient plus facilement à l'agression sexuelle de leur enfant que les mères non résilientes. D'autres facteurs peuvent s'ajouter à la résilience et jouer un rôle sur les symptômes de la mère. En effet, le soutien social, la réévaluation positive et l'autocompassion serait des médiateurs de la relation entre la résilience des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle et leur détresse psychologique (McGillivray et al., 2018). Une mère résiliente ayant un haut niveau de ces trois facteurs aurait moins de détresse psychologique qu'une mère non résiliente ou une mère résiliente ayant un faible niveau de soutien social, d'autocompassion et de réévaluation positive. Ressentir de l'efficacité personnelle et des émotions positives envers soi serait donc lié à une meilleure adaptation psychologique à l'agression sexuelle de son enfant. Promouvoir le développement de ces facteurs personnels et de l'adaptation positive dans le cadre d'interventions pourrait être bénéfique chez les mères, mais aussi chez leur enfant. Chez ces enfants, le développement de la résilience pourrait contribuer à une diminution de symptômes de stress post-traumatique et de problèmes de comportement, mais aussi à un meilleur rétablissement suite à l'agression sexuelle.

Limites de l'étude

À notre connaissance, cette étude est la seule à avoir validé la version franco-canadienne de cet outil dans un échantillon de mère d'enfants victimes d'agression sexuelle. Étant donné que cette population présente des caractéristiques particulières telles qu'une forte présence de détresse psychologique, plusieurs symptômes de stress post-traumatiques ainsi que plus de symptômes de dépression (Cyr et al., 2013), la présente étude contribue à l'exploration de la résilience et à la découverte de ses vertus en tant que facteur de protection. Cette étude doit cependant être considérée au regard de certaines limites. D'abord, encore aujourd'hui, il n'a toujours pas été clairement démontré si la capacité de la résilience est un déterminant de la réponse à l'évènement traumatique ou un effet de l'exposition au trauma (Connor & Davidson, 2003 ; Luthar, 2015 ; Luthar et al., 2000). L'échantillon de la présente étude permet une interprétation limitée du processus de résilience puisqu'on la mesure, chez les mères, lorsqu'elles sont déjà confrontées au dévoilement de l'agression sexuelle de leur enfant. Il est donc impossible de distinguer si cette capacité est la cause de leur adaptation positive, c'est-à-dire que

la capacité de résilience était déjà développée chez elles, ou la conséquence de l'exposition à l'évènement traumatique.

En outre, tous les instruments de mesure étaient autorapportés et ont fait partie du même questionnaire, ils peuvent donc être sujets au biais de désirabilité sociale et à l'influence de la covariation entre les instruments. L'échantillon n'étant composé que de mères, il n'est pas nécessairement représentatif de la réalité des pères d'enfants victimes d'agression sexuelle. Des recherches futures devront explorer la résilience chez les pères ainsi que son lien avec les symptômes de détresse psychologique et de stress post-traumatique puisque ceux-ci peuvent aussi être une grande source de soutien pour l'enfant (Hébert et al., 2018a). Ainsi, une validation de la version franco-canadienne de l'échelle CD-RISC 10 avec une population incluant les deux parents d'enfants victimes d'agression sexuelle pourrait contribuer à confirmer les qualités psychométriques de l'échelle. Finalement, des recherches futures devraient aussi explorer la fiabilité temporelle de l'échelle CD-RISC 10 dans un devis longitudinal.

Implications cliniques

Comme le montrent les résultats, une forte proportion des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle présente de la détresse psychologique (62 %) et des symptômes de stress post-traumatique (25,8 %). Une recension des écrits montre que les réactions émotionnelles inadaptées de la mère pourraient prédire le niveau de détresse et les symptômes psychologiques de l'enfant, et pourraient être liées à plus de peurs et d'anxiété rapportée par l'enfant (Elliott & Cohen, 2001). Il serait donc nécessaire de développer des interventions qui se centrent sur le développement d'outils favorisant la résilience des mères pour ainsi diminuer les symptômes de la mère et en freiner les conséquences néfastes sur sa santé mentale et celle de son enfant.

Néanmoins, les mères de notre échantillon rapportent un niveau élevé d'empowerment, indiquant que malgré la détresse qu'elles peuvent ressentir, elles ont confiance en leur capacité à soutenir leurs enfants. Ce résultat peut, entre autres, s'expliquer par le fait que les participantes ont été recrutées dans des centres d'interventions spécialisés. Ainsi, le processus de recherche d'aide peut avoir renforcé le sentiment de compétence de ces mères. L'implication des parents dans la thérapie de leur enfant serait donc à considérer sur le plan clinique et sur le plan de la recherche puisqu'elle pourrait contribuer à renforcer leur sentiment de compétence face à la

détresse de leur enfant, et par le fait même, augmenter leur sentiment de résilience face à l'agression sexuelle.

Conclusion

Comme le montre les résultats, l'échelle CD-RISC 10 présente de bonnes propriétés psychométriques et serait donc un outil rapide et adapté pour l'évaluation des mères faisant face au dévoilement de l'agression sexuelle d'un enfant. De plus, les données de la présente étude concordent avec le modèle unifactoriel de CD-RISC 10, ce qui montre que l'instrument de mesure évalue adéquatement la résilience chez les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle. Cette échelle permettra d'avoir une meilleure compréhension de l'adaptation positive de certaines mères, d'identifier les mères ayant besoin de plus de ressources et pourrait servir d'indication pour d'évaluer l'effet d'une intervention sur le niveau de résilience. La présente étude offre donc un soutien à l'utilisation de l'échelle CD-RISC 10 auprès des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle.

Références

Afifi, T. O., et MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272.

Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Lou Sole, M., et Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in comprehensive Pediatric nursing, 29*(2), 103-125. https://dx.doi.org/10.1080/01460860600677643

Allnock, D., et Miller, P. (2013). No one noticed, no one heard: A study of disclosures of childhood abuse. http://uobrep.openrepository.com/uobrep/handle/10547/600875

Bick, J., Zajac, K., Ralston, M. E., et Smith, D. (2014). Convergence and divergence in reports of maternal support following childhood sexual abuse: Prevalence and associations with youth psychosocial adjustment. *Child Abuse & Neglect, 38*, 479–487. https://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.010

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20-28. https://dx.doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.101.

Burns, R., et Anstey, K. (2010). The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences, 48*(5), 527-531. https://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.026

Campbell-Sills, L., Forde, D. R., et Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of psychiatric research, 43*(12), 1007-1012. https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013

Campbell-Sills, L., et Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 20*(6), 1019-1028. https://dx.doi.org/10.1002/jts.20271

Connor, K. M., et Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety, 18*(2), 76-82. https://dx.doi.org/10.1002/da.10113

Connor, K. M., Davidson, J. R., et Lee, L.-C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress, 16*(5), 487-494. https://dx.doi.org/10.1023/A:1025762512279

Cyr, M., McDuff, P., et Hébert, M. (2013). Support and profiles of nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(2), 209-230. https://dx.doi.org/10.1080/10538712.2013.737444

Daignault, I.V., Hébert, M., Cyr, M., Pelletier, M., et McDuff, P. (2018). Correlates and Predictors of Mothers' Adaptation and Trauma Symptoms Following the Unveiling of the Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Interpersonal Violence*. https://dx.doi.org/10.1177/0886260518808849

Daigneault, I., Hébert, M., et Tourigny, M. (2007). Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 16*(2), 415-434. https://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.002

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., et Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(4), 476-493. https://dx.doi.org/ 10.1177/1524838014557288

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

Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., et Kilpatrick, D. G. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 16,* 161–162.

Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M., et Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child sexual abuse among a representative sample of Quebec high school students: prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(12), 846-854. https://dx.doi.org/10.1177/0706743719861387

Hébert, M., Daspe, M.-È., et Cyr, M. (2018a). An analysis of avoidant and approach coping as mediators of the relationship between paternal and maternal attachment security and outcomes in child victims of sexual abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 10*(4), 402-410. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000321

Hébert, M., Langevin, R., et Charest, F. (2014). Factors associated with resilience in preschoolers reporting sexual abuse: A typological analysis. *International Journal of Child and Adolescent Resilience, 2*(1), 46-58.

Hébert, M., et Parent, N. (1999). *Adaptation française du Family Empowerment Scale (FES; Koren, DeChillo, & Friesen, 1992).* Document inédit. Sainte-Foy, QC: Département de mesure et évaluation, Université Laval.

Hébert, M., Parent, N., Simard, C., et Laverdière, A. (2018b). Validation of the French Canadian version of the brief Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). *Canadian Journal of Behavioural Science, 50*(1), 9-16. https://dx.doi.org/10.1037/cbs0000092

Hu, L. T., et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alterna- tives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1–55. http://dx.doi.org/10.1080/ 10705519909540118

Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology, 37*(1), 1-11.

Koren, P. E., DeChillo, N., et Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology, 37*(4), 305-321. https://dx.doi.org/10.1037/h0079106

Kruyen, P. M., Emons, W. H. M., et Sijtsma, K. (2013). On the shortcomings of shortened tests: A literature review. *International Journal of Testing,* 13, 223–248. https://dx.doi.org/10.1080/15305058.2012.703734

Ilfeld Jr, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports, 39*(3), 1215-1228. https://dx.doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215

Lamond, A. J., Depp, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., Moore, D. J., Golshan, S., Ganiats, T. G. et Jeste, D. V. (2008). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of psychiatric research, 43*(2), 148-154. https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.03.007

Luthar, S. S. (2015). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. *Developmental psychopathology,* 3, 739–795. https://dx.doi.org/10.1002/9780470939406

Luthar, S. S., Cicchetti, D. et Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562. doi : 10.1111/1467-8624.00164

Lyons, J. A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 4*(1), 93-111.

Madewell, A. N., et Ponce-Garcia, E. (2016). Assessing resilience in emerging adulthood: The resilience scale (RS), Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC), and scale of protective factors (SPF). *Personality and Individual Differences, 97*, 249-255. https://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.036

Masten, A. S. (2014). Introduction. Dans Masten A. S. (dir.), *Ordinary magic: Resilience in development* (p. 3-22). Guilford Publications.

McGillivray, C. J., Pidgeon, A. M., Ronken, C., et Credland-Ballantyne, C. A. (2018). Resilience in Non-Offending Mothers of Children Who Have Reported Experiencing Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse, 27*(7), 793-810. https://dx.doi.org/10.1080/10538712.2018.1477221

Muthen, L. K., et Muthen, B. O. (1998). Mplus [logiciel informatique]. Los Angeles, CA : *Muthén & Muthén.*

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec (Les cahiers de la recherche, 7, Enquête Santé Québec 87). Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000006905.pdf

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58,* 307–321. https://dx.doi.org/10.1002/ jclp.10020

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147*(6), 598-611.

Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M.-L., et Chaudieu, I. (2012). Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Role of trauma exposure and anxiety disorders. PloS one, 7*(6), e39879.

Stephenson, R., Marchand, A., Marchand, L., et Di Blasio, L. (2000). Examination of the psychometric properties of a brief PTSD measure on a French-Canadian undergraduate population. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 29, 1-9. https://dx.doi.org/10.1080/0284571007500 66414

Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment, 16*(2), 79-101. https://dx.doi.org/10.1177/1077559511403920

Yancey, C. T., et Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*(6), 410-421.https://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2010.07.003

Windle, G., Bennett, K. M., et Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes, 9*(1), 1-18. http://www.hqlo.com/content/9/1/8

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., et Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders, 126*(3), 411-414. https://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009

Zajac, K., Ralston, M. E., et Smith, D. W. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse & Neglect, 44*, 66-75. https://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.011.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'approbation du comité éthique

UQÀM CIEREH
Université du Québec à Montréal

Le 20 novembre 2019
Martine Hébert
Professeure
Département de sexologie

Objet : Modification apportées au projet
Titre du projet : *Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et résilience chez les enfants victimes d'agression sexuelle/Development trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse*
No : 135_e_2019 rapport 949
Source de financement : IRSC
Madame,

La présente vise à confirmer l'approbation, au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'ensemble des modifications apportées au projet mentionné en objet. Le présent rapport de modification implique l'ajout de la personne suivante au sein de l'équipe de travail : Arianne Jean-Thorn.

L'approbation de ces modifications est valide jusqu'au **1 mai 2020**.

Le comité vous remercie d'avoir porté à son attention ces modifications et vous prie de recevoir l'expression de ses sentiments les meilleurs.

Le président,

Yanick farmer, Ph. D.
Professeur

Annexe 2 : Formulaire de consentement

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE
14 JUIN 2017
#2012-370
CHU SAINTE-JUSTINE

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

UQÀM
Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et de résilience chez des enfants victimes d'agression sexuelle

(Developmental trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse)

Chercheures: MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, Université du Québec à Montréal
Dr. CLAIRE ALLARD-DANSEREAU, M.D., CHU Sainte-Justine
Dr. ANNE-CLAUDE BERNARD-BONNIN, M.D., CHU Sainte-Justine
MIREILLE CYR, Ph.D., département de psychologie, Université de Montréal

Ce projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par des chercheures de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et de l'Université de Montréal en collaboration avec la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs ainsi que les interventions qui aident les enfants d'âge scolaire et leurs parents à surmonter des événements difficiles (par exemple, une agression sexuelle) et sur l'évolution des enfants sur une période de deux ans. Nous sollicitons la participation des parents et des enfants qui consultent la Clinique de pédiatre socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil ainsi que d'évaluer l'efficacité des interventions offertes. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services adaptés. De plus, le projet vise à explorer l'évolution des profils des enfants sur une période de deux ans.

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend trois volets différents:

1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants

Si vous décidez de participer, votre collaboration et celle de votre enfant à ce volet consistera en quatre entrevues individuelles avec une assistante de recherche qui permettront l'administration de questionnaires. Les questionnaires qui vous seront administrés ont trait à votre situation personnelle, psychologique, familiale et conjugale ainsi que sur le comportement et le développement de votre enfant. Les questionnaires administrés à votre enfant ont trait à son comportement et à son développement. La passation de questionnaires sous forme de jeux et d'images sera enregistrée par voie audio. Ces entrevues sont d'une durée moyenne de 90 minutes pour vous et de 60 minutes pour votre enfant. Vous et votre enfant serez rencontrés à quatre reprises pour une entrevue, soit lors de votre visite à la Clinique, et à environ 6 mois, un an et deux ans suivant la première rencontre. Les entrevues de relance auront lieu à votre domicile ou à l'université, selon votre convenance.

2) Dossier médical du CHU Ste-Justine

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheures accède aux informations contenues dans le dossier médical de votre enfant au CHU Ste-Justine. Cette autorisation ne vous demandera aucune participation supplémentaire. Ce dossier inclut la description détaillée des services reçus et de l'information sur l'évolution psychosociale, et médicale de votre enfant.

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche

Révision: 07.03.2016 - IRSC II / HSJ

3) Collecte de données effectuée auprès de l'enseignant/e

Si vous acceptez, l'enseignant/e sera aussi invité/e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à l'école. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des jeunes enfants qui ont consulté au centre hospitalier au cours des derniers mois, sans préciser le motif de la consultation.

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de votre vie, sur l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants nous permettra de mieux définir les caractéristiques des enfants qui ont été agressés sexuellement, de mieux saisir les besoins d'intervention et d'en adapter les services.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Un possible inconvénient, pour vous et votre enfant, est le temps que vous accorderez pour compléter les questionnaires. Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, l'assistante de recherche vous renseignera après l'entrevue sur les personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile. En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, tels que le rappel des événements traumatisants, des précautions sont prises afin qu'ils soient minimes. En ce sens, à aucun moment nous ne demandons à l'enfant de décrire ce qu'il a vécu. De plus, il est possible de faire une pause, selon les besoins, ou de mettre un terme à l'entrevue si vous ou votre enfant le désirez. Le personnel de recherche est constitué de professionnels formés au niveau collégial ou universitaire dans le domaine de la recherche sociale ou d'étudiantes de niveau universitaire inscrites dans un programme d'étude en lien avec le projet de recherche. Ces personnes ont déjà mené des entrevues auprès des enfants et des parents.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Pour éviter votre identification et celle de votre enfant comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière ***entièrement confidentielle***, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la loi sur la Protection de la Jeunesse[i]). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier médical. Seuls l'équipe de chercheures et leurs assistantes auront accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont toutefois tenues au respect de la confidentialité des informations consultées. En plus des chercheures impliquées dans ce projet, des étudiants/es de maîtrise et de doctorat (supervisés/es par ces chercheures) pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique des données dénominalisées. Ainsi, ces données pourraient faire l'objet d'une utilisation secondaire, ce qui ne permettrait d'aucune façon l'identification des participants/es. Les résultats des recherches effectuées avec ces données ne permettront pas non plus d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans des articles de revues scientifiques, des présentations lors de congrès et colloques, et des mémoires (maîtrise) et thèses (doctorat). Les questionnaires, les informations recueillies dans le dossier médical et les enregistrements audio seront conservés sous clé dans les locaux de la chercheure principale (Martine Hébert - UQAM) et les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs/es associés/es au projet et le personnel de recherche. Ces documents seront détruits 5 ans après la dernière entrevue. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'organisme subventionnaire pourront avoir accès aux données.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURES

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à vous-même ou à votre enfant.

[i] Article 39. Toute personne qui a un motif raisonnable de croire qu'un enfant est victime d'abus sexuels ou de mauvais traitements physiques, est tenue de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche

COMPENSATION
Si vous acceptez de compléter les questionnaires, une compensation d'ordre monétaire de 20$ vous sera remise lors de chaque rencontre pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage que pourrait entraîner votre participation.

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?
Non. La participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous et votre enfant êtes entièrement libres de participer ou non en partie ou en totalité aux différents volets du projet. Vous êtes également libre d'accepter ou non que votre enfant participe. Vous êtes libre de vous retirer du projet ou de retirer votre enfant à tout moment et qu'alors toutes les données recueillies vous concernant seront détruites. Sachez que la décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien les services reçus au CHU Sainte-Justine.

PERSONNES DISPONIBLES POUR RÉPONDRE À VOS QUESTIONS:
Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous:

Martine Hébert, Ph.D. Professeur titulaire au département de sexologie, UQAM	(514) 987-3000 (poste 5697)
Dr. Claire Allard-Dansereau, M.D. CHU Sainte-Justine	(514) 345-4866
Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D. CHU Sainte-Justine	(514) 345-4866

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine. Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude ou une plainte à formuler, veuillez contacter la conseillère à la clientèle du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.

Ce projet a également été revu et approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR). Si vous avez des questions au sujet de vos droits à titre de participant ou de tuteur légal d'un enfant participant à ce projet, vous pouvez également faire valoir votre cas auprès de la présidente du CIÉR, Madame Maria Nengeh Mensah (514) 987-3000 (poste 1723) ou par courriel: mensah.nengeh@uqam.ca.
Ces démarches visent à assurer la protection des participantes et participants.

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT - SIGNATURES

En signant le présent formulaire, je certifie que:

- J'ai lu le formulaire d'information et de consentement du projet de recherche ci-haut mentionné.
- J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation et celle de mon enfant.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je peux me retirer ou retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les services qui nous sont offerts.
- Je comprends toutefois que mon enfant demeure libre de se retirer de la recherche en tout temps et sans préjudice.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.

J'accepte librement que mon enfant participe aux quatre entrevues permettant la passation des questionnaires.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte librement de participer aux quatre entrevues permettant la passation des questionnaires.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte que les données recueillies dans le dossier médical de mon enfant soient transmises à l'équipe de chercheures pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte que des informations sommaires soient présentées sous forme de tableau résumé à mon intervenant/e du CHU Sainte-Justine.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte que l'enseignant/e de mon enfant soit invité/e à compléter un questionnaire sur son comportement à chaque temps de mesure qui sera recueilli par l'équipe de recherche. Lors de la collecte des informations, j'ai la possibilité de refuser que l'enseignant/e soit contacté/e. L'enseignant/e ne sera pas informé/e que l'enfant a dévoilé une agression sexuelle.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur

Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moulées) | Consentement du parent/tuteur (Signature) | Date (jj/mm/aaaa)

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées) | Assentiment de l'enfant (Signature) (si capable de comprendre la nature du projet) | Date (jj/mm/aaaa)

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer, mais capable de comprendre la nature de ce projet: ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa) | Âge de l'enfant

SI VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE, VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE:

(____)_____ (____)_____ _____

Téléphone au domicile ☐ **Cellulaire** ☐ **Au travail** **Courriel**

Adresse Numéro Rue Appartement

Municipalité Province Code postal

Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) | Lien du contact avec le parent | (____)_____ # de téléphone

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) | Lien du contact avec le parent | (____)_____ # de téléphone

J'ai expliqué au participant et/ou à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (Lettres moulées) | Signature de la personne qui a obtenu le consentement | Date (jj/mm/aaaa)

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche

Révision: 07.03.2016 - IRSC II / HSJ

Annexe 3 : Version francophone de l'échelle de résilience CD-RISC-10 (Campbell-Sills et al., 2007)

(0, Pas du tout vrai; 1, Rarement vrai; 2, Quelquefois vrai; 3, Souvent vrai; 4, Presque toujours vrai)

Indiquez jusqu'à quel point chaque énoncé est vrai en vous référant au dernier mois.

1. **Capacité de s'adapter face aux changements**	0 1 2 3
2. **Gérer tout ce qui arrive.**	0 1 2 3
3. **Tenter de voir le coté humoristique des choses face à des problèmes.**	0 1 2 3
4. **Gérer le stress rend plus fort.e.**	0 1 2 3
5. **«Rebondir» après différentes épreuves.**	0 1 2 3
6. **Croire en l'atteinte d'objectifs, malgré les obstacles.**	0 1 2 3
7. **Sous la pression, rester concentré.e et réfléchir clairement.**	0 1 2 3
8. **L'échec ne décourage pas facilement.**	0 1 2 3
9. **Se considérer comme une personne forte face aux défis et difficultés de la vie.**	0 1 2 3
10. **Capacité de gérer les émotions désagréables ou douloureuses.**	0 1 2 3

Annexe 4 : L'indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ; Ilfeld, 1976)

(0, Jamais; 1, De temps en temps; 2, Assez souvent; 3, Très souvent)

Au cours de la dernière semaine…

1. **Vous êtes-vous senti.e désespéré.e en pensant à l'avenir ?**	0 1 2 3
2. **Vous êtes-vous senti.e seul.e ?**	0 1 2 3
3. **Avez-vous eu des blancs de mémoire ?**	0 1 2 3
4. **Vous êtes-vous senti.e découragé.e ou avez-vous eu les «bleus» (moments de déprime / de chagrin) ?**	0 1 2 3
5. **Vous êtes-vous senti.e tendu.e ou sous pression ?**	0 1 2 3
6. **Vous êtes-vous mis.e en colère contre quelqu'un ou quelque chose ?**	0 1 2 3
7. **Vous êtes-vous senti.e ennuyé.e ou peu intéressé.e par les choses ?**	0 1 2 3
8. **Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?**	0 1 2 3
9. **Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?**	0 1 2 3
10. **Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti.e sur le point de pleurer ?**	0 1 2 3
11. **Vous êtes-vous senti.e agité.e ou nerveux.se intérieurement ?**	0 1 2 3
12. **Avez-vous eu envie de critiquer les autres ?**	0 1 2 3
13. **Vous êtes-vous senti.e facilement contrarié.e ou irritable ?**	0 1 2 3
14. **Vous êtes-vous fâché.e pour des choses sans importance ?**	0 1 2 3

Annexe 5 : Version francophone de l'échelle de stress post-traumatique (MPSSR; Falsetti et al., 1993)

Fréquence. (0, Pas du tout; 1, Une fois par semaine ou moins / un peu / de temps en temps; 2, 2 à 4 fois par semaine / assez / la moitié du temps; 3, 5 fois ou plus par semaine / beaucoup / presque toujours)
Sévérité. (0, Pas du tout perturbant; 1, Un peu perturbant; 2, Modérément perturbant; 3, Beaucoup perturbant; 4, Extrêmement perturbant)

Veuillez lire chaque énoncé et indiquer la fréquence et la sévérité des symptômes ressentis au cours des deux dernières semaines en vous référant à l'agression sexuelle dévoilée par votre enfant.

	Fréquence	**Sévérité**
1. **Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles qui reviennent régulièrement ou intrusifs concernant le dévoilement de l'AS ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
2. **Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des mauvais rêves ou des cauchemars qui reviennent régulièrement concernant le dévoilement de l'AS ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
3. **Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre le dévoilement de l'AS, d'avoir un «flashback», d'agir ou de sentir que celle-ci se produisait ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
4. **Avez-vous été perturbé.e et continuez-vous d'petre perturbé.e de façon intense émotionnellement lorsque vous vous rappelez le dévoilement de l'AS ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
5. **Avez-vous eu des réactions physiques intenses (par exemple, sueurs, palpitations) lorsque vous vous rappelez le dévoilement de l'AS ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
6. **Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés au dévoilement de l'AS ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
7. **Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent le dévoilement de l'AS ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
8. **Y'a-t-il des aspects importants du dévoilement de l'AS dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
9. **Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
10. **Vous êtes-vous senti.e détaché.e ou coupé.e des gens autour de vous ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
11. **Avez-vous senti que votre capacité è ressentir vous émotions a diminué (par exemple, incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotions, incapacité de pleurer lorsque triste) ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4

12. **Avez-vous perçu que vos plans ou espoirs face au futur ont changé en raison du dévoilement de l'AS (par exemple, vous n'avez plus de projets de carrière, de mariage, de longue vie) ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
13. **Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous endormir ou à rester endormi.e ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
14. **Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porté.e à éclater ou à avoir des excès de colère ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
15. **Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
16. **Êtes-vous excessivement en état d'alerte (par exemple, vérifier qui est autour de vous, etc.) ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4
17. **Avez-vous été plus nerveux.se, plus facilement éffrayé.e ?**	0 1 2 3	0 1 2 3 4

Annexe 6 : Version francophone de l'échelle de Family Empowerment Scale (FES; Koren et al., 1992)

(0, Fortement en désaccord; 1, En désaccord; 2, Ni en désaccord, ni en accord; 3, En accord; 4, Fortement en accord)

Voici une liste d'énoncés qui décrivent comment un parent peut se sentir et agir. Pour chacun d'eux, cochez la case qui vous décrit le mieux.

1. **J'ai confiance en ma capacité d'aider mon enfant à grandir et à se développer.**	0 1 2 3 4
2. **Je sais quoi faire quand un problème arrive à mon enfant.**	0 1 2 3 4
3. **Je pense que je suis capable de régler les problèmes qui peuvent survenir à mon enfant.**	0 1 2 3 4
4. **Je fais des efforts afin d'apprendre de nouvelles façons d'aider mon enfant à grandir et à se développer.**	0 1 2 3 4
5. **Je crois que je suis un bon parent.**	0 1 2 3 4
6. **Je sens que j'aurais dû être capable de prévenir l'agression sexuelle.**	0 1 2 3 4
7. **Je me sens responsable de l'agression sexuelle qu'à vécue mon enfant.**	0 1 2 3 4
8. **Je m'en veux de ne pas avoir su ce qui se passait avant.**	0 1 2 3 4
9. **J'essaie d'aider mon enfant à vivre avec ce qui lui est arrivé.**	0 1 2 3 4
10. **Si mon enfant a besoin de parler de l'agression sexuelle, je l'encourage à me dire comment il se sent.**	0 1 2 3 4
11. **Quand j'ai su ce qui est arrivé, j'ai tout fait pour aider mon enfant.**	0 1 2 3 4
12. **J'ai assuré à mon enfant que je serai là pour lui.**	0 1 2 3 4