

RAPPORT DE RECHERCHE
REMIS AU
CENTRE D'INTERVENTION EN ABUS SEXUEL POUR LA FAMILLE

EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION DE GROUPE AUPRÈS D'ADOLESCENTES AYANT
VÉCU UNE AGRESSION SEXUELLE

Marc TOURIGNY, Ph.D.¹

Martine HÉBERT, Ph.D.²

Pascale SÉNÉCHAL, M.A.³

Isabelle DAIGNEAULT, Ph.D.⁴

Ann Claude SIMONEAU, M.A.⁵

¹Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

²Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

³Département de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

⁴Département de psychologie, Université de Montréal

⁵Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Mots clés : Agression sexuelle, adolescents, intervention de groupe, évaluation

La réalisation de cette recherche a été rendue possible grâce à l'appui financier du Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles via une subvention du FQRSC. Les auteurs souhaitent remercier le personnel du CIASF et les adolescentes pour leur précieuse participation à ce projet. Les demandes de copies doivent être adressées à Marc Tourigny, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500 boul. de l'Université, Sherbrooke (Québec), Canada, J1K 2R1. (e-mail : Marc.Tourigny@USherbrooke.ca).

Résumé

L'objectif de la recherche est d'évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe auprès d'adolescentes ayant été agressées sexuellement. Au moyen d'un devis quasi expérimental pré et post traitement avec groupe de comparaison, 27 adolescentes ayant participé à une intervention de groupe fermé ont été comparées à 15 adolescentes ayant été agressées sexuellement mais n'ayant pas reçu l'intervention de groupe. Les participantes ont complété un ensemble de questionnaires auto-administrés avant et après le traitement, soit des mesures de stress post-traumatique, de problèmes de comportements, de stratégies d'adaptation, du sentiment de pouvoir, de la qualité de la relation parent/adolescent et de distorsions cognitives. L'intervention de groupe de nature psychoéducatrice comportait en moyenne 20 rencontres hebdomadaires d'une durée de deux heures chacune. Les résultats montrent que les adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe s'améliorent davantage que les adolescentes du groupe de comparaison. Les analyses de variances à mesures répétées montrent en effet des améliorations statistiquement significatives au niveau des symptômes de stress post-traumatique, des comportements internalisés et externalisés, des stratégies d'adaptation, de la relation avec la mère et du sentiment de pouvoir sur la vie des adolescentes. Les résultats démontrent clairement l'utilité d'une intervention de groupe structurée auprès d'adolescentes agressées sexuellement.

Introduction

Contexte québécois

Les agressions sexuelles envers les enfants représentent un problème social important. Une récente étude auprès d'un échantillon représentatif de 822 adultes québécois montre que près d'un québécois sur 10 et une québécoise sur 5 déclarent avoir vécu une agression sexuelle avant d'atteindre l'âge de la majorité (Tourigny, Gagné, Joly, et Chartrand, soumis). Depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse en 1979 jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) a été confrontée à une augmentation considérable du nombre d'enfants pris en charge pour agressions sexuelles (Tourigny, 1991). Depuis dix ans, le nombre d'enfants pris en charge par l'ensemble des DPJ du Québec semble être en baisse sans toutefois que cela ne représente nécessairement une diminution réelle du nombre d'enfants agressés sexuellement (Wright, Tourigny, Trocmé et Mayer, 2000). Annuellement, on estime qu'environ 1 enfant (0-17 ans) québécois sur 1000 est agressé sexuellement et signalé à la Protection de la jeunesse, soit près de 1500 enfants chaque année (Tourigny, Mayer, Wright, Lavergne, Trocmé, Hélie et al., 2002). Les adolescents représentent une proportion importante de ces enfants signalés à la DPJ, soit plus de 40% des enfants (0-17 ans) dont les signalements pour agressions sexuelles se sont avérés fondés (Tourigny, Hébert, Daigneault et Wright, 2005). Une étude québécoise de Pauzé et al. (2000) suggère toutefois que 30% de toutes les adolescentes prises en charge sous différents alinéas de la loi de la protection de la jeunesse rapportent avoir vécu des agressions sexuelles. Dans un tel contexte, le développement de services spécialisés pouvant répondre aux besoins de ces adolescents ayant vécu des agressions sexuelles s'avère un enjeu important.

Il apparaît de plus en plus évident que l'agression sexuelle entraîne des effets dévastateurs auprès des personnes qui y sont confrontées. Les victimes d'abus souffrent de plusieurs conséquences aux plans physiques, cognitifs et socio-affectifs (Kendall-Tackett, Williams et

Finkelhor, 1993). Plusieurs études ont évalué le fonctionnement d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles dans l'enfance et révèlent une diversité de séquelles, et ce, dans plusieurs sphères de fonctionnement. On note ainsi des troubles spécifiques tels que la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, la dissociation, la faible estime de soi, la somatisation, les problèmes de comportements dont ceux autodestructeurs, la délinquance, l'abus de substance, la promiscuité sexuelle, la prostitution ainsi que l'agressivité et les problèmes relationnels (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta et Akman, 1991; Forbey, Ben-Porath et Davis, 2000; Green, Russo, Navratil et Loeber, 1999; Grilo, Sanislow, Fehon, Martino et McGlashan, 1999; Kendall-Tackett et al., 1993; Mennen et Meadow, 1993; Silverman, Reinherz et Giaconia, 1996).

Bien que l'adolescence des enfants agressés sexuellement semble plus particulièrement caractérisée par la présence de comportements autodestructeurs et délinquants, certains adolescents démontrent peu ou pas de symptômes (Kendall-Tackett et al., 1993) Dans leur recension des écrits, Kendall-Tackett et al. (1993) soulignent qu'environ 30% des enfants semblent ne présenter aucun symptôme clinique, et qu'il existe de nombreuses configurations de symptômes. Les données suggèrent cependant que les enfants qui paraissent asymptotiques lors d'une première évaluation sont les plus susceptibles de développer des symptômes par la suite (Putnam, 2003). Enfin, plusieurs études démontrent que certains symptômes peuvent se complexifier et persister durant plusieurs années à l'adolescence et même jusqu'à l'âge adulte (Briere et Elliott, 1994; Dembo et al., 1992; Rorty et Yager, 1996; van der Kolk, Perry et Herman, 1991) d'où la nécessité d'intervenir tôt afin de contrer ces séquelles.

Le développement de la recherche sur les séquelles des agressions sexuelles envers les enfants et la remise en question des approches d'interventions dites traditionnelles ont entraîné le développement d'une grande diversité d'approches en matière de traitement des enfants agressés sexuellement, autant au niveau des objectifs qu'au niveau du contenu et des modalités

thérapeutiques (Glaser, 1991; Keller, Cicchinelli et Gardner, 1989; Marois, Messier et Perreault, 1982; Putnam, 2003). La thérapie de groupe représente une des modalités thérapeutiques particulièrement populaire et fréquemment utilisée (Kruczek et Vitanza, 1999; Tourigny, 1997). Kruczek et Vitanza (1999) soulignent que dans le contexte social actuel où la demande de services est élevée et les ressources limitées, la thérapie de groupe présente des avantages économiques non négligeables par rapport à d'autres formes de thérapies. De plus, l'intervention de groupe est particulièrement recommandée afin de réduire l'isolement social et la stigmatisation dont souffrent fréquemment les victimes d'agressions sexuelles (Friedrich, 1997; Glasser et Frosh, 1988; Silvosky et Hambree-Kigin, 1994). Enfin, l'intervention de groupe s'avère intéressante pour les adolescents qui sont à une étape développementale où la présence des pairs est très importante et valorisée (Kruczek et Vitanza, 1999).

Malgré cette prolifération de programmes et l'utilisation répandue de l'intervention de groupe, il existe encore peu d'études évaluatives (Finkelhor et Berliner, 1995; Putman, 2003 : Saunders, Berliner et Hanson, 2003; Tourigny, 1997). Les recension des écrits ayant examiné l'efficacité des interventions de groupe offertes aux enfants et aux adolescents victimes d'agressions sexuelles concluent généralement que l'intervention de groupe semble un mode d'intervention prometteur tout en soulignant que plusieurs limites méthodologiques rendent difficiles des conclusions définitives (Darveau-Fournier, Lindsay, Tessier et Beaudoin, 1993; Finkelhor et Berliner, 1995; Saunders et al., 2003; Tourigny, 1997). Les principales limites soulignées ont trait: 1) à la petite taille des échantillons; 2) à l'utilisation de mesures non standardisées ou ne couvrant pas une gamme de symptômes suffisamment large ou suffisamment spécifiques aux agressions sexuelles; 3) à l'utilisation de devis ne permettant pas d'attribuer les changements observés aux diverses modalités de traitement; 4) au taux de participation aux rencontres de groupe qui est rarement mentionné; et 5) au fait que dans la majorité des études, les effets de l'intervention de groupe ne sont pas distingués en fonction des différents groupes d'âges

ciblés par la thérapie, on y retrouve plutôt les résultats confondus des enfants (6-12 ans) et des adolescents (13-17 ans).

Les études ayant évalué les effets de l'intervention de groupe auprès des adolescents spécifiquement sont donc peu nombreuses. Nous avons identifié neuf de ces études (Ashby, Gilchrist et Miramontez, 1987; Baker, 1987; Kruczek et Vitanza, 1999; Lindon et Nourse, 1994; Mackey, Gold et Gold, 1987; Picard, 1991; Sinclair, Larzelere, Paine, Jones, Graham et Jones, 1995; Verleur, Hughes et de Rios, 1986). Dans l'ensemble, ces études présentent certains effets positifs (c'est-à-dire statistiquement significatifs) liés à la thérapie de groupe concernant les aspects suivants : 1) les problèmes de comportement (McGain et McKinzey, 1995; Sinclair et al., 1995), 2) l'estime de soi (Ashby et al., 1987; Kruczek et Vitanza, 1999; Sinclair et al., 1995; Verleur et al., 1986), 3) la dépression (Baker, 1987; Sinclair et al., 1995), 4) l'anxiété (Baker, 1987), 5) le stress post-traumatique (Sinclair et al., 1995), 6) les symptômes liés à la sexualité (Verleur et al., 1986), et 7) les stratégies d'adaptation positives (Kruczek et Vitanza, 1999). Les résultats de ces études laissent toutefois voir que ce ne sont pas toutes les thérapies de groupe qui sont efficaces ou que ce ne sont pas toutes les adolescentes qui profitent de ce type de thérapie car certaines études n'ont pu identifier d'effets statistiquement significatifs pour certaines variables et une étude rapportent des résultats négatifs pour une faible proportion des adolescentes (Ashby et al., 1987).

Dans ce contexte, la présente étude évalue l'efficacité d'une intervention de groupe fermé pour adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles. Elle vise à combler certaines lacunes méthodologiques par : 1) l'utilisation d'un groupe de comparaison, 2) l'utilisation d'un large éventail de mesures psychosociales dont certaines spécifiques aux agressions sexuelles, 3) l'utilisation d'un nombre de participants plus élevé que la majorité des études antérieures, et 4) la documentation du niveau de participation des adolescentes aux rencontres.

Méthodologie

Devis

L'étude repose sur un devis quasi expérimental comportant deux temps de mesures (pré test – post-test). Le groupe expérimental se compose de 27 adolescentes ayant reçu une intervention de groupe fermé d'une durée d'environ 20 semaines à raison d'une rencontre hebdomadaire de deux heures chacune. Le groupe de comparaison est constitué de 15 adolescentes qui ont fait une demande de service au centre d'intervention, mais qui n'ont pas reçu de traitement pour une ou l'autre des raisons suivantes : l'adolescente a décidé de ne pas participer au programme de groupe, elle a abandonné le traitement dans les premières semaines ou les intervenants ont évalué que l'intervention de groupe ne lui convenait pas (par exemple en raison de difficulté d'expression des émotions en contexte de groupe, une gêne excessive).

Participants

Toutes les adolescentes ont été recrutées, entre le 1^{er} septembre 1999 et le 31 mai 2000, à la suite d'une demande de services au Centre d'intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF). Lors de ce premier contact, l'intervenante expliquait l'étude à l'adolescente et sollicitait sa participation. Dans le cas des adolescentes de moins de 14 ans, le consentement de l'adolescente et de ses parents était demandé. Seulement 4,5% des 44 adolescentes approchées ont refusé, les 42 autres ont complété un formulaire de consentement écrit. Les entrevues d'une durée d'environ 90 minutes ont été effectuées par une assistante de recherche formée à cet effet et ont eu lieu soit au Centre d'intervention où au domicile de l'adolescente.

Les adolescentes étaient toutes d'origine canadienne à l'exception d'une adolescente d'origine russe et elles avaient en moyenne 14,6 ans lors du pré-test. Une adolescente sur trois

(33%) était placée soit en famille d'accueil ou en centre de réadaptation alors que 31% vivaient avec ses deux parents et 26% avec leur mère.

Les agressions sexuelles vécues par ces adolescentes sont sévères et se caractérisent par le fait qu'il y a eu pénétration (orale, anale ou vaginale) dans 62% des cas, que les abus étaient fréquents (au moins une fois par semaine) dans 69% des cas, qu'il y a eu l'utilisation de la force physique dans 31% des cas. Enfin, 15% des adolescentes ont été agressées par plus d'un agresseur et 13% ont également vécu des abus physiques. Au niveau de l'identité de l'agresseur, celui-ci était connu dans tous les cas sauf un (97%), il s'agissait d'un adulte dans 82% des cas, 39% étaient un membre de la famille immédiate et 36% étaient un membre de la famille élargie. À l'exception de la proportion d'adolescentes qui ont vécu des agressions sexuelles impliquant une pénétration (où la proportion d'adolescentes est plus élevée dans le groupe contrôle que dans celui du groupe expérimental) ($\chi^2 = 4,39$, $df = 1$, $p < 0,05$), les adolescentes des deux groupes ne diffèrent pas statistiquement sur l'ensemble des variables présentées au Tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques des participantes et des agressions sexuelles

Caractéristiques	Échantillon total %	Groupe traitement %	Groupe de comparaison %	Tests statistiques Valeur du du Chi ²
Âge moyen (ans) de la victime	14,6	14,8	14,3	F=1,21
Origine ethnique	n = 42	n = 27	n = 15	
Canadienne	97,7	96,3	100,0	3,11
Russe	2,4	3,7	0,0	
Tuteur de la victime ¹	n = 42	n = 27	n = 15	
Parents	30,9	29,6	33,3	
Mère	26,1	22,2	33,3	
Famille d'accueil	23,8	29,6	13,3	
Centre d'accueil	9,5	11,1	6,7	
Autre	9,5	7,4	13,3	
Caractéristiques liées à l'agresseur	n = 39	n = 26	n = 13	
Personne significative				
Oui	89,7	92,3	84,6	0,56
Non	10,3	7,7	15,4	
Adulte (18 ans et plus)				
Oui	82,1	80,8	84,6	0,09
Non	17,9	19,2	15,4	
Famille immédiate				
Oui	38,5	34,6	46,2	0,49
Non	61,5	65,4	53,8	
Famille élargie				
Oui	35,9	34,6	38,5	0,06
Non	64,1	65,4	61,5	
Inconnue				
Oui	2,6	0	7,7	2,05
Non	97,4	100,0	92,3	
Plus d'un agresseur				
Oui	15,4	11,5	23,1	0,89
Non	84,6	88,5	76,9	

(1) Le test du Chi carré n'est pas valide en raison du nombre de cellule dont le N est plus petit que 5.

* p < 0,05

Tableau 1 (suite)

Caractéristiques socio-démographiques des participantes et des agressions sexuelles

Caractéristiques	Échantillon total %	Groupe traitement %	Groupe de comparaison %	Tests statistiques Valeur du Chi ²
Caractéristiques des agressions sexuelles				
	n = 39	n = 26	n = 13	
Avec pénétration				
Oui	61,5	50,0	84,6	4,39*
Non	38,5	50,0	15,4	
Utilisation de la force				
Oui	30,8	30,8	30,8	0,00
Non	69,2	69,2	69,2	
Présence d'abus physique				
Oui	12,8	15,4	7,7	0,46
Non	87,2	84,6	93,3	
Plus d'une fois par semaine				
Oui	69,2	73,1	61,5	0,54
Non	30,8	26,9	38,5	

* p < 0,05

Mesures

Caractéristiques socio-démographiques et des agressions sexuelles

Tous les questionnaires ont été complétés par les adolescentes à l'exception du *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS - Friedrich, 1992) qui était complété par l'intervenante du CIASF. Le SARS comporte 23 items cotés oui ou non qui permettent de documenter différentes caractéristiques de l'agression sexuelle (sévérité, fréquence, caractéristiques de l'agresseur, etc.). Un questionnaire d'informations socio-démographiques sur l'adolescente a par ailleurs permis de décrire la composition familiale de l'adolescente (nombre de frères et de sœurs, nombre de frères et de sœurs vivant avec elle, son rang dans la famille), le niveau de scolarité des parents et de l'adolescente, l'âge de l'adolescente et avec qui elle habite (mère, père, les deux, famille d'accueil, centre de réadaptation). Ces deux instruments ont été complétés au pré-test uniquement.

Santé psychologique des adolescentes

Le *Trauma Symptoms Checklist for Children* (TSC- C; Briere, 1996) est utilisé auprès d'enfants de 8 à 17 ans et mesure différentes séquelles de détresse post-traumatique d'enfants ayant vécu un événement traumatisant. Il comprend six échelles cliniques mesurant la perception de l'adolescente relativement à son niveau d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de préoccupations sexuelles, de dissociation et de colère. De plus, le TSC-C comprend deux échelles de validité évaluant la tendance des adolescents à nier la présence de symptômes qui sont généralement rapportés par la plupart des répondants ainsi que la tendance à démontrer plus de symptômes que la norme. À partir d'un certain score, les auteurs suggèrent que les résultats des répondants peuvent ne pas être valide. La consistance interne des six échelles cliniques est élevée (Alpha de 0,77 à 0,89) (Brière, 1996). Les validités de convergente, discriminante et de construit ont été étudiées et démontrent des résultats satisfaisants (Brière, 1996). Un score plus élevé indique une présence plus élevée de symptômes.

Le *Youth Self-Report and Profile* (Achenbach, 1991) est la version pour adolescents (11 à 18 ans) du *Child Behavior Checklist* (CBCL) qui mesure la perception qu'a le répondant relativement à différents comportements liés à l'anxiété, la dépression, la somatisation, le retrait social, l'agressivité, la délinquance, l'organisation de la pensée, l'attention et la socialisation. L'instrument compte 112 items qui évaluent, sur une échelle en trois points, la fréquence d'un comportement donné au cours des six derniers mois. Deux grandes échelles permettent de regrouper différents comportements liés à l'internalisation et ceux liés à l'externalisation. Pour une période de sept jours, la stabilité de ces échelles varie de $r = 0,67$ à $0,91$ selon l'échelle et l'âge des adolescents. Un score élevé indique une fréquence plus importante des problèmes de comportements.

Le *Ways of Coping Questionnaire* (version abrégée - Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, et Wright, 1995; Folkman et Lazarus, 1988; Knussen, Sloper, Cunningham et Turner, 1992)

évalue les stratégies d'adaptation utilisées par les adolescents/adultes. Il comprend 21 items qui permettent de noter la fréquence d'utilisation d'un comportement donné sur une échelle en quatre points (pas utilisé, utilisé quelquefois, utilisé souvent, utilisé beaucoup). Il mesure trois types de stratégies d'adaptation, soit la recherche de soutien social, la ré-évaluation positive/négative des problèmes et la distanciation/évitement. Un score élevé indique une fréquence d'utilisation plus grande de la stratégie d'adaptation.

Le *Children's Attitude and Perception Scale* (CAPS, Mannarino, Cohen et Berman, 1994) a été développé spécifiquement pour évaluer certaines attributions et attitudes vis-à-vis d'événements négatifs. Le questionnaire comporte 18 items qui, sur une échelle de type Likert en cinq points allant de "jamais" à "toujours", permet d'évaluer la fréquence de certaines pensées. L'instrument comporte une mesure globale ainsi que quatre sous-échelles : le sentiment d'être différent des autres, la confiance interpersonnelle, la responsabilisation face aux événements négatifs et la crédibilité perçue auprès des autres. Pour la mesure globale, plus le score est élevé plus l'adolescente se présente comme ayant des attitudes et des perceptions plutôt négatives. La consistance interne des sous-échelles varie de 0,68 à 0,72.

Les comportements autodestructeurs spécifiques à la période de l'adolescence chez les victimes d'agressions sexuelles ont été évalués à l'aide de l'Inventaire de comportement d'autodestruction de Sadowsky (1995). Il mesure la présence de 21 comportements d'autodestruction dans les trois derniers mois, dont les comportements auto-mutilatoires (s'ouvrir les veines des poignets, se brûler la peau, s'arracher les cheveux, etc.), les comportements suicidaires (avalier du poison, chercher à s'étrangler), les troubles alimentaires (refuser de manger et manger avec excès, se faire vomir, etc.) et les conduites dangereuses risquant de provoquer des blessures. L'analyse de ce questionnaire est descriptive. Un score total de la présence des comportements sera utilisé pour les fins de l'étude. De plus, les comportements délinquants proviennent d'un instrument maison développé pour cette étude.

Le *Child's Attitude toward the Mother* (CAM) et le *Child's Attitude toward the Father* (CAF) mesurent la perception de l'adolescente concernant la qualité de la relation qu'elle vit avec chacun de ses parents. Il comporte 25 questions et le score global permet d'identifier la présence ou l'absence de conflits dans la relation adolescent-parent. Un score se situant entre 30 et 69 indique la présence d'une relation cliniquement problématique avec le parent alors qu'un score de 70 et plus indique que l'enfant vit un stress sévère et qu'il est possible qu'il utilise ou pense à utiliser la violence pour faire face aux problèmes. (Giuli et Hudson, 1977). Giuli et Hudson (1977) mentionnent une cohérence interne de 0,94 et 0,95 ainsi qu'une fidélité test-retest à une semaine d'intervalle de 0,89 et 0,96 et une validité discriminante de 0,88 et 0,86 pour le CAM et le CAF respectivement. Ces auteurs jugent en outre que les instruments sont dotés d'une bonne validité factorielle, puisque chacun de leurs items est davantage corrélé avec l'échelle à laquelle il appartient qu'avec les échelles utilisées comme critères de comparaison.

Une mesure du sentiment de pouvoir comportant 23 items a également été utilisée (Roger, Chamberlin, Langer, et Crean, 1997). L'instrument original comporte 28 items comprenant 5 sous-échelles soit : l'optimisme, la participation communautaire, l'efficacité personnelle, l'impuissance et la colère justifiée. Pour chacune des affirmations, l'adolescente devait identifier son niveau d'accord avec l'affirmation sur une échelle Likert en 4 points (Tout à fait d'accord à pas du tout d'accord). Dans le cadre de cette étude la sous-échelle «participation communautaire» n'a pas été utilisée. Plus le score est élevé et plus l'adolescente a le sentiment de contrôler sa vie. La consistance interne est élevée, Rogers et al. (1997) rapportent un Alpha de Cronbach de 0,86 alors que Wowra et McCarter (1999) obtiennent un alpha de Cronbach de 0,85 auprès d'un échantillon 283 adultes (*outpatient*) provenant d'une population recevant des services publics en santé mentale.

Variable indépendante – l'intervention de groupe

Bien que le CIASF, un organisme communautaire à but non-lucratif situé dans la région de l'Outaouais (Québec-Canada), offre des interventions de groupe auprès des adolescentes depuis 1993, le modèle d'intervention de groupe fermé qui est ici évalué est offert depuis septembre 1999. Par groupe fermé, nous entendons un groupe qui n'accepte plus de nouveaux participants une fois qu'il a démarré. Les services sont offerts aux adolescents de 13 à 17 ans ayant vécu une agression sexuelle intra-familiale (famille nucléaire ou élargie) ou extra-familiale. Les participantes peuvent avoir été orientées vers le CIASF par différents organismes tels que les Centres jeunesse de l'Outaouais (CJO), les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), etc.

L'intervention de groupe se fait dans le cadre d'un groupe fermé composé de 6 à 8 participantes. Il comprend environ 20 rencontres¹ offertes hebdomadairement, à raison de deux heures par rencontre. L'intervention de nature psychoéducatrice comporte diverses activités thérapeutiques comme des discussions de groupe, des témoignages, des exercices individuels et de groupe et de l'enseignement magistral. Chaque rencontre présente généralement la même structure et porte sur un thème spécifique (voir annexe 1). Les principaux thèmes abordés ont trait au dévoilement de l'abus, au cycle de l'agression sexuelle, aux conséquences des agressions sexuelles dans leur vie, à la relation avec l'agresseur, à la sexualité, à la prévention de la revictimisation et aux relations amoureuses. Les interventions de groupe sont dispensées par 2 intervenants psycho-sociaux (généralement 1 homme et une femme) supervisés au besoin par la directrice du CIASF. Bien que les dynamiques de groupes particulières soient respectées, l'homogénéité des interventions a été assurée à l'aide d'un manuel de traitement (Sénéchal, 1999).

¹ Le nombre de rencontres pour chacun des groupes peut varier légèrement selon le groupe et ses besoins spécifiques.

Les objectifs thérapeutiques sont : a) de réduire les effets négatifs et traumatisants de l'agression sexuelle (anxiété, dépression, baisse d'estime de soi, problèmes de comportements, difficultés liées à la sexualité, agressivité, stress post-traumatique, difficultés d'ordre scolaire) pour permettre à la victime d'acquiescer un développement normal; b) de briser l'isolement par la création de liens avec les autres participantes; c) de déculpabiliser l'adolescente face aux agressions sexuelles vécues, et d) d'aider les participantes à utiliser leurs ressources internes et à développer des outils qui leur permettront de mieux gérer les conséquences de l'agression sexuelle.

Dans le cadre de la présente étude, les 30 adolescentes rencontrées pour l'étude sont réparties dans quatre groupes d'intervention. Trois adolescentes ont abandonné le groupe soit 10% des adolescentes. Si on exclut les adolescentes ayant abandonné, le niveau de participation aux rencontres de groupe de chacune des adolescentes varie de 64% à 100%. En moyenne, les adolescentes ont participé à 90% des rencontres de leur groupe ce qui représente 17,3 rencontres en moyenne par adolescente.

Résultats

Dans un premier temps, des test-t ont été réalisés afin de vérifier si les deux groupes étaient comparables au prétest sur l'ensemble des mesures présentées au Tableau 2. Les résultats montrent qu'à l'exception de cinq variables, les adolescentes des deux groupes présentaient des profils semblables. Les différences statistiques observées se retrouvent au niveau des comportements anorexiques, des distorsions cognitives liées à la confiance interpersonnelle, du sentiment de pouvoir global et de deux stratégies d'adaptation soit la recherche de soutien et la ré-évaluation. Les différences vont toutes dans le même sens, à savoir que les adolescentes du groupe contrôle présentent davantage de difficultés à ces niveaux comparativement aux adolescentes qui ont participé à la thérapie de groupe.

Des analyses de variances à mesures répétées ont ensuite été effectuées afin de déterminer si les adolescentes du groupe traitement s'améliorent de façon significativement plus que celles du groupe contrôle. Le Tableau 2 montre que les adolescentes ayant reçu l'intervention de groupe s'améliorent davantage que celles du groupe contrôle pour plusieurs des variables à l'étude. L'intervention de groupe réduit de façon significative le stress post-traumatique, et ce, pour toutes les échelles du TSC-C à l'exception des préoccupations sexuelles qui ne changent pas plus chez le groupe traitement que contrôle. Une réduction des distorsions cognitives est également constatée, et ce, tout spécialement au niveau de la confiance interpersonnelle et du sentiment de responsabilisation. La perception de l'adolescente concernant la qualité de sa relation avec sa mère montre également des améliorations plus importantes chez le groupe ayant reçu l'intervention, il en est de même au niveau des stratégies d'adaptation puisque les adolescentes ayant reçu l'intervention de groupe utilisent, suite à la thérapie, davantage la recherche de soutien et la ré-évaluation du problème comme stratégies d'adaptation. Notons qu'aucune différence n'est constatée au niveau de l'utilisation de la stratégie d'évitement.

Dans l'ensemble, le sentiment de pouvoir sur leur vie s'améliore davantage pour les adolescentes ayant reçu de la thérapie bien qu'aucune amélioration significative n'est constatée au niveau des sous-échelles de cette même mesure. Au niveau des problèmes de comportements, les adolescentes du groupe traitement voient leurs problèmes de comportements diminuer de façon significative par rapport à celles du groupe contrôle. Ces diminutions se retrouvent tant au niveau des comportements internalisés qu'externalisés et sont davantage concentrées au niveau des comportements de retrait social et d'anxiété dans le cas des comportements internalisés alors que ce sont principalement les problèmes sociaux et les problèmes d'attention qui diminuent dans le cas des comportements externalisés.

Enfin, notons qu'aucune différence significative ne distingue les adolescentes des groupes au niveau des comportements anorexiques, autodestructeurs, délinquants et de la qualité de la relation avec le père à la fin du traitement.

Tableau 2

Efficacité de l'intervention de groupe auprès des adolescentes victimes d'agressions sexuelles

Effets mesurés	Groupe traitement				Groupe Témoin				Temps F (1,40)		Effets		Temps x Gr F (1,40)	
	T0		T1		T0		T1				Groupe	F (1,40)		
<i>Symptômes de stress post-traumatiques (TSC- C; Briere, 1989)¹</i>														
Score total	69.7	26.0	46.3	18.3	60.9	26.1	62.3	20.7	20.9	***	0.3	n.s.	26.3	***
Anxiété	13.0	5.6	7.9	3.8	11.4	5.2	12.4	3.8	13.8	***	1.0	n.s.	32.6	***
Dépression	13.9	5.5	9.0	3.9	14.1	7.1	13.2	4.6	22.1	***	2.0	n.s.	10.3	***
Dissociation	11.7	5.2	8.4	4.0	10.1	5.2	9.4	4.4	10.7	**	0.1	n.s.	4.4	*
Stress post-traumatique	16.7	5.0	10.9	4.0	15.0	4.7	16.6	3.7	10.3	***	2.4	n.s.	33.0	***
Colère	10.8	5.8	7.2	4.4	9.8	4.2	9.4	4.5	9.4	**	0.2	n.s.	5.8	*
Préoccupations sexuelles	7.3	4.4	5.3	2.9	7.1	3.6	7.3	3.3	2.8	n.s.	0.7	n.s.	3.8	n.s.
Compts anorexiques	1.3	1.3	0.8	0.9	1.9	1.7	1.9	1.8	2.0	n.s.	4.6	n.s.	2.0	n.s.
Compts auto-destructeurs	5.1	3.8	2.2	2.7	4.3	4.2	3.2	3.0	14.6	***	0.0	n.s.	2.8	n.s.
Compts délinquants	0.8	1.3	0.6	1.3	0.3	1.0	0.1	0.4	0.5	n.s.	0.0	n.s.	0.0	n.s.
<i>Distorsions cognitives à la suite d'agressions sexuelles (CAPS, Mannarino, Cohen & Berman, 1994)</i>														
Score total	52.9	9.6	47.6	8.1	53.4	13.5	55.7	9.9	2.3	n.s.	2.0	n.s.	14.1	***
Se différent des autres	12.9	3.6	13.3	3.3	12.0	4.4	12.8	3.0	1.6	n.s.	0.4	n.s.	0.3	n.s.
Confiance interpersonnelle	15.9	4.0	13.6	3.4	16.3	4.7	18.2	3.3	0.2	n.s.	4.8	n.s.	19.7	***
Responsabilisation	10.8	2.4	8.4	1.9	10.8	3.6	11.2	3.2	14.1	***	2.9	n.s.	27.6	***
Crédibilité face aux autres	13.3	2.7	12.1	2.7	14.2	3.0	13.5	2.3	9.6	**	2.0	n.s.	0.5	n.s.
<i>Qualité relation mère/fille</i>	42.8	29.3	31.3	26.6	37.1	24.3	41.0	24.6	1.6	n.s.	0.1	n.s.	6.5	*
<i>Qualité relation père/fille</i>	27.3	24.4	22.0	24.5	39.3	24.9	42.0	24.2	0.4	n.s.	3.1	n.s.	3.3	n.s.

(1) Exceptionnellement le nombre de sujets pour les analyses sur le TSC-C ont été réalisées avec 41 sujets, un sujet ayant été rejeté à partir de l'échelle de validité développer pour ce questionnaire. Le sujet avait une tendance à nier les symptômes.

* p < 0,05, ** p < 0,01 et *** p < 0,001

Tableau 2 (suite)

Efficacité de l'intervention de groupe auprès des adolescentes victimes d'agressions sexuelles

Effets mesurés	Groupe traitement				Groupe Témoin				Temps		Effets Groupe		Temps x Gr	
	T0		T1		T0		T1		F (1,40)		F (1,40)		F (1,40)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD						
<i>Stratégie d'adaptation</i>														
Recherche de soutien	8.0	4.0	11.6	3.3	5.8	4.2	4.5	3.1	2.9	n.s.	22.1	***	13.9	***
Ré-évaluation	9.9	6.3	15.1	5.8	7.3	4.2	5.9	3.0	3.4	n.s.	18.7	***	10.4	**
Évitement	9.9	3.0	10.3	3.6	11.2	3.3	11.9	2.6	1.1	n.s.	2.6	n.s.	0.1	n.s.
<i>Sentiment de pouvoir (empowerment)</i>														
Score total	2.7	0.3	2.9	0.4	2.6	0.3	2.6	0.3	2.6	n.s.	5.1	*	4.3	*
Optimisme	2.9	0.5	3.0	0.6	2.9	0.6	2.7	0.5	0.0	n.s.	1.2	n.s.	3.7	n.s.
Colère justifiée	2.2	0.6	2.3	0.6	2.4	0.5	2.4	0.5	0.4	n.s.	1.2	n.s.	0.1	n.s.
Efficacité personnelle	2.7	0.5	3.1	0.5	2.6	0.7	2.6	0.5	5.0	*	4.1	n.s.	3.2	n.s.
Impuissance	2.4	0.4	2.6	0.3	2.4	0.4	2.4	0.2	0.6	n.s.	0.6	n.s.	1.2	n.s.
<i>Youth self-report and profile (Achenbach, 1991)</i>														
Score total	98.1	30.1	76.7	24.6	87.5	27.6	91.6	20.5	10.4	**	0.1	n.s.	22.5	***
Compts internalisés	29.4	12.2	18.3	9.0	27.4	12.0	31.6	9.8	9.9	**	2.9	n.s.	49.0	***
Retrait	7.4	2.9	4.8	2.3	6.5	3.5	8.6	3.2	0.5	n.s.	2.7	n.s.	44.8	***
Somatisation	6.5	3.8	3.8	2.9	7.7	3.7	5.6	2.6	15.9	***	2.8	n.s.	0.2	n.s.
Anxiété	17.2	7.3	10.1	5.9	14.2	7.6	18.9	6.5	2.1	n.s.	2.1	n.s.	52.7	***
Prob. pensées	3.7	3.3	2.1	2.1	4.1	2.8	1.9	1.6	18.1	***	0.0	n.s.	0.5	n.s.
Prob. sociaux	4.2	3.5	3.0	2.2	3.6	2.3	4.1	2.8	0.9	n.s.	0.1	n.s.	6.0	*
Prob. attention	8.3	4.1	6.3	3.3	6.1	2.9	7.3	2.7	1.0	n.s.	0.3	n.s.	19.0	***
Compts externalisés	17.8	8.4	15.0	7.8	14.4	6.8	15.8	8.0	0.5	n.s.	0.3	n.s.	4.2	*
Délinquance	5.7	3.3	4.7	3.2	5.2	2.6	5.3	2.8	1.1	n.s.	0.0	n.s.	2.0	n.s.
Agressivité	12.2	6.1	10.3	5.7	9.2	4.7	10.4	5.7	0.1	n.s.	0.78	n.s.	3.3	n.s.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ et *** $p < 0,001$

Discussion

Niveau d'implantation de l'intervention de groupe

Avant d'aborder la question des effets de l'intervention de groupe, il est important de rappeler le niveau de participation observée dans le cadre de cette étude, soit: le fait que seulement 10% des adolescentes avait abandonné en cours d'intervention et que les adolescentes ont participé à 90% des rencontres de leur groupe. Ces résultats montrent donc un niveau d'implantation du traitement particulièrement élevé et démontrent clairement que les adolescentes ont effectivement reçu le traitement ce qui n'est pas toujours démontré dans les études évaluatives auprès des enfants agressés sexuellement. Plusieurs auteurs ont déjà identifié les difficultés inhérentes à l'implantation des services offerts aux enfants agressés sexuellement et pris en charge par les services de protection de l'enfance, et ce, tant au Canada (David, 1987; Messier, 1986; Messier et De Champlain, 1984; Picard, 1991; Vancouver Incest and Sexual Abuse Centre, 1989) qu'aux États-Unis ou en Europe (Ashby et al., 1987; Bander, Fein et Bishop, 1986; Bentovim, van Elburg et Boston, 1988; Carozza et Heirsteiner, 1983; Friedrich, Luecke, Beilke et Place, 1992; Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli et Sauzier, 1990; Oates, O'Toole, Lynch, Stern et Cooney, 1994). Selon les modalités de thérapies, les taux de participation aux rencontres thérapeutiques peuvent varier de 0% à 100%, la grande majorité étant inférieure à 80%. De même, dans une recension des études portant sur l'efficacité des interventions auprès des enfants agressés sexuellement, Tourigny (1997) souligne qu'un des facteurs les plus susceptibles d'expliquer la difficulté à détecter des effets positifs liés au traitement est la possibilité qu'une portion importante de la clientèle ne reçoit pas ou ne reçoit qu'une partie du traitement prévu. Cet auteur souligne dans un premier temps que la majorité des études recensées (n = 42 études) ne rapporte pas le taux d'abandon ni le taux de participation des

enfants/adolescents au traitement. Dans le cas spécifique des évaluations de la thérapie de groupe seulement 4 études sur 21 rapportent le niveau de participation à la thérapie de groupe ou le taux d'abandon en cours de traitement. Pour ces études, le taux d'abandon varie de 14% à 28% (Carozza et Heirsteiner, 1983; Hack, Osachuk et De Luca, 1994; Picard, 1991; Ashby et al., 1987). Non seulement la description du niveau de participation des adolescentes au traitement permet de faire la démonstration que le traitement est effectivement bien implanté mais cette description peut représenter un indicateur intéressant concernant la capacité du traitement à répondre aux besoins des adolescentes.

Effets de l'intervention de groupe

Les résultats démontrent des améliorations significativement plus importantes chez le groupe d'adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe, et ce, principalement au niveau des symptômes de stress post-traumatique, des distorsions cognitives, des stratégies d'adaptation et des problèmes de comportements internalisés et dans une moindre mesure des comportements externalisés et du sentiment de pouvoir. La majorité de ces aspects sont directement abordés au cours de l'intervention de groupe (voir annexe 1). Par exemple, un atelier porte spécifiquement sur la question des «pensées intrusives ou *flashback*» et comment les gérer. Plusieurs ateliers travaillent de façon concrète les distorsions cognitives souvent rencontrées chez les victimes via des exercices sur la compréhension du cycle des agressions sexuelles qui aide à déculpabiliser et à redonner la responsabilité des agressions sexuelles à l'agresseur. Trois rencontres portent spécifiquement sur l'identification des conséquences personnelles des agressions sexuelles sur les adolescentes et l'identification de moyens adéquats pour faire face à ces conséquences (stratégies d'adaptation positives) (Sénéchal, 1999). Rappelons que l'intervention de groupe augmente la recherche de soutien et la réévaluation qui sont généralement associées à une résolution de la situation plus positive alors que l'évitement est associé à des résultats négatifs. De plus, la

généralisation de ces acquis pourrait les aider à mieux gérer d'autres événements stressant que les adolescentes pourraient rencontrer dans d'autres contextes de vie.

Des améliorations significatives sont également présentes au niveau de la perception qu'à l'adolescente de sa relation avec sa mère alors qu'aucun changement n'est observé quant à la relation avec le père. L'examen détaillé des scores à ces deux échelles nous montre qu'au pré test, les adolescentes qui participent à l'intervention de groupe présentent un score moyen de 43 ce qui indique la présence d'une relation cliniquement problématique avec la mère ce qui est également le cas pour les adolescentes du groupe contrôle (Giuli et Hudson, 1977). Ces adolescentes semblent donc présenter des difficultés particulières dans leur relation avec leur mère ce qui pourrait être causées en partie du moins par le fait que les adolescentes peuvent en vouloir à leur mère de ne pas les avoir protégées de l'agresseur. De plus, l'examen des résultats concernant la relation avec le père montre que les adolescentes du groupe traitement ne semblent pas percevoir leur relation avec leur père comme présentant des conflits, le score moyen au pré test se situant sous le seuil indiquant la présence d'une relation cliniquement problématique (moins de 30). Par contre, celle du groupe contrôle présente une relation jugée problématique avec leur père. Il est donc possible que le fait de ne pas trouver d'amélioration significative au niveau de la relation avec le père chez le groupe traitement soit simplement lié au fait qu'au début du traitement cette relation ne soit pas considérée comme problématique. Enfin, soulignons que bien que dans la majorité des cas, le père ne soit pas l'agresseur sexuel, il semble que les adolescentes du groupe de traitement présentent davantage de conflits avec leur mère que leur père.

Certains aspects de la vie des adolescentes ne semblent toutefois pas changer suite à la thérapie. Par exemple, nous ne constatons aucune diminution significative des comportements anorexiques, auto-destructeurs et délinquants. Il est possible que ces résultats soient liés à une fréquence faible de ces comportements au début de la thérapie. Les résultats montrent en effet qu'en moyenne les adolescentes des deux groupes présentent très peu de comportements

anorexiques ou délinquants (Tableau 2). Dans le cas des comportements auto-destructeurs, une diminution moyenne de près de trois comportements chez les adolescentes du groupe traitement est toutefois constatée sans que cette différence ne soit significativement différente de celle du groupe contrôle.

Forces et limites méthodologiques

Cette étude suggère que l'intervention de groupe peut s'avérer une modalité d'intervention efficace pour aider à réduire les séquelles de l'agression sexuelle et améliorer la santé psychologique des adolescentes ayant été agressées sexuellement. Sur le plan de la méthodologie, l'utilisation d'un groupe de comparaison, l'utilisation d'une variété de mesures directement liées aux conséquences des agressions sexuelles, un nombre de participants acceptable et le fait de documenter le niveau de participation des adolescentes à l'intervention de groupe représentent des forces méthodologiques.

Toutefois certaines limites méthodologiques demeurent présentes. L'utilisation d'un devis quasi expérimental, bien que représentant un net avantage comparativement au devis pré et post traitement fréquemment utilisé pour évaluer l'intervention de groupe, demeure un devis qui présente certaines menaces à la validité interne. Bien que les adolescentes des deux groupes ne se distinguent pas quant à leur état psychologique lors du pré-test, il est possible que les adolescentes du groupe de traitement présentent certaines caractéristiques pouvant expliquer en partie ou en totalité les changements observés suite à l'intervention de groupe. Par exemple, il est possible que des facteurs individuels tels la motivation à participer à la thérapie de groupe ou une participation plus active à des services extérieurs au CIASF puisse expliquer partiellement l'amélioration constatée.

Une seconde limite concerne le fait que toutes les mesures utilisées dans le cadre de l'étude sont des mesures auto-administrées aux adolescentes. L'utilisation de plusieurs sources de

données (parent, professeur, autre adulte significatif) pourraient éventuellement fournir un portrait plus complet et valide.

Notre étude confirme donc ce que plusieurs études ont démontré, à savoir que la thérapie de groupe peut atténuer de nombreux symptômes associés aux agressions sexuelles (voir les recensions de Finkelhor et Berliner (1995) et de Tourigny (1997)). Par exemple, à partir de devis scientifiquement rigoureux (quasi expérimental ou expérimental), Baker (1987), Burke (1988), McGain et McKinzey (1995), Perez (1988) et Verleur et al. (1986) ont fait état de différences significatives statistiquement liées à l'efficacité de la thérapie de groupe. Toutefois, plusieurs défis demeurent et les prochaines études évaluatives devraient chercher à mieux comprendre : 1) si les effets du traitement se maintiennent dans le temps; 2) quelles sont les caractéristiques de l'intervention qui sont liées à une meilleure efficacité du traitement; 3) quels sont les enfants/adolescents qui bénéficient davantage de l'intervention; 4) quelles sont les caractéristiques des enfants/adolescents qui abandonnent le traitement. Des réponses à ces questions devraient nous aider à mieux comprendre les besoins des enfants/adolescents qui ont été agressés sexuellement et à améliorer les services thérapeutiques qui leurs sont offerts.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ashby, M. R., Gilchrist, L. D. et Miramontez A. (1987). A group treatment for sexually abused American Indian adolescents. Social Work with Groups, 10 (4), 21-32.
- Baker, C. R. (1987). A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females". Dissertation Abstracts International, 47 (10-B), 4319-4320.
- Bander, K. W., Fein, E. et Bishop, G. (1986). Évaluation des programmes contre l'exploitation sexuelle des enfants. In Sgroi, S. M. (Ed) L'agression sexuelle et l'enfant: Approche et thérapies, (pp 377-410). St-Laurent (Qué.): Éditions du Trécarré.
- Bentovim, A., van Elburg, A. et Boston, P. (1988). The results of treatment. In Bentovim, A., Elton, A., Hilderbrand, J. Tranter, M. et Vizard, E. (Eds.). Child sexual abuse within the family: Assessment and treatment, (pp. 252-268). Londres: Wright.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C. et Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales: présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. Revue canadienne des sciences du comportement, 27 (3), 371-377.
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional Manual. Odessa: Psychological Resources, Inc.
- Briere, J. N. et Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. The Future of Children, 4, 54-69.
- Carozza, P. M. et Heirsteiner, C. L. (1983). Young female incest victims in treatment: Stages of growth seen with a group art therapy model. Clinical Social Work Journal, 10 (3), 165-175.
- Darveau-Fournier, L., Lindsay, J., Tessier, L. et Beaudoin, G. (1993). Abus sexuels envers les enfants: intervention de groupe et évaluation. Ste-Foy: Université Laval, École de service social.
- David, G. (1987). Nécessité et efficacité d'une approche intégrée dans le traitement de l'inceste. Service Social, 36 (2/3), 350-368.
- Dembo, R., Williams, L., Schmeidler, J., Berry, E., Wothke, W., Getreu, A., Wish, E. D. et Christensen, C. (1992). A structural model examining the relationship between physical child abuse, sexual victimization, and marijuana/hashish use in delinquent youth: A longitudinal study. Violence and Victims, 7, 41-61.
- Finkelhor, D. et Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34 (11), 1408-1423.
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1988). Ways of Coping Questionnaire: Research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Forbey, J. D., Ben-Porath, Y. S. et Davis, D. L. (2000). A comparison of sexually abused and non-sexually abused adolescents in a clinical treatment facility using the MMPI-A. Child Abuse and Neglect, 24, 557-568.

Friedrich, W. N. (1992). Self-Destruction Behaviors Inventory. Document inédit. Rochester: Department of Pedopsychiatry, Clinique Mayo.

Friedrich, W. (1997). Psychotherapy with sexually abused boys. In Wolfe, D. A., McMahon, R. J. et Peters, R. D. (Eds). Child abuse, new directions in prevention and treatment across lifespan. Banff International Behavioral Science Series. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke R. L. et Place, V. (1992). Psychotherapy outcome of sexually abused boys: An agency study. Journal of Interpersonal Violence, 7 (3), 396-409.

Glaser, D. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. British Journal of Psychiatry, 159, 769-782.

Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., Cardarelli, A. P. et Sauzier, M. (1990). The aftermath of child sexual abuse: 18 months later. In Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M et Cardarelli, A. P. (Eds). Child sexual abuse: The initial effects. (pp. 132-152). Newbury Park, CA: Sage.

Green, S. M., Russo, M. F., Navratil, J. L. et Loeber, R. (1999). Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. Journal of Child and Family Studies, 8, 151-168.

Giuli, C. A. et Hudson, W. W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice: The child point of view. Journal of Social Service Research, 1 (1), 77-92.

Grilo, C. M., Sanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S. et McGlashan, T. H. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. American Journal of Psychiatry, 156, 538-543.

Hack, T. F., Osachuk, T. A. G. et De Luca, R. V. (1994). Group treatment for sexually abused preadolescent boys. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services, 75, 217-228.

Keller, R. A., Cicchinelli, L. F. et Gardner., D. M. (1989). Characteristics of child sexual abuse treatment programs. Child Abuse and Neglect, 13 (3), 361-368.

Kendall-Tackett, K. A., Meyer-Williams, L. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113 (1), 164-180.

Knussen, C., Sloper, P., Cunningham, C. C. et Turner, S. (1992). The use of the Ways of Coping (revised) questionnaire with parents of children with Dow's syndrome. Psychological Medicine, 22, 775-786.

Kruczek, T. et Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group. Child Abuse and Neglect, 23 (5), 477-485.

Lindon, J. et Nourse, C. A. (1994). A multi-dimensional model of groupwork for adolescent girls who have been sexually abused. Child Abuse and Neglect, 18 (4), 341-348.

Mackey, B., Gold, M. et Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescents girls who have been sexually abused. The Arts in Psychotherapy, 14 (1), 77-84.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., et Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. Journal of Clinical Child Psychology, 23 (2), 204-211.

Marois, M. R., Messier, C. et Perreault, L. A. (1982). L'inceste: une histoire à trois ou plus... apprendre à les aider. Québec: Ministère de la justice, Comité de la protection de la jeunesse.

McGain, B. et McKinzey, R. K. (1995). The efficacy of group treatment in sexually abused girls". Child Abuse and Neglect, 19 (9), 1387-1399.

Mennen, F. E. et Meadow, D. (1993). The relationship of sexual abuse to symptom levels in emotionally disturbed girls. Child and Adolescent Social Work Journal, 10, 319-328.

Messier, C. (1986). Le traitement des cas d'inceste père-fille: Une pratique difficile. Québec: Ministère de la justice, Comité de la protection de la jeunesse.

Messier, C. et De Champlain, J. (1984). La protection sociale des enfants victimes d'abus sexuels: Où en sommes-nous au Québec ? Québec: Ministère de la justice, Comité de la protection de la jeunesse.

Oates, R. K., O'Toole, B. I., Lynch, D. L., Stern, A. E. et Cooney, G. (1994). Stability and change in outcomes for sexually abused children. Journal of American Academy for Children and Adolescent Psychiatry, 33 (7), 945-953.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., & Frappier, J.-Y. (2000). Les soins aux jeunes en difficulté - QC-411 - Volet 1. Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et descriptions des services reçus au cours des premiers mois. : Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.

Perez, C. L. (1988). A comparison of a group play therapy and individual therapy for sexually abused children. Dissertation Abstracts International, 48, 3079.

Picard, D. (1991). Rapport d'évaluation de l'activité de groupe pour les adolescentes victimes d'abus sexuel. Québec: Direction des services professionnels, Centre de services sociaux du Québec.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 269-278.

Rogers, S. E., Chamberlin, J., Langer Ellison, M., & Crean, T. (1997). A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. Psychiatric Services, 48 (8), 1042-1047.

Rorty, M. et Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. Psychiatric Clinics of North America, 19, 773-791.

Sadowsky, C. M. (1995). Self-Injurious Behaviors Questionnaire. Unpublished manuscript. Rochester, MN: Mayo Clinic.

Saunders, B. E., Berliner, L. et Hanson, R. F. (2003). Guidelines for psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse (Final Report). Charleston, SC: Authors.

Sénéchal, P. (1999). Modèle d'intervention de groupe auprès d'adolescentes abusées sexuellement. Document inédit. Hull, Québec: Centre d'Intervention en Abus Sexuel pour la Famille.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z. et Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. Child Abuse and Neglect, 20, 709-723.

Silvosky, J. F. et Hambree-Kigin, T. L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children : A review. Journal of Child Sexual Abuse, 3 (3), 1-20.

Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham K. et Jones, M. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting. Journal of Interpersonal Violence, 10 (4), 533-542.

Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement: une recension des écrits. Revue canadienne de psycho-éducation, 26(1), 39-69.

Tourigny, M. (1991). Incidence, facteurs de risque et programmes de prévention des abus sexuels envers les enfants. Recueil des études commandées par le Groupe de travail pour les jeunes. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J., et Chartrand, M.-E. (soumis). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. Revue Canadienne de Santé Publique.

Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I. et Wright, J. (2005). Portrait québécois des signalements pour abus sexuels faits à la Direction de la protection de la jeunesse. Rapport de recherche. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J. et Larrivée, M.-C. (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.

Vancouver Incest and Sexual Abuse Centre (VISAC) (1989). The integrated treatment model ITM: For sexually abused children and their mothers. Vancouver: Family Services of Greater Vancouver.

van der Kolk, B. A., Perry, J. C. et Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. American Journal of Psychiatry, 148, 1665-1671.

Verleur, D., Hughes, R. E. et de Rios, M. D. (1986). Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims: A controlled comparison. Adolescence, 21, 843-854.

Wowra, S. A., McCarter, R. (1999). Validation of the empowerment scale with an outpatient mentale health population. Psychiatric Services, 50 (7), 959-961.

Wright, J., Tourigny, M., Trocmé, N. et Mayer, M. (2000). Decline of incidence of sexual abuse in Québec: An exploration of possible causes. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, November 3rd, Rockville, Maryland US.

Annexe 1

Thématiques abordées durant l'intervention de groupe auprès des adolescentes ayant été agressées sexuellement.

Cette annexe présente en ordre chronologique les différents thèmes abordés pendant les rencontres ainsi que les objectifs généraux visés par chacun de ces thèmes. Ces thèmes peuvent s'échelonner sur plus d'une rencontre.

Thème 1. Amorcer la démarche de groupe : Établir un lien de confiance, créer un climat propice aux échanges, présenter les objectifs des rencontres, établir une structure favorable au travail thérapeutique, permettre la socialisation afin de briser la stigmatisation, explorer et recadrer le vécu émotif des adolescentes en lien avec la situation d'agression sexuelle.

Thème 2. Témoignage d'une survivante d'une agression sexuelle : Par modelage ou imitation, faciliter le récit de la situation vécue et la découverte de moyens d'adaptation adéquats.

Thème 3. Le dévoilement : Faciliter l'expression des émotions face au dévoilement (honte, culpabilité), restructuration cognitive en lien avec le dévoilement (désavantages/avantage).

Thème 4. Les messages véhiculés par l'agression et les mécanismes de défense (d'adaptation) : Identifier les mécanismes d'adaptation de l'adolescente, effectuer un recadrage des mécanismes de défenses, démontrer que le dialogue intérieur a un impact sur l'état émotif et sur les comportements.

Thème 5. Le cycle de l'agression sexuelle (le profil de l'agresseur) : Diminuer la culpabilité ressentie face à l'agression vécue, restructuration cognitive en lien avec la responsabilité de l'agression sexuelle (démontrer les manipulations utilisées par l'agresseur pour les piéger, la préparation du geste par l'agresseur).

Thème 6. Lettre à l'enfant agressé sexuellement : Diminuer la culpabilité face à l'agression sexuelle vécue, réduire l'isolement social en favorisant le soutien mutuel des adolescentes, faciliter le développement de comportements sains chez l'adolescente.

Thème 7. Les sentiments : Valider les sentiments liés à l'agression, reconnaître l'utilité d'identifier, de vivre, de verbaliser et de gérer ses émotions, normaliser les réactions affectives, démontrer que les sentiments évoluent.

Thème 8. Les conséquences de l'agression sexuelle : Favoriser la prise de conscience des impacts de l'agression sexuelle, identifier des outils pour atténuer l'impact sur le fonctionnement global des participantes (stratégies d'adaptation).

Thème 9. Les pensées intrusives (flashbacks) : Identifier, développer et partager des moyens adéquats pour gérer les pensées intrusives.

Thème 10. Lettre à l'agresseur : S'exprimer librement face à l'abuseur.

Thème 11. L'estime de soi : Identifier ce qu'est l'estime de soi, développer des outils afin d'avoir une bonne estime de soi.

Thème 12. Les relations amoureuses : Reconnaître ce qu'est une relation amoureuse saine.

Thème 13. L'éducation sexuelle : Explorer les étapes du développement sexuel à l'adolescence.

Thème 14. Se projeter dans l'avenir de façon positive et prévenir la revictimisation : Faire le bilan du cheminement des adolescentes, développer des moyens de protection de la revictimisation, une image positive de soi et une vision optimiste de l'avenir.