Document generated on 04/29/2024 6:19 a.m.

International Journal of Child and Adolescent Resilience
Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents

Validation d'une échelle de résilience (CD-RISC 10) auprès de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle
Validation of the resilience scale (CD-RISC 10) with nonoffending mothers of sexually abused children

Arianne Jean-Thorn, Laetitia Mélissande Amédée, Alison Paradis and Martine Hébert

Volume 7, Number 1, 2020

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1072587ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1072587ar

See table of contents

Publisher(s)

Canada Research Chair in Interpersonal Traumas and Resilience/Chaire de recherche du Canada sur les traumas interpersonnels et la résilience

ISSN

2292-1761 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Jean-Thorn, A., Amédée, L., Paradis, A. & Hébert, M. (2020). Validation d'une échelle de résilience (CD-RISC 10) auprès de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle. *International Journal of Child and Adolescent Resilience / Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents*, *7*(1), 39–48. https://doi.org/10.7202/1072587ar

Article abstract

Objectifs : 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., 2018) 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 CD-RISC 10.

Résultats : Les résultats d'une analyse factorielle confirmatoire confirment une structure unifactorielle expliquant 62,49 % de la variance et les valeurs des indices de fidélité reflètent une bonne consistance interne (α = ,86; H = ,90; ω = ,89). Comme attendu, les scores sur l'échelle de résilience sont négativement corrélés à ceux aux échelles de symptômes de stress post-traumatique (r = -0,24, 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).

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

All Rights Reserved © Arianne Jean-Thorn, Laetitia Mélissande Amédée, Alison Paradis, Martine Hébert, 2020

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

International Journal of Child and Adolescent Resilience
Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents

Validation d'une échelle de résilience (CD-RISC 10) auprès des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle

Arianne JEAN-THORN[1], Laetitia Mélissande AMÉDÉE[1], Alison PARADIS[1] et Martine HÉBERT[1]

1 Université du Québec à Montréal

Correspondance : Martine Hébert, Ph.D., Université du Québec à Montréal, CP 8888, succursale Centre-ville, Montréal, Québec, Canada H3C 3P8.
Courriel : hebert.m@uqam.ca.

Résumé

Objectifs : 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., 2018) 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 CD-RISC 10.

Résultats : Les résultats d'une analyse factorielle confirmatoire confirment une structure unifactorielle expliquant 62,49 % de la variance et les valeurs des indices de fidélité reflètent une bonne consistance interne (α = ,86; H = ,90; ω = ,89). Comme attendu, les scores sur l'échelle de résilience sont négativement corrélés à ceux aux échelles de symptômes de stress post-traumatique (r = - 0,24, 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).

Implications : 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.

Copyright © 2020 IJCAR / RIREA

Introduction

L'agression sexuelle à l'enfance est une problématique sociale alarmante qui entraîne des conséquences psychologiques importantes chez l'enfant (Hébert et al., 2019). 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 ont démontré que les profils des enfants victimes sont hétérogènes et que certains enfants ne présentaient que peu, ou pas de symptômes (Domhardt et al., 2015). Ces résultats suggèrent que des caractéristiques de l'enfant et de son environnement pourraient agir comme facteurs de protection (Afifi & MacMillan, 2011). Parmi ces facteurs, l'un des plus étudiés est le soutien parental. Les mères, étant généralement les premières personnes vers qui les enfants se tournent pour dévoiler l'agression sexuelle (Allnock & Miller, 2013), doivent leur fournir un soutien adéquat tout en ayant à gérer leur propre détresse émotionnelle (Daignault et al., 2018). Les études ont d'ailleurs suggéré que le soutien du parent non-agresseur est associé à moins de difficultés psychologiques chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Zajac et al., 2015) et serait primordial pour le rétablissement et l'adaptation en cours de thérapie (Bick et al., 2014).

S'il est reconnu que le soutien parental est un facteur-clé pour promouvoir l'adaptation de l'enfant, les études ont aussi révélé 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 ont révélé que 13 % des mères montraient 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). 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). Par ailleurs, des études ont démontré que certaines mères d'enfants victimes d'agression sexuelle réussissent à gérer l'évènement traumatique et offrent un soutien constant à leur enfant (Cyr et al., 2013). Les auteurs réfèrent cette capacité à s'adapter malgré l'adversité ou les évènements stressants de la vie au concept de résilience (Lamond et al., 2008). 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 notre connaissance, il existe peu de mesures disponibles pour évaluer la résilience chez les adultes.

Un questionnaire autorapporté de plus en plus utilisé dans diverses populations est l'échelle abrégée de 10 items *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC 10; Campbell-Sills & Stein, 2007). Cette échelle a été traduite et validée auprès d'étudiants universitaires (Hébert, Parent et al., 2018), mais n'a jamais été validée auprès d'une population clinique. La présente étude vise à explorer les propriétés psychométriques de la version française du CD-RISC 10 chez une population de mères d'enfants victimes d'agression sexuelle.

Le concept de résilience

Le concept de résilience a émergé suivant l'observation d'individus qui, face à un trauma, présentaient peu de conséquences psychologiques graves (Richardson, 2002). La résilience est généralement définie comme étant le résultat d'une interaction entre des traits personnels et l'adversité (Ahern et al., 2009). Bonanno (2004) la définit comme étant la capacité à garder un bon fonctionnement psychologique et physique et à ressentir des émotions positives malgré un évènement traumatique. Selon d'autres chercheurs, la résilience serait plutôt la combinaison de comportements et de stratégies d'adaptation (« coping strategies ») adéquates face au stress chronique associé aux évènements de la vie (Lamond et al., 2008; Rutter, 1985). Richardson (2002) stipule que la résilience est plutôt une force motivationnelle qui pousse l'individu à la sagesse, l'actualisation de soi et l'altruisme.

Les études empiriques ont, par exemple, montré qu'un score plus élevé de résilience chez des personnes ayant vécu une agression sexuelle à l'enfance serait négativement associé à leurs symptômes de stress post-traumatiques (Connor et al., 2003; Wingo et al., 2010). Une étude menée aux États-Unis auprès d'une population africaine américaine ayant un historique d'agression sexuelle ou de trauma a également révélé que la résilience aurait un effet modérateur sur la sévérité de leurs symptômes dépressifs (Wingo et al., 2010). Aussi, dans une étude menée auprès de 160 adolescentes québécoises victimes d'agression sexuelle, un niveau de résilience élevé était lié à plus de sentiments d'empowerment et une plus grande utilisation de stratégies d'adaptation positive chez ces victimes (Daigneault et al., 2007). Bien que peu d'études aient évalué la résilience des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle, une étude a indiqué que la résilience de la mère était associée à un meilleur ajustement psychologique et moins de symptômes de stress post-traumatique chez les enfants victimes (Hébert et al., 2014).

L'échelle de résilience CD-RISC 10

L'échelle de résilience élaborée par Connor et Davidson (2003), constituée de 25 items (CD-RISC), fait partie des quelques instruments mesurant la résilience (Windle et al., 2011). Connor et Davidson (2003) se sont basés sur les travaux de Kobasa (1979), Rutter (1985) et Lyons (1991) pour mesurer la résilience définie ici comme étant la capacité à faire face aux évènements traumatiques. Les 25 items se regroupent en cinq facteurs qui selon Connor et Davidson (2003) définissent la résilience, soit la compétence personnelle, la tolérance des affects, l'acceptation du changement, le sens du contrôle interne et la spiritualité. Toutefois, la constitution multifactorielle du CD-RISC a été contestée par plusieurs études (Burns & Anstey, 2010; 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 aux traumas (« hardiness ») 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).

Le CD-RISC 10 a déjà été validé en français dans une population non clinique (Hébert, Parent et al., 2018), 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. Les auteurs l'ont validée auprès de femmes françaises 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 l'étude franco-européenne ont rapporté 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 ont confirmé la structure unidimensionnelle de l'échelle CD-RISC 10 et ont montré une bonne consistance interne (α = ,88).

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

Objectifs. 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 concurrente sera examinée en explorant les liens entre le score sur l'échelle de résilience et ceux des symptômes de stress post-traumatique, de détresse psychologique et du sentiment d'empowerment.

Méthodologie

Participants et procédures

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. Seules les mères non-agresseures étaient invitées à participer. 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, $ÉT$ = 2,56), et 4) comprendre le français. Dans cet échantillon, les mères étaient âgées de 20 à 52 ans (M = 34,36, $ÉT$ = 6,19). Parmi ces mères, 63,3 % étaient en couple, 36,6 % étaient célibataires et 0,3 % avaient un statut matrimonial inconnu.

Les mères ont été rencontrées dans des centres d'interventions spécialisés en agression sexuelle. Après avoir été informées de la possibilité de participer à la recherche et après avoir signé de façon libre et éclairé un formulaire de consentement, l'assistante de recherche a expliqué les objectifs, la procédure, les risques et les avantages liés à la participation. Ensuite, chaque mère a rempli le questionnaire de façon individuelle, ou au besoin, avec l'aide d'une assistante de recherche. Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal et du CHU Ste-Justine.

Mesures

Résilience. La version abrégée de l'échelle de résilience de Connor et Davidson (CD-RISC 10) traduite en français (Hébert, Parent et al., 2018) a été utilisée pour mesurer la résilience. Les items évaluent la capacité à s'adapter au changement, à gérer le stress ainsi qu'à atteindre des buts malgré les obstacles et la pression. Cette version a été traduite en français par Hébert, Parent et al. (2018) selon une procédure de traduction inversée (Brislin, 1970; Vallerand, 1989) de l'anglais au français, puis du français à l'anglais. La version franco-canadienne du CD-RISC et du CD-RISC 10 a été approuvée par les auteurs américains. Dans cette version, les 10 items sont répondus sur 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). Le score se situe entre 0 et 40, où un score plus élevé indique un niveau de résilience plus élevé. Les descriptifs des énoncés peuvent être consultés plus bas dans le Tableau 2. En raison du copyright, les énoncés ne peuvent être reproduits intégralement dans ce manuscrit, mais il est possible d'obtenir la version canadienne-française du CD-RISC en contactant les auteurs de la version originale anglaise à l'adresse suivante : http://www.cd-risc.com/index.php.

Pour s'assurer de la validité de concurrente de l'échelle, trois autres instruments de mesure ont été remplis.

Les symptômes de stress post-traumatique. La version francophone (Guay et al., 2002) du *Modified PTSD Symptoms Scale Self-Report* (MPSS-SR; 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 présenté le symptôme (au minimum 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 a été mesurée à l'aide du coefficient α de Cronbach. Les résultats indiquent un niveau de consistance interne élevée (α = ,97) dans le présent échantillon.

La détresse psychologique parentale. L'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec (IDPESQ; Préville et al., 1992) 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 sentie désespérée en pensant à l'avenir? ». Les 14 items sont répondus sur une échelle Likert à 4 points (0, Jamais; 1, De temps en temps; 2, Assez souvent; 3, Très souvent), et les scores totaux se situent entre 0 et 100, où un score élevé signifie plus de détresse psychologique. Dans la présente étude, la consistance interne de l'IDP a été mesurée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et montre un coefficient de ,76.

Le sentiment d'empowerment. La version francophone (Hébert & Parent, 1999) du *Family Empowerment Scale* (FES; Koren et al., 1992) a été complétée par les participantes. L'instrument mesure le sentiment d'empowerment et d'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 sont répondus sur 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 montre un coefficient alpha de Cronbach de ,87.

Analyses statistiques

Pour valider le CD-RISC 10, une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée à l'aide du logiciel Mplus (Muthén & Muthén, 1998) afin de déterminer si les données obtenues auprès de cet échantillon correspondaient au modèle factoriel du CD-RISC 10. La qualité du modèle a été jugée en considérant les indices d'ajustement suivants : le Khi carré normé (X^2/df), le *Comparative fit index* (CFI), le *Tucker-Lewis index* (TLI) et le *root mean square error of approximation* (RMSEA). 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 CFI et le TLI 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 RMSEA 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, du coefficient H et de l'oméga de McDonald, ont été effectuées pour évaluer la consistance interne. Finalement, la validité concurrente 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 de Pearson.

Résultats

Analyses descriptives

La moyenne du score total sur l'échelle CD-RISC 10 est de 27,63 (*ÉT* = 6,92). Aucun effet « plancher » ni « 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). En ce qui concerne les autres échelles de mesure, 62 % des participantes obtiennent un score dépassant le seuil clinique de détresse psychologique (*M* = 39,36; *ÉT* = 25,27) et 25,8 % un score qualifiant le seuil clinique pour les symptômes de stress post-traumatique (*M* = 33,24; *ÉT* = 26,7). De plus, les mères ayant un niveau moyen de détresse psychologique dépassant le seuil clinique (*M* = 26,20; *ÉT* = 7,07) avaient un niveau de résilience significativement plus bas que les mères rapportant de la détresse psychologique sous le seuil clinique (*M* = 29,95; *ÉT* = 6,02), $t(356) = 5{,}12$, $p < ,01$, $d = ,89$. Aussi, les mères ayant des symptômes de stress post-traumatique au-dessus du seuil clinique (*M* = 25,42; *ÉT* = 6,96) avaient un niveau de résilience significativement plus faible que les mères avec des symptômes de stress post-traumatique sous le seuil clinique (*M* = 28,49; *ÉT* = 6,65), $t(351) = 3{,}77$, $p < ,01$, $d = ,89$. Pour l'échelle FES mesurant le sentiment d'empowerment, la moyenne du score total est de 21,93 (*ÉT* = 2,61).

Analyse factorielle confirmatoire

Une analyse factorielle confirmatoire a été conduite à l'aide du logiciel Mplus 8.1 (Muthén & Muthén, 1998) pour vérifier la correspondance entre les données de l'échantillon et la structure unidimensionnelle du CD-RISC 10. Des structures à plus d'un facteur non pas été envisagées puisque des études antérieures démontrent l'unifactorialité du CD-RISC 10 (Hébert, Parent et al., 2018; Scali et al., 2012). Les indices examinés afin d'évaluer la correspondance entre les modèles théorique et observé suggèrent un ajustement acceptable du modèle à un facteur ($2/df = 2{,}97$, CFI = ,94, TLI = ,93, RMSEA = ,07, 90 % CI [,06; ,09] comparativement aux valeurs attendues, soit $X^2/df \leq 3$, du CFI ≥ ,95, de TLI ≥ ,95 et du RMSEA ≤ ,06 (Hu & Bentler, 1999; Kline, 2005). Tous les items présentent une saturation significative et supérieure à ,40 comme présenté dans le Tableau 1. Ce modèle explique 62,49 % de la variance totale.

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

Items	F1	Erreur	R^2
1. Capacité de s'adapter aux changements	,55	,04	,30
2. Gérer tout ce qui arrive.	,74	,03	,55
3. Tenter de voir le coté humoristique des choses face aux problèmes.	,40	,05	,16
4. Gérer le stress rend plus fort·e.	,69	,03	,48
5. « Rebondir » après différentes épreuves.	,67	,03	,45
6. Atteindre des objectifs, malgré les obstacles.	,72	,03	,51
7. Sous la pression, rester concentré·e.	,58	,04	,33
8. L'échec ne décourage pas facilement.	,54	,04	,29
9. Se considérer comme une personne forte.	,66	,03	,44
10. Capacité de gérer les émotions désagréables.	,70	,03	,50
Variance expliquée (%)	62,49		

Note. $\chi^2/df = 2{,}97$, CFI = ,94, TLI = ,93, RMSEA = ,07, 90% CI [,06; ,09].

Fidélité

La consistance interne de l'échelle CD-RISC 10 a été mesurée à l'aide du calcul de l'alpha de Cronbach, du coefficient H et celui de l'oméga ordinal de McDonald. Dans la présente étude, la consistance interne était élevée pour l'ensemble des indices de fidélité (α = ,86; H = ,90; ω = ,89). Le Tableau 2 présente les corrélations inter-items et révèle une forte homogénéité entre les items du CD-RISC 10.

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

Items	*M*	*ÉT*	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 concurrente

La validité concurrente entre le score de résilience et les symptômes de stress post-traumatique, la détresse psychologique et le sentiment d'empowerment a été vérifiée à l'aide d'analyses de corrélation. Les coefficients de corrélations de Pearson ont été calculés et les corrélations > ,50 ont été jugées fortes, celles entre ,30 et ,50 ont été considérées modérées et celles < ,30 ont été jugées faibles (Cohen, 1988).

Comme attendu, les scores sur l'échelle CD-RISC 10 corrèle modérément et négativement avec les scores de l'échelle de détresse psychologique, $r = -,34$, $p < ,01$. Aussi, il y a une corrélation faible et 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 faiblement et positivement avec ceux de l'échelle du sentiment d'empowerment, $r = ,29$, $p < ,01$.

Discussion

L'objectif de cette étude était de valider la version franco-canadienne de l'échelle de résilience CD-RISC 10 auprès de 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 auprès d'une population clinique comme celle des mères dont les enfants ont dévoilé une agression sexuelle. La moyenne du score total sur l'échelle CD-RISC 10 obtenue dans le présent échantillon est semblable à celle obtenue dans l'échantillon de Campbell-Sills et Stein (2007) et celle de Hébert, Parent et al. (2018). 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 % pour chacun des items. Les présents résultats sont similaires à ceux des études antérieures (Campbell-Sills & Stein, 2007; Hébert, Parent et al., 2018) qui rapportent des saturations supérieures à 40 % et 50 %. La variance expliquée (62 %) est toutefois supérieure à celle de l'étude de Hébert, Parent et al. (2018) (38 %). L'échelle CD-RISC 10 présente un score moyen comparable aux autres études et une bonne consistance interne comparable à celles de Campbell-Sills et Stein (2007) et de Hébert, Parent et al. (2018). Ainsi, le CD-RISC 10 présente de bonnes qualités psychométriques et semble être un moyen adapté et rapide pour mesurer la résilience chez une population clinique. 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 (Kruyen et al., 2013).

Afin de vérifier la validité de l'échelle, nous avons également 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 une plus grande 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 et de sens du contrôle interne. 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 qu'elles 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 seraient 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. Le sentiment d'efficacité personnelle et les émotions positives envers soi seraient donc liés à une meilleure adaptation psychologique face 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 derniers, le développement de la résilience pourrait contribuer à une diminution des symptômes de stress post-traumatique et des problèmes de comportement, mais aussi à un meilleur rétablissement suivant 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 des certaines limites. D'abord, le CD-RISC 10 mesure les caractéristiques individuelles associées à la résilience et non l'influence de l'environnement sur celle-ci (Békaert et al., 2011). En effet, la résilience est une capacité qui interagit avec des facteurs environnementaux comme le soutien parental, le soutien des pairs et la culture (par. ex., les croyances et les valeurs) qui ne sont pas pris en compte dans la présente étude (Ungar, 2013). Aussi, l'échantillon de la présente étude, composé de parents d'enfants victimes d'agression sexuelle, est spécifique et n'est pas nécessairement représentatif d'autres populations (p. ex., parents d'enfants témoins de violence conjugale ou confrontés à d'autres types d'adversité), ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, tous les instruments de mesure sont autorapportés et font 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, Daspe, & Cyr, 2018). 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 et 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 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 de pouvoir évaluer l'effet d'une intervention sur le niveau de résilience. La présente étude offre un soutien à l'utilisation de l'échelle CD-RISC 10 auprès des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle.

Financement

Cette recherche a été rendue possible grâce à des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (#110945) et par le Conseil de recherche en sciences humaines (#410-2010-2424) octroyées à Martine Hébert.

Conflit d'intérêt

Les auteures ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272. https://doi.org/10.1177/070674371105600505

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

Allnock, D., & Miller, P. (2013). *No one noticed, no one heard: A study of disclosures of childhood abuse.* NSPCC. https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/2013/no-one-noticed-no-one-heard

Békaert, J., Masclet, G., & Caron, R. (2011). *Les instruments de mesure de la résilience chez les adolescents ayant été confrontés à un traumatisme : une revue de la littérature. Annales Médico-Psychologiques, 169*(8), 510-516. https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.10.007

Bick, J., Zajac, K., Ralston, M. E., & 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*(3), 479-487. https://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://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20

Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185-216. https://doi.org/10.1177/135910457000100301

Burns, R., & 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://doi.org/10.1016/j.paid.2009.11.026

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

Campbell-Sills, L., & 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, 20*(6), 1019-1028. https://doi.org/10.1002/jts.20271

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Connor, K. M., & 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://doi.org/10.1002/da.10113

Connor, K. M., Davidson, J. R., & 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://doi.org/10.1023/A:1025762512279

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

Daignault, I. V., Hébert, M., Cyr, M., Pelletier, M., & 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,* 1-25. https://doi.org/10.1177/0886260518808849

Daigneault, I., Hébert, M., & 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://doi.org/10.1016/j.chc.2006.11.002

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

Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 16*, 161-162.

Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation de la version Québécoise de l'Échelle Modifiée des Symptômes du Trouble de Stress Post-Traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie, 23*(3), 257-269.

Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M., & 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://doi.org/10.1177/0706743719861387

Hébert, M., Daspe, M-È., & Cyr, M. (2018). 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://doi.org/10.1037/tra0000321

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

Hébert, M., Parent, N., Simard, C., & Laverdière, A. (2018). 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://doi.org/10.1037/cbs0000092

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

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). 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. https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1

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

Kruyen, P. M., Emons, W. H. M., & Sijtsma, K. (2013). On the shortcomings of shortened tests: A literature review. *International Journal of Testing, 13*(3), 223-248. https://doi.org/10.1080/15305058.2012.703734

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

Lyons, J. A. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 4*(1), 93-111. https://doi.org/10.1002/jts.2490040108

McGillivray, C. J., Pidgeon, A. M., Ronken, C., & 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://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477221

Muthen, L. K., & Muthen, B. O. (1998). *Mplus* [logiciel informatique]. Muthén & Muthén.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & 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, no 7, Enquête Santé Québec 87, Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des Services sociaux.

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307-321. https://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. https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598

Scali, J., Gandubert, C., Ritchie, K., Soulier, M., Ancelin, M.-L., & 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), Article e39879. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039879

Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(3), 255-266. https://doi.org/10.1177/1524838013487805

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 30*(4), 662-680. https://doi.org/10.1037/h0079856

Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 9*(1), 1-18. https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & 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://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009

Yancey, C. T., & 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://doi.org/10.1016/j.avb.2010.07.003

Zajac, K., Ralston, M. E., & 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://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.011