

## DES PÈRES NON AGRESSEURS FACE AU DÉVOILEMENT D'UNE AGRESSION SEXUELLE PAR LEUR ENFANT : CHOC, RUPTURE ET SOUTIEN<sup>1</sup>

Marie-Alexia Allard, Mireille Cyr et Mylène Fernet

### Problématique

L'abondante littérature relative aux agressions sexuelles envers les enfants démontre que ce phénomène a fait l'objet, au cours des 30 dernières années, de nombreuses recherches scientifiques. En effet, être victime d'une agression sexuelle (AS) durant l'enfance est un facteur de risque souvent associé à des troubles psychologiques sévères à court et à long terme (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993 ; Putnam, 2003). Il convient alors pour les chercheurs et les praticiens de s'intéresser aux facteurs de protection qui pourraient diminuer les séquelles psychologiques des enfants victimes d'AS. Dans le cadre d'une recension des écrits scientifiques portant sur les réactions des parents à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant, Elliott et Carnes (2001) concluent que le soutien parental est généralement associé à une meilleure santé mentale chez les enfants victimes de violence sexuelle. Ils ajoutent qu'il est important de tenir compte du traumatisme secondaire que peuvent vivre les parents à la suite du dévoilement de l'AS vécue par leur enfant, puisque la détresse psychologique peut influencer la capacité à soutenir leur enfant.

Toutefois, les connaissances acquises dans ce domaine sont le plus souvent obtenues auprès des mères. Cette quasi-absence d'études portant spécifiquement sur les pères d'enfant victime d'AS s'appuie sur le postulat selon lequel les agressions sexuelles sont plus souvent commises par le père. Or, la plus récente étude d'incidence au Québec a révélé que seulement 16 % des cas d'agression sexuelle envers les enfants impliquent un inceste père-fille (Tourigny et al., 2002). En d'autres termes, dans 84 % des cas, le père pourrait jouer un rôle significatif dans l'adaptation psychologique, sociale et physique de son enfant à la suite de cette agression. Ainsi, il apparaît nécessaire et pertinent de s'intéresser davantage au vécu et au rôle du père dans un contexte d'AS.

---

1. Pour citer ce chapitre : Allard, M.-A., Cyr, M., & Fernet, M. (2011). Des pères non agresseurs face au dévoilement d'une agression sexuelle par leur enfant : Choc, rupture et soutien. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 138-164). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

## **Objectifs et contexte de l'étude**

L'objectif général de ce chapitre consiste à décrire le vécu de pères non agresseurs ayant un enfant victime d'agression sexuelle sous l'angle de leurs réactions au dévoilement de l'AS et du soutien spécifique à l'AS offert par les pères.

## **Prévalence et incidence des agressions sexuelles**

Les résultats d'une enquête portant sur la prévalence et les conséquences à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance révèlent qu'un adulte québécois sur six (16 %) indique avoir vécu de la violence sexuelle pendant son enfance, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans. Plus précisément, 22 % des femmes et 10 % des hommes rapportent avoir été victimes de sévices sexuels dans leur enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Dans le cadre d'une recension des écrits sur la prévalence de l'AS aux États-Unis, Putman (2003) fait état de taux comparables, puisque 12 à 35 % des femmes et 4 à 9 % des hommes rapportent avoir vécu une AS pendant l'enfance. Par ailleurs, chez les enfants québécois, le taux d'incidence des agressions sexuelles jugées fondées indique que sur 1000 enfants, 4,3 filles et 1,7 garçon sont victimes d'AS (Tourigny et al., 2002). L'ampleur du phénomène soutient la pertinence de s'intéresser aux conséquences des AS sur la santé mentale des enfants ainsi qu'aux facteurs susceptibles de favoriser leur bien-être.

## **Conséquences des AS sur les enfants**

L'agression sexuelle durant l'enfance est un événement complexe et traumatisant pouvant entraîner des conséquences au plan psychologique chez les victimes à court, moyen et long terme. De nombreuses recherches se sont penchées sur les conséquences de l'AS sur les enfants. Plusieurs symptômes témoignant de problèmes intériorisés (par exemple : sentiments dépressifs, anxiété, plaintes somatiques, retrait social et syndrome de stress post-traumatique) et de problèmes extériorisés (par exemple : comportements agressifs et sexualisés, abus de substance) ont été observés chez les enfants victimes d'AS (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, et al., 1991, 1992; Briere & Elliott, 1994; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Kendall-Tackett, et al., 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003).

Ces troubles, aux manifestations multiples (Webster, 2001), sont graves par la souffrance qu'ils engendrent chez les enfants victimes d'AS. Toutefois, certains facteurs peuvent moduler la sévérité des symptômes tels que les caractéristiques de l'agression (par exemple : durée et sévérité des gestes sexuels vécus, relation entre la victime et l'agresseur, violence associée), l'état de santé psychologique de l'enfant avant l'agression, le fonctionnement familial des victimes et les stratégies d'adaptation (coping) utilisées pour faire face à la situation (Beitchman et al., 1991; Briere & Elliott, 1994; Elliott & Briere, 1992; Kendall-Tackett et al., 1993; Thériault, Cyr, & Wright, 2003;

Wright, Lussier, Sabourin, & Perron, 1999). Parmi ces facteurs, le soutien parental, et plus particulièrement celui offert par la mère, peut jouer un rôle crucial facilitant l'ajustement de la victime (Cyr et al., 2002).

### **Réactions parentales à la suite du dévoilement**

Apprendre que son enfant a été victime d'AS est une expérience bouleversante et un facteur de stress important (Elliott & Carnes, 2001). Les parents réagissent de différentes manières à cette situation inattendue. La détresse psychologique, le trouble de stress post-traumatique et la dépression font partie des difficultés les plus souvent rapportées dans les études sur le sujet (Elliott & Carnes, 2001). Les parents d'enfants victimes d'AS rapportent significativement plus de symptômes de détresse psychologique que les parents qui n'ont pas un enfant victime d'AS (Kelley, 1990; Manion et al., 1996). Concernant les symptômes de stress post-traumatique, Dyb et ses collaborateurs (2003) mettent en évidence que 33,3 % des parents rapportent des niveaux élevés de symptômes intrusifs et 25,6 % des niveaux élevés de symptômes d'évitement quatre ans après le dévoilement de l'AS. Les réactions des parents à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant s'apparentent à un traumatisme secondaire (Banyard, Williams, & Siegel, 2004; Manion et al., 1996; Runyan et al., 1992).

**Réactions maternelles.** Plusieurs études ont confirmé qu'une proportion élevée des mères d'enfants victimes d'AS (entre 43,5 % et 65 %) signalent la présence de symptômes de détresse psychologique importants à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant (Cyr, McDuff, & Wright, 1999; Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999; Hébert, Daigneault, Collin-Vézina, & Cyr, 2007; Kelley, 1990; Newberger, Gremy, Wateraux, & Newberger, 1993). De plus, Manion et al. (1996) démontrent que les mères des enfants victimes d'AS présentent un niveau de détresse psychologique plus élevé que les mères dont les enfants n'ont pas d'antécédents d'AS.

**Réactions paternelles.** Seulement deux études se sont intéressées spécifiquement à la santé mentale des pères d'enfants victimes d'AS (Kelley, 1990; Manion et al., 1996). Ces pères semblent vivre davantage de détresse psychologique que les pères dont les enfants n'ont pas d'antécédents d'AS (Manion et al., 1996). De plus, bien que Kelley (1990) ainsi que Manion et al., (1996) mettent en évidence le fait que les mères expérimentent davantage de symptômes de stress post-traumatique que les pères, seul Kelley (1990) souligne que les pères vivent davantage de détresse émotionnelle associée à des symptômes dépressifs que les mères.

Notons que les résultats de ces études sur la détresse psychologique des parents à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant doivent être interprétés avec prudence. En effet, les méthodologies utilisées ne permettent pas de déterminer si ces symptômes sont directement imputables au traumatisme vécu par leur enfant (Cyr, Zuk, & Payer, sous presse). D'autres facteurs, comme être sans emploi, vivre un deuil, être en instance de séparation ou de divorce ou encore avoir été victime de mauvais traitements

pendant l'enfance ou à l'âge adulte peuvent également avoir une influence sur la santé mentale des parents d'enfants victimes de violence sexuelle. Toutefois, il est important de garder en tête que les parents d'enfants victimes d'AS représentent une population fragile et vulnérable, et qu'une proportion importante d'entre eux peut souffrir, entre autres, de symptômes anxio-dépressifs et de stress post-traumatique. Il est donc important de tenir compte du traumatisme secondaire que peuvent vivre les parents après le dévoilement de l'AS vécue par leur enfant, et ce, d'autant plus que la détresse psychologique peut influencer la capacité à soutenir l'enfant (Elliott & Carnes, 2001).

### **Soutien parental et adaptation de l'enfant**

Les parents peuvent être considérés comme un facteur de protection appartenant à l'environnement familial de l'enfant (Spaccarelli, 1994). Par leur soutien, les parents jouent un rôle primordial dans le fonctionnement psychologique de leur enfant, en augmentant leurs capacités à faire face au traumatisme et en les protégeant des effets négatifs sur la santé physique et mentale (Cutrona & Russell, 1990). Ainsi, les parents peuvent être des facteurs de protection qui contribuent à la diminution des séquelles psychologiques des enfants victimes d'AS.

**Soutien maternel.** Habituellement, c'est la mère qui reçoit en premier les confidences de l'enfant victime d'agression sexuelle (Hooper, 1992). Les réactions d'une mère face à un enfant qui dévoile une AS sont d'une importance capitale. Les premières études sur le soutien maternel et l'ajustement des victimes d'AS proposaient une définition unidimensionnelle opérationnalisée en une question afin de mesurer si les mères croient ou non leur enfant après le dévoilement (Sirles & Franke, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1997). À présent, les recherches dans ce domaine souhaitent évaluer différentes dimensions du soutien parental. Thériault et al. (1997) distinguent deux catégories de soutien dans le domaine des AS.

La première catégorie renvoie au soutien maternel en réponse au dévoilement de l'agression. Le soutien maternel spécifique à la situation d'AS tient compte des dimensions suivantes : croire les allégations de l'enfant, le protéger de l'agresseur, contacter des services professionnels pour lui venir en aide et lui apporter un soutien émotif (Cyr et al., 2002; Everson, et al., 1989; Heriot, 1996; Thériault et al., 1997). Thériault et al., (2003) ont mis en évidence que le soutien émotif de la part de la mère (par exemple, la disponibilité maternelle permettant l'expression du vécu de l'AS subie par l'enfant sans le blâmer) est une dimension importante lors du dévoilement de l'AS, puisqu'il permet une réduction des symptômes d'anxiété. Alaggia (2002), dans une étude qualitative réalisée auprès de 10 mères d'enfants ayant subi une AS, insiste également sur l'importance du soutien émotif en réponse au dévoilement, c'est-à-dire l'importance que la mère reconnaisse la sévérité de la situation d'agression et la détresse psychologique de l'enfant.

Thériault et al. (2003, p. 1293) concluent après l'examen de plusieurs recherches que la deuxième catégorie de soutien est généralement définie « par le niveau d'affection ou d'acceptation exprimé et l'aide apportée lorsque l'enfant vit une difficulté ». Ce soutien n'est pas spécifique à la situation d'agression, il réfère donc à un soutien maternel général (Thériault et al., 2003). Le soutien maternel général semble correspondre à deux des dimensions du modèle de Cutrona et Russell (1990), soit l'aide tangible et le soutien émotif. L'aide tangible (instrumentale et matérielle) consiste à rendre des services et à fournir une aide matérielle et concrète. Le soutien émotif peut être considéré comme l'expression d'affects positifs, de sentiments de réassurance et de réconfort lors d'événements de vie difficiles. Puisque l'AS est un événement à la fois indésirable et incontrôlable, le soutien émotif apparaît comme une dimension primordiale dans le soutien apporté par le parent à son enfant victime d'AS. Alaggia (2002) souligne qu'il existe un manque de clarté et de précisions dans la conceptualisation du soutien dans le domaine des AS. Par conséquent, certaines des mesures utilisées pour évaluer le soutien social ne sont pas toujours adaptées et ne reflètent peut-être pas toutes les dimensions de ce construit (Thériault et al., 1997).

De nombreux articles scientifiques démontrent les effets généralement positifs du soutien social sur la santé psychologique et physique d'un individu (Bruchon-Schweitzer, 2002). En effet, le soutien social, et en particulier le soutien social perçu, contribue à diminuer l'apparition de différents problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété ou encore les tentatives de suicide (Bruchon-Schweitzer, 2002). Dans le domaine des AS, l'effet protecteur du soutien social est scientifiquement reconnu. Dans le cadre de leur synthèse des écrits portant sur le soutien social et les conséquences d'une agression sexuelle, Billette, Guay et Marchand (2005) rapportent plusieurs résultats de recherches mettant en évidence l'importance des réactions de l'entourage sur l'ajustement des adultes victimes d'agression sexuelle. Plus précisément, Ullman (1999) indique que ce sont les réactions négatives comme blâmer la victime ou ne pas la croire qui ont le plus d'effets dévastateurs sur la santé psychologique des victimes. Une méta-analyse récente (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003) met en évidence que le soutien social perçu après un traumatisme comme une agression sexuelle est un facteur important dans l'apparition des symptômes de stress post-traumatique. Par ailleurs, le conjoint des adultes victimes d'AS apparaît comme une personne clé dans le rétablissement des victimes (Billette et al., 2005).

Concernant la violence sexuelle à l'endroit des enfants, de nombreux chercheurs s'entendent pour dire que le soutien maternel contribue à la santé mentale des enfants victimes d'AS et qu'il constitue un facteur essentiel dans leur adaptation à court et à long terme (Adams-Tucker, 1982; Elliott & Carnes, 2001; Esparza, 1993; Heriot, 1996; Johnson & Kenkel, 1991; Kendall-Tackett et al., 1993; Morrison & Clavenna-Valleroy, 1998; Pellegrin & Wagner, 1990; Thériault et al., 1997; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999; Ullman, 2003). Le soutien maternel est associé à des taux moins élevés de détresse psychologique (Goodman, et al., 1992), et plus particulièrement à moins

de symptômes dépressifs et anxieux, moins de troubles de comportements ainsi qu'à un niveau plus élevé de compétences sociales (Adams-Tucker, 1982; Feiring, Taska, & Lewis, 1998; Spaccarelli & Fuchs, 1997; Spaccarelli & Kim, 1995). Inversement, les enfants victimes de sévices sexuels qui reçoivent peu de soutien maternel présentent davantage de troubles intériorisés, et particulièrement des symptômes dépressifs et anxieux (Spaccarelli & Fuchs, 1997).

**Soutien paternel.** Dans leur recension des écrits sur le rôle du père, Cyr et Allard (sous presse) remarquent que le peu de connaissances à l'égard du rôle des pères comme facteur de protection ne se limite pas au domaine de l'agression sexuelle et des autres mauvais traitements envers les enfants, mais traduit un état plus général de la littérature scientifique où les pères sont encore peu représentés. Dans leur analyse de la documentation scientifique portant sur les contributions des influences parentales à la psychopathologie des enfants, Phares et Compas (1992) observaient que 26 % des résultats des études publiées entre 1984 et 1992 analysaient séparément les effets maternels et paternels, et seulement 1 % des résultats des études étaient basés uniquement sur le père. Cette situation a peu changé au cours des dernières années, puisqu'en 2006, Cassano, Adrian, Veits et Zeman rapportaient une proportion similaire d'études où les données des mères et des pères sont analysées séparément (28 %), et toujours seulement 1 % des études portant exclusivement sur les pères. Ces résultats suggèrent donc que les études portant spécifiquement sur les pères comme facteurs de protection continuent d'être peu nombreuses encore aujourd'hui.

Dans le domaine spécifique des agressions sexuelles, le rôle du père est encore moins documenté. À notre connaissance, quatre études seulement ont documenté spécifiquement le soutien du père et son impact pour l'enfant agressé sexuellement. Guelzow, Cornett et Dougherty (2002) ont réalisé une étude rétrospective auprès d'un échantillon de 188 étudiantes, âgées en moyenne de 21 ans. Vingt-trois pour cent des étudiantes ont mentionné avoir été victimes d'AS pendant leur enfance. Les résultats obtenus démontrent, entre autres, que l'utilisation de stratégies d'adaptation (coping) centrées sur l'émotion (par exemple, l'auto-accusation) agit en tant que médiateur de la relation entre le soutien paternel et l'estime de soi chez les étudiantes victimes d'AS dans l'enfance. En d'autres termes, le fait de percevoir peu de soutien paternel favorise l'utilisation de stratégies centrées sur l'émotion, lesquelles diminuent l'estime de soi. Schreiber et Lyddon (1998) observent que la perception des soins et de l'implication paternelle des survivantes d'AS était associée à moins de symptômes à l'âge adulte. Toutefois, ces deux études présentent des lacunes méthodologiques, dont un biais rétrospectif important qui limite l'interprétation et la généralisation des résultats. L'étude prospective de Waterman et Kelly (1993), menée auprès de 82 enfants agressés sexuellement, démontre que les enfants présentent davantage de symptômes anxieux lorsque le père offre peu de soutien à l'enfant. Dans leur étude prospective auprès de 79 enfants agressés sexuellement, Parent-Boursier et Hébert (sous presse) observent que la perception de la sécurité d'attachement à la figure paternelle, c'est-à-dire le

fait que l'enfant perçoive son père comme disponible et attentif à lui, contribue à la prédiction des comportements intériorisés. De plus, les mêmes auteurs mettent en évidence dans cette étude que le père contribue de façon positive à l'estime de soi des enfants victimes d'AS.

La majorité des recherches ont prioritairement porté sur les réactions des mères et le soutien maternel offert aux enfants victimes d'agression sexuelle. Par conséquent, les connaissances sur le vécu et le rôle du père non agresseur auprès de son enfant sont à peu près inexistantes. Malgré ce manque de connaissances, retenons que le soutien paternel contribue à l'amélioration de l'estime de soi des victimes d'AS dans l'enfance ainsi qu'à la diminution des symptômes d'anxiété, et que les pères, tout comme les mères, sont affectés psychologiquement par le dévoilement de l'AS de leur enfant. Ainsi, il apparaît nécessaire et pertinent de s'intéresser au père dans un contexte d'AS. La présente étude tentera d'apporter sa contribution à ce domaine peu exploré.

### **Méthodologie**

Au regard des objectifs de la présente recherche et de l'état d'avancement des connaissances actuelles dans ce domaine, nous privilégions un devis de recherche qualitatif. La méthodologie qualitative permettra d'explorer le vécu des pères face à l'AS de leur enfant dans ses multiples facettes, ses dynamiques et sa complexité.

### **Participants**

Les pères d'enfants victimes d'AS constituent la population cible de la présente étude. Une démarche d'échantillonnage de type théorique a été privilégiée. Cette stratégie d'échantillonnage permet de sélectionner un groupe d'individus en raison de leur pertinence théorique à l'égard de l'objet d'étude et non à des fins de représentativité de la population étudiée (Laperrière, 1997). Le choix d'un échantillonnage approprié à l'objet d'étude permet d'assurer la crédibilité des résultats (Drapeau, 2004). La présente recherche cible des pères biologiques non agresseurs âgés de plus de 18 ans, d'origines ethniques diverses et capables de s'exprimer en français. Les pères devaient avoir un enfant (garçon ou fille) victime d'AS extra ou intrafamilial âgé entre 4 et 12 ans et avoir vécu le dévoilement de l'AS. Dans le contexte de cette recherche, l'agression sexuelle commise envers les enfants peut prendre différentes formes, incluant des gestes allant de l'exhibitionnisme au viol. Elle est définie comme suit :

Un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent(e), portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'agresseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998, p.150).

Des critères d'exclusion ont été appliqués : avoir commis une AS ou une autre forme de maltraitance envers un enfant (physique ou psychologique) et être atteint d'une psychopathologie grave (par exemple, un diagnostic de psychose).

### **Déroulement de la recherche**

Les participants ont été recrutés au Centre d'Expertise Marie-Vincent (CEMV) de Montréal et au Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF) de Gatineau. Ces centres ont pour mission de fournir une aide spécialisée aux enfants victimes d'AS et à leurs familles. Le recrutement a comporté deux étapes : la présentation de la recherche par une intervenante ou une assistante de recherche des centres sollicités et la prise de contact par l'étudiante responsable du projet sur le terrain.

L'intervenante ou l'assistante de recherche étaient chargées de présenter une brève description de l'étude (objectifs, pertinence et confidentialité) au père, puis de lui demander son consentement pour transmettre ses coordonnées personnelles à l'étudiante responsable du projet. Les pères qui ont signé le formulaire ont ensuite été contactés par téléphone afin que la nature de la recherche leur soit expliquée précisément. L'étudiante a proposé aux participants de les rencontrer pour une entrevue individuelle d'une durée approximative de 1 heure 30 minutes. Ils ont été informés que l'entrevue allait être enregistrée sur support audio dans le but de pouvoir retranscrire intégralement et fidèlement leurs propos. Selon leurs disponibilités, les pères ont été rencontrés soit à l'Université de Montréal, soit au CIASF, soit à leur domicile. La participation à cette étude a été faite sur une base strictement volontaire et les pères ont signé un formulaire de consentement précisant les objectifs de ce projet de recherche, sa procédure, ses avantages et ses inconvénients. Il a clairement été indiqué au participant son droit de refuser de participer à l'étude sans aucune répercussion sur les services auxquels la famille a droit. Afin de favoriser la participation et d'indemniser les participants pour les dépenses encourues (frais de déplacement, gardiennage, etc.), une compensation financière de 30 dollars leur a été fournie à la suite de leur collaboration. Les données recueillies ne comportent aucune information nominale concernant le participant ou les personnes qu'il a nommées. Un prénom fictif a été attribué à chaque participant et inscrit sur le questionnaire sociodémographique et le verbatim afin de préserver son identité. Par conséquent, toutes les informations fournies par les participants ont été analysées de façon anonyme et confidentielle et ont été traitées globalement. Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Montréal.

### **Méthode de collecte des données**

Afin de rendre compte de l'expérience des participants, les données ont été recueillies au cours d'entrevues individuelles semi-dirigées. Cette méthode de collecte est particulièrement recommandée lorsqu'il s'agit de s'intéresser à la signification que

les personnes donnent à leurs expériences et d'obtenir une compréhension approfondie d'un phénomène donné (Savoie-Zajc, 2003). Cette technique est donc un instrument d'accès privilégié à l'expérience des participants (Poupart, 1997). Dans le contexte de l'AS, plusieurs auteurs ont également privilégié cette méthode de cueillette de données pour étudier des thèmes comme les trajectoires relationnelles et sexuelles d'adultes victimes d'AS pendant l'enfance (Tardif, Fernet, Proulx-Boucher, & Parent, 2005), le contexte du dévoilement d'une AS (Alaggia, 2004, 2005; Alaggia & Kirshenbaum, 2005; Alaggia & Turton, 2005; Jensen et al., 2005) ou encore le soutien offert par la mère à la suite du dévoilement d'une AS (Alaggia, 2001, 2002; Alaggia & Turton, 2005). Un canevas d'entrevue a été développé à partir de la littérature sur le rôle du père et sur les agressions sexuelles afin de recueillir, auprès des pères, des données pertinentes sur l'objet d'étude. Les thèmes qui ont été abordés en entrevue sont les suivants : le vécu affectif et les réactions paternelles à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle; les réponses et actions pour aider l'enfant à faire face au traumatisme; la perception du rôle de père et de la relation à l'enfant. Un court questionnaire socio-démographique a été administré aux pères des enfants victimes d'AS afin de recueillir des informations descriptives (âge, origine ethnique, statut marital, nombre d'enfants, niveau de scolarité, emploi, revenu familial, âge de l'enfant, niveau de scolarité de l'enfant, type d'agression sexuelle vécue par l'enfant, lien avec l'agresseur, etc.).

### **Analyse des données**

Les données recueillies lors des entrevues ont fait l'objet d'une analyse de contenu rigoureuse et systématique s'appuyant sur les étapes d'analyse proposées par Van der Maren (2004). La démarche consiste au codage du matériel, à l'examen et au traitement des données codées.

**Le codage.** Afin de comprendre la signification globale des entrevues, une lecture approfondie des transcriptions a été réalisée. Ensuite, la première étape, qui consiste en la codification des données, a permis de découper minutieusement l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial et à qualifier ces « unités de sens » par un mot ou une expression (Paillé, 1994). Nous avons privilégié l'utilisation du codage mixte, dans lequel la liste préalablement formée à partir du cadre théorique et des données recensées dans la littérature scientifique peut être modifiée par l'ajout ou la suppression de nouveaux codes émergeant du matériel (Van der Maren, 2004).

**L'examen des données codées.** Cette étape permet de porter les « unités de sens » à un niveau conceptuel plus large en dégagant les aspects les plus importants du phénomène étudié. Tout au long de cette étape, nous avons mis en relation les données recueillies dans les entrevues et les éléments théoriques émergents en rédigeant des mémos d'analyse. En effet, face à l'importance des réactions affectives, comportementales, cognitives ou encore physiologiques des pères et à leur impact sur la relation père-enfant, nous nous sommes centrés sur les pistes théoriques qui s'y rattachent.

À ce propos, la littérature sur le deuil s'est avérée particulièrement pertinente pour soutenir l'interprétation des données empiriques (Bacqué & Hanus, 2000; Detraux, Di Duca, & Van Cutsem, 2001; Héту, 1989; Zech, 2006). De plus, le modèle sur le soutien spécifique à l'agression sexuelle proposé par plusieurs chercheurs (Cyr et al., 2002; Everson et al., 1989; Heriot, 1996; Thériault et al., 1997) nous a permis d'identifier les différentes dimensions du soutien dans le discours des pères. Afin de coder le matériel recueilli, une approche par phrase ou par paragraphe a été privilégiée, permettant ainsi de mettre en évidence l'idée principale émergeant d'un extrait d'entrevue. Cette méthode permet qu'une unité de sens puisse être présente dans différentes catégories (Bardin, 2003) et considérée selon sa propriété à éclairer l'objet d'étude (Manseau, 1990).

**Le traitement des données codées.** Au cours de cette étape, les thèmes identifiés à l'étape précédente ont été regroupés de façon à pouvoir faire des liens entre eux sous différentes catégories conceptuelles. Les catégories conceptuelles ont été illustrées par les citations correspondantes, extraites du discours des pères.

La codification du matériel empirique a été supportée par le logiciel ATLAS-ti (v5). L'utilisation d'un logiciel adapté permet de traiter les données de manière souple et rapide, tout en maintenant une vision holistique et dynamique de celles-ci (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin 1996).

### **Caractéristiques sociodémographiques**

L'échantillon préliminaire comprend 12 pères âgés de 28 à 50 ans (âge moyen de 36,6 ans, ÉT = 6,8) ayant un ou deux enfants victimes d'agression sexuelle. Neuf des participants sont d'origine québécoise et trois sont de diverses origines (haïtienne, mexicaine et nicaraguayenne). Concernant la composition de la famille des participants, quatre pères sont mariés ou conjoints de fait avec la mère de l'enfant victime. Huit pères sont séparés ou divorcés. Parmi ces pères, la moitié est à la tête d'une famille monoparentale et l'autre moitié vit dans une famille reconstituée. Cinq pères ont la garde principale de leur enfant. Pour deux pères, la garde principale a été attribuée à la mère de l'enfant, et pour un père, la garde de l'enfant est mixte. Au moment de l'étude, sept des participants sont sur le marché du travail, trois sont au chômage, un bénéficie de l'aide sociale et un père est au foyer. Trois pères mentionnent avoir été victimes d'agression sexuelle durant leur enfance ou à l'âge adulte.

Les treize enfants victimes sont âgés de 4 à 13 ans (âge moyen de 8,6 ans, ÉT= 2,9). Dix enfants sont des filles et trois sont des garçons. Les agresseurs étaient des membres de la famille immédiate (n=7), élargie (n= 4) ou encore des personnes connues de la famille (n=2). Dans la présente étude, la sévérité de l'agression est définie selon la codification de Russell (1983). L'AS moins sévère de niveau 1 est une expérience sexuelle qui implique un contact physique sur les vêtements ou une expérience sans contact physique comme l'incitation à une activité sexuelle ou de l'exhibitionnisme.

L'AS sévère de niveau 2 est une expérience sexuelle qui implique un contact physique sous les vêtements mais sans pénétration ou force, comme des caresses ou des frottements. Enfin, l'AS très sévère de niveau 3 implique un contact physique avec pénétration digitale, orale ou anale. Concernant le niveau de sévérité de l'agression sexuelle vécue par les enfants de cette étude, une AS a été considérée comme moins sévère, trois comme sévères et neuf comme très sévères.

## Résultats

Le contenu des 12 entrevues, réalisées auprès de pères ayant un enfant victime d'AS, a été regroupé en trois catégories conceptuelles principales :

1. Vivre le dévoilement de l'AS de son enfant : une épreuve douloureuse et souffrante ;
2. Le dévoilement : une rupture dans la relation père-enfant ;
3. Au-delà de la rupture : croire, protéger, soutenir et aider son enfant à faire face à l'AS.

Les catégories conceptuelles apparues au cours de l'analyse seront illustrées par des citations significatives issues du discours des participants. Dans le but d'alléger le texte, seuls quelques extraits seront présentés. Par conséquent, le nombre de citations insérées dans le texte ne correspondra pas systématiquement au nombre de pères ayant exprimé un vécu, un ressenti ou encore un point de vue.

### 1. Vivre le dévoilement de l'AS de son enfant : une épreuve douloureuse et souffrante

Cette première catégorie regroupe les réactions affectives, cognitives et comportementales des pères autour du dévoilement de l'AS par leur enfant. Ainsi, elle met en lumière la variabilité des réactions paternelles, témoignant très souvent d'un vécu traumatique associé à un retentissement psychologique sur la vie relationnelle, professionnelle, conjugale ou encore familiale des pères ayant participé à cette étude.

#### Des pères affectés : choc, détresse, culpabilité et colère

**Le choc : des pères bouleversés.** Il apparaît dans le discours paternel que le dévoilement de l'AS est un moment de choc, source la plupart du temps d'une certaine sidération et confusion. En effet, apprendre que son enfant a été victime d'AS est un événement dramatique, vécu douloureusement par les pères. À la suite du dévoilement, tous les pères interrogés racontent l'intensité du choc ressenti. Pour certains pères, l'annonce du dévoilement s'apparente à l'annonce du décès de leur enfant. Xavier, père d'une fillette de 5 ans, évoque avec émotion son ressenti lors du dévoilement : « J'me suis senti très bouleversé dans le sens que pour moi, c'était la fin du monde. C'était la chose la plus grave qui aurait pu arriver à mon enfant. Au même titre que la mort ». Pour Octavio, père d'une petite fille de 7 ans, l'annonce du dévoilement

**TABLEAU 1**  
**Caractéristiques des pères et de leurs enfants victimes d'AS**

Père (prénom fictif)	Âge	Origine ethnique	Composition de la famille	Répartition de la garde de l'enfant	Vicime d'AS	Enfant (prénom fictif)	Sexe	Âge	Lien avec agresseur	Niveau de sévérité de l'AS
<b>Richard</b>	32	Québécois	Monoparentale	Garde principale	non	<b>Pauline</b>	F	12	Personne connue	2
<b>Marc</b>	34	Québécois	Intacte	-	non	<b>Élodie</b>	F	4	Membre de la famille immédiate	3
<b>Xavier</b>	33	Haïtien	Monoparentale	Garde principale	non	<b>Léa</b>	F	5	Membre de la famille immédiate	3
<b>Jean-Paul</b>	32	Québécois	Reconstituée	Garde principale	non	<b>Cynthia</b>	F	8	Membre de la famille élargie	1
<b>Guillaume</b>	33	Québécois	Monoparentale	Garde principale	non	<b>Julie</b>	F	10	Membre de la famille immédiate	3
<b>Christian</b>	42	Québécois	Intacte	-	non	<b>Laura</b>	F	10	Membre de la famille élargie	3
<b>Bernard</b>	37	Québécois	Intacte	-	non	<b>Paul</b>	M	5	Personne connue	2
<b>Guy</b>	32	Québécois	Reconstituée	Moitié/moitié	non	<b>Alexandra</b>	F	11	Membre de la famille élargie	2
<b>Pedro</b>	38	Mexicain	Reconstituée	1 jour par semaine chez le père	oui	<b>Cecilia</b>	F	9	Membre de la famille immédiate	3
<b>Octavio</b>	28	Nicaraguayen	Monoparentale	Voit sa fille 1 ou 2 fois par semaine	oui	<b>Bianca</b>	F	7	Membre de la famille immédiate	3
<b>Charles</b>	48	Québécois	Intacte	-	non	<b>Yves</b>	M	13	Membre de la famille élargie	3
					non	<b>Jérémie</b>	M	7	Membre de la famille immédiate	3
<b>Michel</b>	50	Québécois	Reconstituée	Garde principale	oui	<b>Béatrice</b>	F	11	Membre de la famille immédiate	3

implique également une soudaine proximité avec la mort : « Là, quand elle a raconté ça, je le sais pas, on aurait dit qu'on était en train de me dire qu'ils avaient trouvé un corps qui se faisait...qu'ils l'avaient trouvé démembré ».

Diverses manifestations psychologiques propres à un traumatisme sont rapportées par la majorité des pères rencontrés. Les répercussions psychologiques sont décrites en termes de choc émotionnel provoquant un état de sidération. En effet, plusieurs pères disent « être à terre », « être abasourdi », « être détruit » ou encore « s'être effondré » à la suite du dévoilement. Bien que la majorité des pères croit leur enfant, l'état de choc rend difficile l'intégration du dévoilement comme un événement réel. Marc, père d'une fillette de 4 ans victime d'AS par son grand-père paternel, raconte ce moment de confusion et d'hésitation à croire son enfant à la suite duquel il est entré dans un état de choc : « J'avais comme un doute aussi encore, j'tais mêlé entre le doute pis le choc [...], elle a dit "moi j'ai touché au pénis de grand-papa", fait que c'était clair là, fait que là j'étais comme abasourdi ».

Associés à ce choc émotionnel, des symptômes dissociatifs sont rapportés par certains pères, dont Xavier et Octavio : « J'me rappelais des paroles de Léa, le dévoilement... Moi j'étais pas à 100 %, ouais. J'étais chancelant, j'étais loin, moi non plus, rien n'allait plus pour moi là » ; « Juste pour te dire c'était comment dans des moments comme ça, quand tu vois du noir c'est vraiment du noir là [...] Il y avait plus de logique, il y avait plus rien [...] Non, vraiment moi j'étais déjà, mentalement, j'étais déjà comme 4-5 coins de rue plus loin. Physiquement. Ça suivait pas ».

**La colère : des pères enragés.** La majorité des pères évoquent la colère et la rage ressenties lors du dévoilement, comme Octavio : « J'étais comme un chien en cage ». Dans un premier temps, cette colère se manifeste par un besoin de se défouler, de manière physique, de la tension interne, comme en témoignent les discours de Michel et de Richard : « J'ai bûché dans le mur pis j'ai bûché d'aplomb » ; « J'avais le goût de tout casser là, de frapper quelqu'un ». Très rapidement, la colère se dirige contre l'agresseur, et des pensées agressives à son égard font surface. Jean-Paul évoque avec colère ses pensées violentes dirigées contre l'agresseur de sa fille âgée de 8 ans : « S'il avait été devant moi, je le frappais jusqu'à temps que je sois tanné de le frapper. Pis c'était ma première réaction pis je me disais, ben ça va valoir la peine s'il meurt que j'aille faire de la prison parce qu'y recommencera pas, tu sais ».

La moitié des pères ayant participé à l'étude expriment alors leur désir de vengeance envers l'agresseur, comme Octavio : « Je sacre mon camp, je m'en vais le tuer. Je m'en foutais complètement de c'est-tu la bonne chose à faire, la mauvaise chose à faire ». Toutefois, aucun n'est passé à l'acte. La prise de conscience des besoins de leur enfant semble les avoir aidés à se contrôler. Bien que Guillaume se soit rendu au domicile de l'agresseur, il semblerait que le fait de réaliser que sa jeune fille de 10 ans puisse avoir besoin de son soutien l'ait empêché de passer à l'acte : « Juste de rentrer chez eux pis d'y sacrer une bonne volée. C'était plus de se venger tout de suite mais le temps qu'on [passe] à chercher des moyens ou des façons de se venger, on perd

du temps avec l'enfant, tu sais». Le témoignage de Guy reflète également cette lutte entre désir de vengeance et prise de conscience des besoins de l'enfant : « Mais j'avais mon côté diable qui essayait d'empiéter sur mon ange. Mais mon ange l'a remporté là, mais tu sais j'ai eu beaucoup de contrôle [...] Ma fille va avoir besoin de moi probablement plus que jamais, après ou durant le processus ». Ajoutons que plusieurs pères ont trouvé des exutoires pour exprimer sainement leur colère, comme le sport.

Parfois, à la place du désir de vengeance, c'est un sentiment de déception ou encore de trahison qui apparaît lorsque l'agresseur est un membre de la famille immédiate, comme dans la situation de Marc, dont le propre père est l'agresseur de sa petite fille âgée de 4 ans : « Tu te sens vraiment moins que rien, c'était un échec, t'sais tu te fais trahir par ta propre famille ».

**Après le choc et la colère : des pères face à leur détresse émotionnelle.** Lors du dévoilement, les pères sont soumis à un stress de haut niveau et peuvent, à cette occasion, développer des difficultés psychopathologiques variées. En effet, après l'état de sidération consécutif au dévoilement, la moitié des pères racontent avoir ressenti diverses émotions qui s'apparentent à des symptômes anxio-dépressifs pouvant être accompagnés d'un sentiment de vide. Christian, père d'une jeune fille de 10 ans, évoque les sentiments dépressifs suivant le dévoilement : « Ça m'a vraiment mis à terre, j'ai eu beaucoup de culpabilité, énormément de colère, de tristesse, pas d'énergie, aucun plaisir à la vie ». Pour Michel, père d'une préadolescente de 11 ans, la sensation d'étouffement, signe manifeste d'une anxiété envahissante, l'oblige à sortir de son véhicule sur la route entre le poste de police et son domicile : « J'étais en train d'étouffer. C'est comme si quelqu'un me serrait le cou là. Je pouvais pu respirer ». Le sentiment de vide peut également venir s'ajouter aux symptômes anxieux et dépressifs, comme en témoigne le discours de Marc : « J'me sentais vide [...] j'ai atteint le vide, le vide de te sentir inutile dans la société, de te sentir brisé dans ta famille ». Octavio, jeune père de 28 ans, évoque quant à lui avoir eu de la difficulté à exprimer ses émotions durant cette période : « J'étais en train de pleurer comme un malade à l'intérieur là, mais ça ne sortait pas ».

De plus, en lien avec l'anxiété, les difficultés de sommeil (par exemple, insomnie) et les symptômes somatiques (pression dans la poitrine, nausées, etc.) sont fréquemment rapportés chez ces pères. Deux pères, Marc et Octavio, évoquent avoir eu des pensées suicidaires durant la période entourant le dévoilement de l'AS vécue par leurs petites filles, témoignant ainsi de leur profonde détresse et de leur désespoir. « J'vais me tirer une balle » ; « Ce temps-là tu y penses souvent à tout finir là [...] Ce n'est pas facile lutter contre l'envie de t'en sortir. Pis par le suicide... [C'est une solution que vous aviez envisagée pour mettre fin à la douleur que vous ressentiez?] Oui. Oh oui, oui ».

**Un sentiment de culpabilité : « Et si j'avais été plus présent? ».** Certains pères ont exprimé avoir ressenti un sentiment de culpabilité. Ils se sentent responsables de l'agression sexuelle vécue par leur enfant et se font de nombreux reproches, comme Guillaume, qui s'est rendu compte tardivement des AS répétées vécues par sa fille de

10 ans : «Je pense je me serais battu moi-même». Pedro, père d'une jeune fille de 9 ans, évoque également ce sentiment de culpabilité et d'échec de n'avoir pas pu protéger son enfant, qui vivait chez sa mère au moment de l'AS : «Mes émotions sont très fortes, comme si j'avais échoué, j'avais fait une erreur aussi parce que peut-être, peut-être que si Cecilia avait été avec moi, une chose comme ça ne serait jamais arrivée».

### **Des pères préoccupés et profondément blessés dans leur estime de soi**

**Images intrusives : des pères traumatisés.** Chez les participants en proie à une grande détresse émotionnelle, des symptômes de stress post-traumatique sont également rapportés. Plusieurs pères décrivent avoir eu beaucoup de pensées et d'images intrusives au sujet de l'agression vécue par leur enfant. En effet, ils s'imaginent, malgré eux, les actes sexuels vécus par leur enfant. Ces pensées intrusives contribuent à accentuer leur détresse, comme en témoigne le discours de Xavier : «J'essayais toujours d'imaginer l'agression qui s'était passée [...] J'avais des images qui défilaient ou j'avais des pensées négatives tout le temps, tout le temps».

**Diminution de l'estime de soi : des pères blessés.** Pour certains pères, comme Marc, la blessure narcissique est tellement grande que le dévoilement est vécu comme un échec personnel : «C'était vraiment une déception totale. C'était vraiment plus ça qui vient te chercher pis qui vient te rabaisser au plus bas niveau là [...] Moi j'tais rendu un moins que rien là t'sais, c'était rendu ça [...] comme si j'avais échoué ma vie [...] c'est comme un échec carrément, t'sais tu le sens c'est en même temps personnel pis en même temps social».

### **Des pères à la recherche d'aveux et d'explications : confronter l'agresseur de leur enfant**

À la suite du dévoilement, plusieurs pères vont confronter l'agresseur de leur enfant afin d'obtenir un aveu de ce dernier, de comprendre pourquoi une AS a été commise ou encore le menacer ou se venger. Le témoignage de Guillaume illustre cette envie irrépressible de se venger de l'agresseur : «Moi j'étais stationné devant chez-eux pour y faire mal là [...] Moi je voulais guérir [...] Je suis parti tout seul avec mes gants pis une couple d'appareils [...] j'ai pleuré devant sa porte. J'ai resté une demi-heure de temps pis je me battais contre moi-même». Christian a confronté l'agresseur quelques minutes après l'AS de sa fille. Il raconte avoir voulu obtenir des aveux et comprendre pourquoi l'agresseur avait commis de tels gestes envers sa fille âgée de 10 ans au moment de l'agression : «Là je lui ai parlé. Je lui ai demandé pourquoi [...] Là il m'a vraiment dit qu'il avait agressé ma fille. Je lui ai demandé pourquoi. Pis il a pas été capable de répondre. Il s'est juste excusé [...] J'étais pas capable de conduire. Non, je me sentais pas capable, j'étais trop en colère. Là j'ai comme éclaté dans le véhicule».

## **Des pères face aux multiples répercussions du dévoilement sur leur vie professionnelle, conjugale, familiale et sociale**

La majorité des pères mentionnent avoir éprouvé des difficultés professionnelles, conjugales, familiales ou sociales à la suite du dévoilement de l'AS. Par exemple, Marc évoque son arrêt de travail après le dévoilement : « J'ai pu être capable de travailler pendant un mois et demi ». Jean-Paul met davantage l'accent sur les difficultés conjugales ressenties à la suite du dévoilement : « C'est sûr que ça amène certaines frictions [avec ma conjointe] ». Xavier raconte qu'il a restreint ses activités sociales après les aveux de sa petite fille : « En relâchant mes activités personnelles, en coupant, j'gardais mon cercle d'amis mais c'était pas mal limité même que ça soit pour les sorties, pour les activités là c'était tout coupé, tout mon temps je le consacrais qu'à Léa ». Parfois, le dévoilement de l'agression sexuelle arrive à un moment où les pères sont confrontés à diverses difficultés dans leur vie, comme une rupture amoureuse, le deuil d'un proche ou encore une perte d'emploi. L'accumulation de ces événements de vie difficiles plonge les pères dans une grande détresse et favorise un climat familial tendu, comme en témoigne le discours de Bernard : « Une accumulation de plusieurs situations, familiales puis professionnelles qui a faite que là ma bulle, ma balloune a pété là. Puis j'étais pu capable de fonctionner là [durant cinq semaines] ».

### **2. Le dévoilement : une rupture dans la relation père-enfant**

Cette deuxième catégorie conceptuelle regroupe les propos illustrant comment le dévoilement de l'AS contribue à modifier la qualité de la relation père-enfant ainsi que la perception des enfants par les pères. Cette étude s'inspire du concept de « rupture biographique » (Bury, 1982). Le dévoilement de l'AS agirait comme un « élément rupture » dans la trajectoire de vie des pères. Cette notion permet de rendre compte à la fois du choc provoqué par le dévoilement ainsi que des bouleversements suscités dans la relation père-enfant.

La majorité des pères rencontrés signalent que le dévoilement de l'AS marque une rupture dans la relation père-enfant. Certains pères en parlent en termes de « détachement » ou encore de « coupure ». Cette modification dans la relation est en partie liée à la situation de malaise provoquée par l'AS. Le malaise est ressenti par les pères tant au niveau du contact physique avec l'enfant que des soins primaires à prodiguer. Jean-Paul évoque ce malaise lors des jeux avec sa fille : « Ça a changé la façon de jouer avec elle... mettons la chatouiller dans l'intérieur des cuisses. Là j'essaie le moins possible... je me sens un peu mal à l'aise ». Xavier ressent un malaise lors des soins à donner à sa petite fille, tout particulièrement le moment du bain et des toilettes : « Maintenant y'a un malaise qui s'est installé, ça change le contact avec l'enfant ».

En plus d'être confrontés à des changements relationnels avec leurs enfants, les pères doivent faire face au deuil de leur enfant, que l'AS a fait grandir « prématurément », et à la douleur que cela occasionne. Chacun des pères a exprimé à sa manière

ce changement dans la perception de leur enfant. Voici quelques extraits qui illustrent cette douloureuse perception des pères : « Y'a pu la brillance d'innocence que tu vois dans les yeux d'un enfant » (Jean-Paul) ; « Je ne la vois plus comme une petite fille. Elle a vieilli plus vite que prévu [...] Ça fait mal » (Christian) ; « Elle a grandi prématurément, son innocence a été volée » (Xavier).

Comme mentionné précédemment, le dévoilement de l'AS entraîne un malaise dans la relation père-enfant qui contribue à créer une coupure ou encore un détachement entre le père et son enfant. Toutefois, ce détachement semble être également lié à l'état émotionnel des pères à la suite du dévoilement de l'AS. En effet, l'état psychologique des pères joue un rôle important dans l'implication de ces derniers auprès de leur enfant. Les pères les plus affectés décrivent une période suivant le dévoilement durant laquelle ils semblent avoir été moins disponibles et peut-être moins sensibles aux besoins de leur enfant, comme en témoigne le discours de Marc : « Mon rôle de père, y'a été peut-être instable, peut-être que ma fille a pas senti ça nécessairement, mais j'me suis trouvé un peu différent parce que mes pensées étaient ailleurs ». Outre l'état émotionnel, c'est parfois l'attitude de l'enfant qui devient un frein à l'implication, comme dans le cas de Christian, dont la petite fille a rejeté l'aide qu'il souhaitait lui apporter : « Le bout qui m'a fait vraiment mal, c'est ma fille, c'est quand elle m'a mis dans le même paquet que tous les hommes [...] Parce que je suis supposé d'aider pis en réalité je me sentais mis à part. Je me sentais diminué, inutile dans mon rôle de père ». Ainsi, il semblerait que plusieurs facteurs tels que l'état psychologique des pères, le malaise suscité par l'AS et l'attitude de l'enfant puissent contribuer à créer un détachement dans la relation père-enfant.

### **3. Au-delà de la rupture : croire, protéger, soutenir et aider son enfant à faire face à l'AS**

Cette deuxième catégorie conceptuelle regroupe les différentes formes de soutien, spécifiques à l'agression sexuelle et à ses conséquences, telles que rapportées par les pères ayant participé à cette étude. Ainsi, le discours des pères met en évidence le fait que malgré les difficultés psychologiques et relationnelles provoquées par le dévoilement de l'AS, la majorité des pères ayant participé à cette étude croient leur enfant à la suite du dévoilement, le protègent de l'agresseur, le soutiennent émotionnellement et recherchent des services professionnels adaptés à la situation d'abus afin de lui venir en aide.

#### **Croire le dévoilement de l'enfant : entre doute et certitude.**

Les pères, après une courte période de doute et de questionnements, croient les révélations concernant l'AS dont leur enfant a été victime. Tel qu'illustré précédemment, l'état de choc et de confusion provoqué par l'annonce brutale du dévoilement pourrait venir altérer la prise de conscience de la situation d'agression vécue par l'en-

fant, comme en témoignent les propos de Xavier : « Lorsque j'ai appris, j'avais pas y croire [...], ça a pris un bon moment et puis ça a pris plusieurs dévoilements [...] jusqu'à temps qu'à un moment donné, y'a eu un événement qui a fait en sorte que j'avais plus le choix d'y croire ». Pour Christian, c'est lorsque sa petite fille lui explique elle-même l'agression qu'elle vient tout juste de vivre qu'il réalise, sans hésitation, la situation : « Le premier effet c'est je pouvais pas le croire [...] puis elle l'a expliqué dans ses propres mots [...] Et c'était tellement vrai que je pouvais pas ne pas le croire ».

### **Protéger l'enfant de l'agresseur : assumer son rôle d'autorité et mettre des limites.**

La plupart des pères perçoivent qu'ils sont capables de protéger leur enfant de l'agresseur, lui offrant ainsi un sentiment de sécurité, comme le mentionne Guillaume : « Je suis son poteau de sécurité [...] donc tout repose sur moi [...] J'suis son père, y est solide, la sécurité c'est moi ». Protéger son enfant, c'est veiller à ce que des mesures claires soient prises et respectées pour empêcher les contacts entre l'agresseur et l'enfant, comme le démontre l'attitude de Christian : « On s'attend d'eux-autres qu'y respectent juste une chose, c'est que [l'agresseur] soit pas là. [Vous avez mis des limites claires?] Oui. Et à travers toute la famille. ». Protéger son enfant, c'est également exprimer son désaccord vis-à-vis des actes commis. Ainsi, Marc exprime clairement son désaccord à l'égard des multiples agressions sexuelles perpétrées par son père sur sa petite fille de 4 ans : « J'suis le père, ça fait que j'me fermerai pas les yeux. T'sais mon devoir c'est de protéger ». Seul un père, Charles, indique ne pas avoir initié de démarches pour empêcher les contacts avec l'agresseur : « Est-ce que vos enfants le côtoient encore? Une fois de temps en temps ». L'agresseur est un membre de la famille élargie, et la crainte d'un conflit familial semble être la raison qui l'empêche de dévoiler la situation et ainsi protéger ses enfants.

### **Soutenir son enfant : écouter et rassurer, favoriser l'estime de soi et la confiance en soi.**

La plupart des pères offrent du soutien émotif à leur enfant en lui montrant notamment qu'il n'est pas responsable de l'AS : « On essaie d'y faire comprendre que non, c'est pas de sa faute » (Guy). De plus, certains pères se disent présents pour rassurer leur enfant, l'écouter et respecter son rythme et ses besoins d'en parler ou pas, comme l'attestent les propos de Guy : « Si elle a besoin de parler, qu'elle vienne me voir, je veux pas m'avancer puis aller en parler avec elle. Je veux attendre qu'elle soit prête ». Certains pères se disent attentifs à ce que vit l'enfant et l'encouragent à exprimer son vécu relativement à l'AS. Ainsi, Xavier se montre disponible pour écouter et normaliser les émotions vécues par sa fillette : « Je lui demande comment elle se sent dans son petit cœur, comment elle va [...] Je dis : t'as le droit d'être en colère, t'as le droit d'être choquée ». Par ailleurs, le soutien de valorisation à travers les activités père-enfant semble être une manière pour Xavier de soutenir son enfant : « Pour passer au travers, d'en

parler, de se sentir écouté, d'avoir un traitement c'est bien, mais aussi d'essayer de se valoriser, j'lui fais faire des activités pour qu'elle puisse s'accomplir, ça l'aide beaucoup [...] elle est contente, elle est fière, ça lui fait aussi un autre sujet à parler». Le père peut également avoir un rôle primordial à jouer en réintroduisant l'enfant parfois devenu craintif dans le monde extérieur, comme le laissent entendre les propos de Jean-Paul : «l'aider à avancer, à évoluer, à ne pas se refermer sur elle-même [...] à se socialiser avec le monde».

### **Aider son enfant à faire face à l'AS : à la recherche de services professionnels.**

Afin d'aider leur enfant à faire face à l'agression, tous les pères rencontrés dans le cadre de cette étude jouent un rôle actif dans la recherche d'information et de services professionnels, comme le montre le discours de Guillaume : «J'ai pris le maximum d'aide pour ma fille... Le plus de services possible». La plupart des pères s'impliquent dans les rencontres organisées par les différents centres venant en aide aux enfants victimes d'AS et à leurs parents.

### **Discussion**

L'objectif de ce chapitre était de présenter les résultats préliminaires des données recueillies au cours d'entretiens semi-dirigés auprès de pères non agresseurs ayant un enfant victime d'AS. L'impossibilité d'obtenir une saturation empirique en raison du nombre restreint de participants constitue la principale limite de l'étude. Il est donc important de considérer les résultats de cette étude dans le contexte d'une étude exploratoire en cours de réalisation. Toutefois, ces résultats préliminaires permettent d'obtenir certains constats qui seront approfondis par l'inclusion de nouveaux participants.

À l'annonce soudaine du dévoilement de l'AS de leur enfant, les pères vivent en premier lieu un choc psychologique. Le choc est décrit par les pères en termes d'expérience proche de l'annonce du décès d'un enfant, d'état de sidération et de dissociation. Cette première phase de choc est généralement observée à l'annonce du décès d'un proche ou encore à l'annonce d'un diagnostic de maladie grave ou d'un handicap (Bacqué & Hanus, 2000; Detraux, Di Duca, & Van Cutsen, 2001). Bien que l'enfant victime d'AS ne soit pas décédé et que le terme de deuil ne soit pas directement nommé par les pères, les types de réactions qui vont suivre le choc psychologique ainsi que leur enchaînement dans la trajectoire de vie des pères nous amènent à penser qu'ils vivent un processus comparable à celui vécu par les endeuillés. En effet, comme le mentionnent Cyr, Zuk et Payer (sous presse), les parents d'enfants victimes d'AS vivent une «blessure affective profonde» pouvant parfois s'apparenter au processus de deuil que vivent les parents confrontés au décès tragique de leur enfant. Associé à cet état de choc, on retrouve généralement une période de déni de la réalité (Bacqué & Hanus, 2000). Les pères de notre étude ont effectivement eu tendance, pendant une courte

période de temps, à refuser de croire les propos de leur enfant tant l'événement leur semblait improbable. Selon Hétu (1989, p.142), la négation « est une démarche saine dans la mesure où elle agit comme un filtre protecteur permettant un ajustement progressif à la réalité ». Elle permet ainsi de s'adapter à la nouvelle situation que les pères sont en train de vivre. La diminution progressive et rapide du déni amène les pères à reprendre contact avec la réalité. Ils sont alors envahis par un sentiment intense de colère et de rage, tout comme les personnes endeuillées (Zech, 2006). Toutefois, leur colère se dirige vers l'agresseur. Cette colère est associée à un désir de vengeance et à un besoin de confronter l'agresseur afin d'obtenir des aveux ou encore de comprendre pourquoi de tels actes ont été perpétrés sur leur enfant. Le désir de vengeance est probablement sous-tendu par un besoin d'atténuer la douleur et de restaurer l'image d'un père protecteur. En effet, les pères sont atteints à la fois en tant qu'hommes et en tant que pères, puisque l'AS est souvent vécue comme une blessure narcissique et un échec personnel. Progressivement, la plupart des pères sont confrontés à une profonde détresse émotionnelle caractérisée par des sentiments dépressifs réactionnels et de l'anxiété. Ils vivent beaucoup de culpabilité pour ne pas s'être rendu compte plus tôt des sévices subis par leur enfant. La majorité des pères ont vécu une ou plusieurs de ces difficultés durant quelques semaines ou plusieurs mois. Durant cette période, ils sont confrontés à la perte symbolique de l'enfant dit « naïf et innocent ». Effectivement, Bacqué et Hanus (2000, p.3) évoquent qu'« il y a aussi des deuils qui ne sont pas liés à la mort mais à la perte ».

Comme illustré précédemment, le vécu des pères qui apprennent soudainement l'AS dont leur enfant a été victime s'apparente à celui des personnes qui reçoivent le diagnostic d'une maladie grave, par exemple. Selon Pillot (1991), l'annonce de la maladie grave est vécue comme une crise qui bouleverse les repères, les rôles, les relations ou encore les rapports affectifs entre les membres de la famille. Par conséquent, une prise de distance devient nécessaire afin de permettre un rééquilibrage progressif à la nouvelle situation (Scharer, 2003). Lorsque les pères évoquent la présence d'un mouvement de détachement, voire de coupure, dans la relation père-enfant à la suite du dévoilement, nous pouvons faire l'hypothèse que ce mouvement est certainement lié au processus de deuil qui demande aux pères une réadaptation à la suite de cet événement qui s'inscrit soudainement dans leur vie. Compte tenu que la majorité des réactions vécues par les pères ayant participé à cette étude ainsi que leur enchaînement s'apparentent au vécu des personnes endeuillées, la piste théorique du deuil nous apparaît très pertinente et très utile à la compréhension des réactions et des comportements des pères. Elle devra faire l'objet d'une analyse plus approfondie et plus détaillée.

Malgré la souffrance ressentie et la perception d'une coupure dans la relation avec l'enfant, la majorité des pères ayant participé à cette étude rapportent avoir joué un rôle actif auprès de leur enfant victime d'AS. En effet, ils disent avoir cru les révélations de leur enfant et avoir démontré clairement leur désapprobation vis-à-vis des gestes

commis par l'agresseur. De plus, la majorité des pères mentionnent avoir empêché les contacts entre l'agresseur et l'enfant. Ils semblent s'être montrés disponibles pour l'écouter et le rassurer et avoir insisté sur le fait qu'il n'était pas à blâmer pour l'AS. Enfin, ils ont cherché activement de l'information et des services pour lui venir en aide. Ces quatre dimensions composant le soutien spécifique à l'AS (croire l'enfant, le protéger de l'agresseur, le soutenir émotionnellement et chercher des services professionnels) ont été mises en lumière auprès des mères d'enfants victimes d'AS (Cyr et al., 2002; Everson et al., 1989; Heriot, 1996; Thériault et al., 1997). Ainsi, les résultats préliminaires obtenus dans le cadre de cette étude indiquent que les pères rencontrés sont capables de se comporter avec sensibilité et d'émettre des comportements appropriés en réponse aux besoins de leurs enfants victimes d'AS. Ces résultats nous amènent également à penser que le père d'un enfant ayant subi une AS ne doit plus être considéré comme un « collaborateur oublié » (Lamb, 1975), mais davantage comme un co-acteur du rétablissement de l'enfant, au même titre que la mère. Par ailleurs, de nouvelles dimensions qui n'ont pas été considérées à ce jour dans les études scientifiques sur les AS se dégagent du discours des pères et permettent de saisir certaines spécificités du comportement paternel. Ces dimensions concernent deux nouvelles formes de soutien qui favorisent l'estime de soi et la confiance en soi, souvent fragiles chez les enfants victimes d'AS. La première dimension touche au soutien de valorisation à travers les activités père-enfant. Le père favorise l'estime de soi de l'enfant en l'encourageant à faire des activités et à prendre des risques, participant ainsi activement à son bien-être. Il n'est pas surprenant de voir les pères comme compagnons de jeu, puisque selon Frascarolo (1997), ils consacrent davantage de temps aux activités ludiques par rapport aux autres activités que les mères. La deuxième dimension renvoie à la réintroduction de l'enfant, devenu craintif et méfiant, dans le monde extérieur. En effet, il est important que les pères puissent stimuler l'enfant à explorer à nouveau son environnement. À ce sujet, les travaux menés par Paquette (2004) mettent en évidence le fait que les pères jouent un rôle important pour encourager l'enfant à explorer les situations du monde extérieur, favorisant ainsi sa confiance en lui et ses relations sociales. Le Camus (2000, p.43) définit le père comme une « rampe de lancement » favorisant le développement des compétences sociales. De plus, Paquette (2004) souligne que le jeu physique (par exemple, se chatouiller) est une caractéristique centrale du comportement paternel. En effet, les jeux physiques de qualité entre le père et l'enfant sont associés à de meilleures relations avec les pairs et à une meilleure régulation émotionnelle qui, en retour, influence positivement les habiletés sociales, l'estime et le contrôle de soi (Amato, 1994; MacDonald & Parke, 1984; Parke, 1994). Toutefois, dans le cadre de notre étude, rappelons que plusieurs pères évoquent le malaise suscité par le contact physique lors des jeux pères-enfants après le dévoilement de l'AS. Ainsi, il convient de se demander comment l'absence ou la réduction de ces contacts physiques pourrait modifier la relation père-enfant et, par conséquent, le rétablissement de l'enfant. Ces

pistes de réflexion nous incitent à approfondir l'analyse de ces dimensions, notamment en lien avec la théorie existante sur les spécificités du comportement paternel.

### **Conclusion**

Cette étude exploratoire en cours de réalisation permet un enrichissement des connaissances sur l'expérience des pères d'enfants victimes d'AS. En effet, ces résultats préliminaires permettent de mieux comprendre l'impact de l'AS sur les pères ainsi que sur la relation avec leur enfant en termes de rupture, de réadaptation et de soutien à la suite du dévoilement d'une AS. Ces nouvelles connaissances devraient permettre d'améliorer les pratiques cliniques et les programmes d'intervention destinés aux parents d'enfants victimes d'AS. Concrètement, les résultats de cette étude pourraient fournir aux chercheurs et aux cliniciens des pistes pour évaluer de manière plus efficace les attitudes parentales lors du dévoilement de l'AS. De plus, ils pourront donner lieu à des interventions visant à encourager et à développer chez les parents des interactions favorisant le bien-être psychologique et le rétablissement de leur enfant.

### **Bibliographie**

- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood : A report on 28 children. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1252-1256.
- Alaggia, R. (2001). Cultural and religious influences in maternal response to intrafamilial child sexual abuse : Charting new territory for research and treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(2), 41-60.
- Alaggia, R. (2002). Balancing acts : Reconceptualizing support in maternal response to intrafamilial child sexual abuse. *Clinical Social Work Journal*, 30(1), 41-56.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1213-1227.
- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse : A gender analysis. *Journal of Loss & Trauma*, 10(5), 453-470.
- Alaggia, R., & Kirshenbaum, S. (2005). Speaking the unspeakable : Exploring the impact of family dynamics on child sexual abuse disclosures. *Families in Society*, 86(2), 227-234.
- Alaggia, R., & Turton, J. V. (2005). Against the odds : The impact of woman abuse on maternal response to disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 95-113.
- Amato, P. R. (1994). Father-child relations, mother-child relations and offspring psychological well-being in adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 1031-1042.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2000). *Le deuil*. Paris, France : PUF
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9 (3), 223-238.

- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris, France : PUF.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 537-556.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & et al. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : Synthèse des écrits. *Santé Mentale au Québec*, 30(2), 101-120.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris, France : Dunod.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Cassano, M., Adrian, M., Veits, G., & Zeman, J. (2006). The inclusion of fathers in the empirical investigation of child psychopathology: An update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 583-589.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Cyr, M., & Allard, M.-A. (sous presse). Le rôle du père non-agresseur auprès de l'enfant agressé sexuellement : Un acteur négligé. Presses de l'Université du Québec.
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants abusés sexuellement : Santé mentale, stress et adaptation. *Santé Mentale au Québec*, 2, 191-216.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Thériault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 31(2), 319-337.
- Cyr, M., Zuk, S., & Payer, M. (sous presse). Le profil des parents dont les enfants sont agressés sexuellement. Presses de l'Université du Québec.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 4(1), 13-20.
- Detraux, J.-J., Di Duca, M., & Van Cutsem, V. (2001, avril). De l'annonce de la déficience à l'accordage parents-professionnels autour de la situation de handicap. Essai de compréhension des facteurs favorisant la bientraitance des familles. Communication présentée au VIII<sup>e</sup> Congrès International de l'AIFREF. Saint-Sauveur des Monts (Québec).
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86.
- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N., & Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: Impact on parents. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 939-950.

- 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.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women : Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16(3), 391-398.
- Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(1), 85-107.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyon, D. K., Edelson, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197- 207.
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(2), 240-260.
- Fergusson, D. M., Horwood, L., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.
- Frascarolo, F. (1997). Les incidences de l'engagement paternel quotidien sur les modalités d'interaction ludique père-enfant et mère-enfant. *Enfance*, 3, 381-387.
- Goodman, G. S., Taub, E. P., Jones, D. P., England, P., Port, L.K., Rudy, L., et al. (1992). Testifying in criminal court : Emotional effects on child sexual assault victims. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(5), 1-142.
- Guelzow, J. W., Cornett, P. F., & Dougherty, T. M. (2002). Child sexual abuse victims' perception of paternal support as a significant predictor of coping style and global self-worth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(4), 53-72.
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 805-811.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*. 54(9), 631-636.
- Heriot, J. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 181-194.
- Héту, J.-L. (1989). *Psychologie du mourir et du deuil*. Montréal, Canada : Méridien
- Hooper, C.-A. (1992). *Mothers surviving child sexual abuse*. New York, NY: Tavistock/Routledge.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse : A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1395-1413.
- Johnson, B. K., & Kenkel, M. B. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15(3), 293-305.

- Kelley, S. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. *Nursing Research*, 39(1), 25–29.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Lamb, M. E. (1975). Fathers : Forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18(4), 245-266.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : Démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Montréal, Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris, France : Odile Jacob.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : Fondements et pratiques*. Montréal, Canada : Éditions Nouvelles.
- MacDonald, K., & Parke, R. D. (1984). Bridging the gap : Parent-child play interaction and peer interactive competence. *Child Development*, 55(4), 1265-1277.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse : Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1095-1109.
- Manseau, H. (1990). La méthodologie qualitative. In *L'abus sexuel et l'institutionnalisation de la protection de la jeunesse*. Sillery, Canada : Presse de l'Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Morrison, N. C., & Clavenna-Valleroy, J. (1998). Perceptions of maternal support as related to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(1), 23-40.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children : Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 92-102.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 23, 147-181.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Paquette, D. (2004). La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*, 2, 205-225.

- Parent-Boursier, D., & Hébert, M. (sous presse). La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants après le dévoilement d'une agression sexuelle. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*.
- Parke, R. D. (1994). Progress, paradigms, and unresolved problems: A commentary of recent advances in our understanding of children's emotions. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 157-169.
- Pellegrin, A., & Wagner, W. G. (1990). Child sexual abuse : Factors affecting victims' removal from home. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 53-60.
- Phares, V., & Compas, B. E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology : Make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 111(3), 387-412.
- Pillot, J. (1991). Soutien des familles dans l'accompagnement. *JALMALV*, 27, 13-26.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Montréal, Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N. & Whitcomb, D. (1992). Maternal support for child victims of sexual abuse : Determinants and implications (90-CA-1368), National Center on Child Abuse and Neglect.
- Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 133-146.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 293-316). Sainte-Foy, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Schaerer, R. (2003, juin). Le malade et sa famille face à la maladie grave. 9e congrès de la SFAP. Nice, France.
- Schrieber, R., & Lyddon, W. J. (1998). Parental bonding and current psychological functioning among childhood sexual abuse survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 358-362.
- Sirles, E. A., & Franke, P. J. (1989). Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 13(1), 131-139.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls : Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(1), 24-35.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Tardif, M., Fernet, M., Proulx-Boucher, K., & Parent, G. (2007). Des hommes ayant été victimes d'agressions sexuelles pendant l'enfance : La qualification affective du lien agresseur-victime.

- In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières*, Cifas 2005. Textes choisis ( pp. 133-150). Montréal, Canada : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1997). Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel : Conceptualisation, effets et facteurs associés. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(3), 147-167.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1291-1309.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., et al. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ). Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 343-358.
- Ullman, S. E. (2003). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121.
- Van der Maren, J.-M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Waterman, J., & Kelly, R. J. (1993). Mediators of effects on children: What enhances optimal functioning and promotes healing? In J. Waterman, R. Kelly, M. Oliveri, & J. McCord (Eds.), *Behind the playground walls, sexual abuse in preschools* (pp. 222-239). New York, NY: Guilford Press.
- Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools*, 38(6), 533-547.
- Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S., & Perron, A. (1999). L'abus sexuel à l'endroit des enfants. In D. E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot, & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, approche intégrative* (pp. 615-639). Montréal, Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil : Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Sprimont, Belgique : Mardaga.