

2m11.2851.10

Université de Montréal

**ÉVOLUTION D'UNE CLIENTÈLE D'ADOLESCENTS
VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES ET DESCRIPTION
DES SERVICES PSYCHOSOCIAUX REÇUS EN C.L.S.C.**

ANNIE HAMELIN

École de service social

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en service social

Septembre 2000

© Annie Hamelin, 2000



DES RECHERCHES EN SCIENCE DE LA VIE
AU DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE
ÉVOLUTION BRYOPHYTES CLASSIFICATION

HV
13
U54
2001
N. 002

ANNIE HAMELIN

École de service social

Faculté des arts et des sciences

Membre titulaire à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences sociales



1970-1971

2001

PAGE D'IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**Évolution d'une clientèle d'adolescents
victimes d'agressions sexuelles et description
des services psychosociaux reçus en C.L.S.C.**

Présenté par :

ANNIE HAMELIN

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claire Chamberland

Jacques Moreau

Gilles Rondeau

Mémoire accepté le 5 janvier 2001

SOMMAIRE

Du constat qu'aucun service spécifique existe au Québec pour les victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales, les CLSC St-Hubert et Samuel de Champlain ainsi que plusieurs partenaires ont mis en œuvre le service qui fait l'objet de la présente étude. Cette étude porte sur l'intervention auprès d'adolescents victimes d'agressions sexuelles commis par les tiers. L'objet premier de ce travail est de présenter une description des services psychosociaux reçus et de la clientèle rejointe et l'évolution d'une partie de cette clientèle à travers le temps.

Cet écrit fait état des connaissances existantes sur les agressions sexuelles en ce qui a trait particulièrement aux adolescentes étant donné que la majorité des sujets de cette étude sont de sexe féminin. Les différentes définitions légales et psychosociales de la problématique sont explicitées. L'ampleur du phénomène est également exploré à partir des données canadiennes et américaines d'incidence et de prévalence. Une attention particulière est portée sur les indices de gravité des agressions. Un modèle de compréhension de l'impact des conséquences engendrées par les agressions sexuelles est identifié. Une description des diverses conséquences pouvant être vécues par les adolescentes suite aux agressions sexuelles est également abordée.

Les conséquences engendrées par les agressions font émerger l'importance d'intervenir afin qu'elles n'entraînent une détérioration du fonctionnement psychologique et social des victimes. Le deuxième chapitre aborde les modèles d'intervention visant les victimes d'agressions sexuelles; une attention particulière est accordée à l'approche de la *thérapie spécifique à l'abus sexuel*. Cette approche est considérée comme prometteuse. Les principaux objectifs visés, les thèmes et les moyens utilisés au sein de ce modèle de pratique sont décrits. Les facteurs qui peuvent nuire ou faciliter la résolution des conséquences sont explorés. Le processus thérapeutique est finalement examiné. Par la suite, le processus d'implantation du service faisant l'objet de cette étude et celle d'un comité aviseur ayant comme mandat de favoriser l'implication active des partenaires durant le déroulement du projet, est décrite.

Un devis avant-après avec absence de groupe contrôle est adopté pour vérifier si des changements positifs ou négatifs s'opèrent chez 21 victimes d'agressions sexuelles qui ont

bénéficié des services impliquant des interventions de groupe ou en individuel. L'absence de groupe contrôle limite l'établissement des liens de causalité possibles entre les changements observés et l'attribution au processus thérapeutique.

Néanmoins, l'analyse des résultats du Trauma Symptom Check List (TSCC) et du Youth Self-Report (YSR) révèle que les pensées, les sentiments et les comportements problématiques ont diminué pour la majorité de la clientèle rejointe durant la période étudiée. De plus, les clients du service à l'étude semblent avoir enregistré une augmentation de l'estime de soi sur les différentes échelles du Harter. Aucune analyse statistique ne peut toutefois corroborer ces observations.

La dernière partie de cette étude s'articule autour des différentes limites que comporte cette étude. Finalement, des recommandations sont faites notamment en ce qui a trait à l'arrimage entre le monde de la recherche et celui de l'intervention.

TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION DU JURY	i
SOMMAIRE	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xii
REMERCIEMENTS	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE	4
1.1 Bref historique	4
1.2 Définitions	5
1.2.1 Définitions légales	5
1.2.2 Définitions psychosociales	7
1.3 L'ampleur	8
1.3.1 Incidence	9
1.3.2 Prévalence	13
1.3.3 Limites des données	17
1.4 Description générale du phénomène	19
1.4.1 Victimes et agresseurs	19
1.4.2 Types d'agression	21
1.4.3 Gravité	22
1.5 Compréhension de l'impact de la victimisation	23
1.5.1 La vulnérabilité et le niveau de développement de l'enfant	23
1.5.2 Les dynamiques traumatisantes	25

1.6	Les conséquences sur les adolescentes	28
1.6.1	Dépression et retrait	29
1.6.2	Estime de soi	30
1.6.3	Anxiété et peurs	30
1.6.4	Sentiments et émotions	31
1.6.5	Problèmes sexuels et de comportements	33
1.6.6	Abus et/ou dépendance aux substances	34
1.6.7	Automutilation / suicide	34
1.6.8	Syndrome de stress post-traumatique et les problèmes de santé mentale	35
1.6.9	Revictimisation	37
1.7	Les adolescentes asymptomatiques	37
1.8	Conclusion	39
CHAPITRE II		
LE MODÈLE D'INTERVENTION		
2.1	Revue des différents modèles d'intervention	41
2.2	Les courants psychologiques	42
2.2.1	Modèle cognitiviste	43
2.2.2	Modèle humaniste	43
2.3	Thérapie spécifique à l'abus sexuel	44
2.3.1	Le groupe	46
2.4	Les thèmes et moyens associés au processus d'intervention	47
2.4.1	Thèmes	47
2.4.2	Moyens	48
2.5	Facteurs aidant et/ou nuisibles	50
2.5.1	Caractéristiques personnelles	50
2.5.2	Fonctionnement familial	51
2.5.3	Soutien	52
2.6	Conclusion	52

CHAPITRE III	
LA CONCEPTION DU PROJET	54
3.1 Origine du projet	54
3.2 Création du comité	55
3.3 Description du service	56
3.4 Processus de référence	56
3.5 Diffusion du service	57
3.6 La formation	58
CHAPITRE IV	
LA MÉTHODOLOGIE	59
4.1 Plan de recherche	59
4.2 Échantillon	60
4.3 Instruments de mesure	60
4.3.1 Youth Self-Report	60
4.3.2 Trauma Symptom Checklist for Children.....	63
4.3.3 Parental Bonding Instrument	65
4.3.4 Self-Perception Profile for Adolescent	67
4.4 Évaluation du modèle d'intervention	68
4.5 Déroulement	68
CHAPITRE V	
LES RÉSULTATS	70
5.1 Description de la clientèle	70
5.1.1 Profil socio-démographique	70
5.1.2 Constellation familiale	73
5.1.3 Référence et services antérieurs	73
5.1.4 Agression	74
5.1.5 Agresser	75
5.1.6 Dévoilement	76

5.1.7	Processus judiciaire	78
5.1.8	Conséquences sur les adolescentes	78
5.1.9	Histoire familiale et événements particuliers	80
5.2	Service d'intervention offert	81
5.2.1	Compréhension du phénomène	81
5.2.2	Processus d'intervention	83
5.2.3	Intervention individuelle reçue	87
5.2.4	Intervention groupe	88
5.3	Évolution de la clientèle	90
5.3.1	Youth Self-Report	91
5.3.2	Trauma Symptom Checklist for Children	95
5.3.3	Self-Perception Profile for Adolescent	99
5.3.4	Parental Bonding Instrument	104
5.4	Conclusion	107
CHAPITRE VI		
LA DISCUSSION		
6.1	Portrait de la situation	109
6.1.1	Caractéristiques de la clientèle rejointe et du processus de référence.	109
6.1.2	Caractéristiques des agressions et indicateurs de gravité	111
6.2	Les dynamiques traumatisantes	113
6.3	Modèle d'intervention	114
6.4	Portrait et évolution de la clientèle	115
6.4.1	Les séquelles	115
6.4.2	Absence de symptômes	119
6.4.3	L'estime de soi	120
6.4.4	Le lien d'attachement	121
6.5	Les limites	123
6.5.1	Le devis	123
6.5.2	La réalité du service à l'étude	123

6.6	Impact du processus thérapeutique	124
6.7	Recommandations	125
	CONCLUSION	127
	BIBLIOGRAPHIE	129
	APPENDICE A	138
A.1	MANDAT DU COMITÉ AVISEUR	139
A.2	DÉPLIANT PROMOTIONNEL DU SERVICE	140
A.3	FEUILLE SYNTHÈSE PROMOTIONNELLE	141
	APPENDICE B	142
B.1	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	143
B.2	YOUTH SELF-REPORT	144
B.3	TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN	151
B.4.	PARENTAL BOUNDING INSTRUMENT	154
B.5	SELF-PERCEPTION PROFILE FOR ADOLESCENT	158
B.6	L'ENTREVUE	166
B.7	LES GRILLES CLINIQUES	167

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
1.1	Taux d'incidence annuel des signalements signalés et fondés en abus sexuel au Canada.....	10
1.2	Taux d'incidence annuel des signalements signalés et fondés en abus sexuel.....	12
1.3	Prévalence des agressions sexuelles	15
5.1	L'âge des sujets.....	70
5.2	Le niveau de scolarité des sujets.....	71
5.3	Le niveau de scolarité des parents	72
5.4	Les types de revenu des parents.....	72
5.5	Les types d'agression.....	74
5.6	L'âge lors de la première agression	75
5.7	Le nombre de rencontres individuelles par sujet	87
5.8	Le nombre d'échelles sur lesquelles les sujets cotent clinique ou borderline au premier temps de mesure du YSR (n= 19).....	91
5.9	Les sujets cotant clinique ou borderline au premier temps de mesure du YSR (n=19)	92
5.10	La variation des éléments problématiques au deuxième temps de mesure du YSR par rapport au premier temps de mesure (n=11).....	93
5.11	La variation des éléments problématiques au troisième temps de mesure du YSR par rapport au deuxième temps de mesure (n=9).....	94

5.12	Le nombre d'échelles sur lesquelles les sujets cotent clinique au premier temps de mesure du TSCC (n=20).....	96
5.13	Les sujets cotant clinique au premier temps de mesure du TSCC (n=20) .	96
5.14	La variation des éléments problématiques au deuxième temps de mesure du TSCC par rapport au premier temps de mesure (n=11)	97
5.15	La variation des éléments problématiques au troisième temps de mesure du TSCC par rapport au deuxième temps de mesure (n=9)	98
5.16	Le niveau d'estime de soi par sujet au premier temps de mesure du SPPA (n=19).....	99
5.17	Le niveau d'estime de soi par échelle au premier temps de mesure du SPPA (n=19).....	100
5.18	La variation de l'estime de soi au deuxième temps de mesure du SPPA par rapport au premier temps de mesure (n=11).....	101
5.19	La variation de l'estime de soi au troisième temps de mesure du SPPA par rapport au deuxième temps de mesure (n=9).....	102
5.20	Le niveau d'estime de soi par sujet lors du troisième temps de mesure du SPPA (n=9)	103
5.21	Le niveau d'estime de soi par échelle lors du troisième temps de mesure du SPPA (n=9)	103
5.22	La qualité du lien d'attachement au premier temps de mesure du PBI (n=20).....	104
5.23	L'évolution du lien d'attachement au deuxième temps de mesure du PBI par rapport au premier temps de mesure (n=11).....	106
5.24	L'évolution du lien d'attachement au troisième temps de mesure du PBI par rapport au deuxième temps de mesure (n=9).....	106
5.25	La qualité du lien d'attachement au troisième temps de mesure du PBI (n=9)	107

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1	Continuum de dépendance pour les types de victimisations chez les enfants / adolescentes.....	24
4.1	Le devis de l'étude	59

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CDI	Child's depression inventory
CLSC	Centre local de services communautaires
CJ	Centres jeunesse
CSATP	Child sexual abuse treatment program
CSTTP	Connecticut sexual trauma treatment program
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse
EO	Évaluation orientation
LPJ	Loi de la protection de la jeunesse
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAAC	Programme d'aide à l'action concertée
PBI	Parental Bounding Instrument
RTS	Réception et traitement des signalements
RRSSS	Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux
SPPA	Self-Perception Profile for Adolescent
SSTP	Syndrome de stress post-traumatique
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children
YSR	Youth Self-Report

REMERCIEMENTS

Cette étude n'aurait été possible sans la précieuse collaboration de Madame Jo-Anne Jacob, intervenante dans le service de cette étude. Merci Jo-Anne pour le temps que tu as investi et pour ta passion de l'intervention. Je remercie le CLSC ainsi que les jeunes qui ont accepté de participer à cette étude. Je remercie également Monsieur Marc Tourigny qui m'as permis de faire partie de cette équipe de recherche.

Je remercie particulièrement Madame Claire Chamberland qui m'a permis d'atteindre mes objectifs tant personnels que professionnels et qui m'a soutenue à travers ce cheminement. Merci Claire, tu m'as amenée à me connaître encore davantage en tant qu'intervenante et à prendre conscience de mes peurs, de mes limites et surtout de mes compétences. Merci d'avoir cru en moi !

Un remerciement spécial et empreint de gratitude à Madame Julie Turner qui a toujours été présente et à l'écoute. Merci Julie de m'avoir permis de t'exprimer mes peurs, mes insécurités et mes joies à travers cette démarche et d'avoir partagé la richesse de ton savoir. Tu m'as beaucoup appris.

Je désire remercier également mon conjoint pour son soutien à travers ce cheminement professionnel. Merci Mario de m'avoir écoutée à maintes reprises dans les moments ardu. Merci pour tes attentions, pour les nombreuses stratégies de renforcement que tu as utilisées afin de m'inciter à toujours persévérer.

J'adresse un remerciement spécial à Madame Nadia Duguay qui s'est impliquée dans la correction de ce mémoire et qui m'a permis de pousser ma réflexion. Particulièrement dans les moments de découragement, ton humour m'as permis de retrouver un plaisir à rédiger. Merci mille fois Nadia.

Je remercie toutes les personnes de mon entourage qui au cours des quatre dernières années m'ont soutenue, m'ont encouragée et se sont impliquées de près ou de loin dans ce cheminement professionnel par des paroles, des silences, des écrits et des regards de compréhension: ma mère Ginette, Lucie Brais, Karine Boudreau, Geneviève Dubois, Renée-Claude Giroux, Marion Lefèvre, Annie Dubois, Claudie Prud'homme, Patricia Berthelet, Jean-Marc Routhier, Ann Pâquet-Deehy, Jacques Moreau, Sophie Léveillé, Sylvie Cameron et Lionel Groulx.

Un remerciement spécial à ce petit être qui grandit en moi et qui m'a donné la force et l'inspiration d'achever la rédaction de ce mémoire. Merci mon ange.

Merci à toutes et à tous d'avoir toujours été là !

INTRODUCTION

Les agressions sexuelles faites aux enfants constituent un problème social important. À partir des années 70, on reconnaît de plus en plus la présence de conséquences chez les victimes, lesquelles peuvent avoir des répercussions importantes tout au long de leur vie (Finkelhor, 1994b).

En 1991, le rapport « *Un Québec fou de ses enfants* » (Bouchard et al., 1991) met en évidence le caractère menaçant des abus sexuels sur le développement et l'intégration sociale de ceux qui en sont victimes. Ce rapport est suivi de « *la politique de la santé et du bien-être* » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992) qui met un accent sur l'importance de se donner des objectifs clairs afin de réduire les problèmes sociaux qui affectent l'individu dans les différentes étapes de sa vie. Ce deuxième rapport identifie notamment les abus sexuels envers les enfants comme un problème social sur laquelle l'on doit intervenir (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992).

Au Québec, la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) rapporte également que le développement et la sécurité d'un enfant ou d'un adolescent sont compromis si des agressions sexuelles sont subies par ces derniers. Les cas d'agressions sexuelles faites aux enfants et aux adolescents doivent être signalés au Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). Cependant, les signalements ne sont pas tous retenus par cette instance particulièrement en ce qui a trait aux agressions sexuelles commises par un tiers. Des services sont dès lors mis en place dans les milieux afin de desservir cette clientèle.

La présente étude s'insère dans le cadre de l'implantation d'un service d'intervention en CLSC pour les adolescents agressés sexuellement par un tiers, nécessaire compte tenu de la pénurie de ressources dans les communautés. Les deux principaux objectifs de cette étude sont de présenter une description des services psychosociaux reçus en CLSC et de la clientèle rejointe ainsi que l'évolution d'une partie de cette clientèle à travers le temps. Le devis adopté est de type avant-après avec absence de groupe contrôle. Les informations sont recueillies à partir d'instruments de mesure validés, de grilles cliniques, des dossiers clients et d'une entrevue.

Le premier chapitre porte sur l'élaboration d'un portrait des connaissances existantes de la problématique en ce qui a trait particulièrement aux adolescentes étant donné que la majorité des sujets de cette étude sont de sexe féminin. Les définitions légales et psychosociales des agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sont présentées. Il fait aussi état des connaissances sur l'ampleur de la problématique à partir des données canadiennes et américaines d'incidence et de prévalence. Une partie de ce chapitre porte sur les indicateurs reliés à la gravité des agressions sexuelles ainsi qu'à la présentation d'un cadre de compréhension de l'impact des conséquences que peuvent engendrer les agressions sexuelles chez les adolescentes. Une synthèse de ces conséquences est exposée.

Le deuxième chapitre est consacré au modèle de pratique correspondant au service faisant l'objet de cette étude. Une brève revue des modèles d'intervention en agression sexuelle est exposée ainsi qu'une description des deux courants psychologiques ayant influencé l'élaboration de celui présenté dans ce chapitre et pratiqué dans le service à l'étude, soit *la thérapie spécifique à l'abus sexuel*. Les principales caractéristiques de cette approche sont présentées ainsi que les facteurs pouvant influencer de façon positive ou négative le processus thérapeutique.

Le troisième chapitre décrit l'historique et le processus d'implantation du service à l'étude alors que le quatrième chapitre fournit de l'information sur le devis et les instruments utilisés pour documenter l'évolution de la clientèle. Le plan de recherche et l'échantillon sont définis. Les différents instruments mesurant la nature et l'importance des séquelles observées par les adolescents, leur estime de soi, le lien d'attachement parental sont présentés ainsi que les autres outils ayant servi à recueillir de l'information générale sur les caractéristiques de la clientèle et des abus subis. Le processus de cueillette des données est aussi expliqué.

Le cinquième chapitre fait état des résultats obtenus à partir des instruments de mesure, des grilles clinique et de l'entrevue faite auprès de l'intervenante responsable du service à l'étude. Les caractéristiques de la clientèle rejointe, des agressions et de l'intervention sont présentées ainsi que l'évolution d'une partie des sujets en ce qui a trait à l'estime de soi, aux séquelles liées aux agressions subies et le lien d'attachement parental.

Enfin, le dernier chapitre vise à discuter des différents résultats obtenus tout en les mettant en lien avec les connaissances actuelles sur la problématique des agressions sexuelles. Enfin, les différentes limites de cette étude sont présentées et plusieurs recommandations sont faites en ce qui a trait aux études à entreprendre dans le futur.

CHAPITRE I : LA PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présente une recension des écrits des connaissances existantes sur les agressions sexuelles en ce qui a trait particulièrement aux adolescentes étant donné que la majorité des sujets de cette étude sont de sexe féminin. Il porte sur les différentes définitions des agressions sexuelles ainsi que sur l'ampleur de cette problématique en Amérique du Nord. De plus, les différentes conséquences engendrées par les agressions sexuelles et un modèle de compréhension de ces dernières sont abordés. Un portrait global des diverses séquelles est également dressé en ce qui concerne plus précisément les adolescentes. Enfin, il est également question des victimes qui ne manifestent aucune conséquence suite aux agressions qu'elles ont subies.

1.1 BREF HISTORIQUE

Depuis, une vingtaine d'années, les abus sexuels sont devenus un problème de société puisqu'ils engendrent des effets négatifs importants sur la victime et son entourage. Le mouvement des femmes et les promoteurs du mouvement de la protection de la jeunesse ont grandement contribué à rendre visible ce problème (Finkelhor, 1979; Finkelhor et Daro, 1993). Ce problème social a aussi mobilisé le travail de plusieurs chercheurs.

Plusieurs études furent menées sur le sujet (Serrano et Gunzburger, 1983 dans Damant, 1996). Ces recherches ont été conduites dans plus de 250 sociétés; elles démontrent notamment, que l'inceste est interdit dans l'ensemble des pays sauf à Hawaï, au Pérou et en Égypte.

Au cours des dix dernières années, les travaux portant sur les abus sexuels n'ont cessé d'augmenter. Plusieurs définitions différentes et modèles explicatifs sont proposés par les chercheurs ce qui entraîne des différences voir des divergences dans l'orientation des programmes d'intervention.

1.2 DÉFINITIONS

Plusieurs définitions du terme « abus sexuel » se sont développées à travers les différentes recherches et travaux gouvernementaux effectués sur le sujet. Ces définitions peuvent être scindées en deux catégories distinctes : définitions légales et définitions psychosociales.

1.2.1 DÉFINITIONS LÉGALES

Au Québec, sur le plan légal, on réfère à deux types de définitions: celle véhiculée dans le code criminel et celle de la protection de la jeunesse.

Code Criminel du Canada

Au niveau du Code Criminel du Canada, seize infractions criminelles à caractère sexuel sont définies : Loi C-15 (Wells, 1990). Pour ce présent travail, trois principaux articles sont retenus : ceux qui concernent les situations des sujets à l'étude donc particulièrement les agressions entre enfants/ adolescents et adultes.

1- article 153 : Exploitation sexuelle d'un adolescent : « à des fins d'ordre sexuel, touche une partie du corps de l'adolescent ou invite, engage ou incite l'adolescent à le toucher, à se toucher ou à toucher un tiers, directement ou indirectement, avec une partie du corps ou un objet »;

2- article 155 : inceste : « les rapports sexuels entre deux personnes unies par les liens du sang »;

3- article 271 : agression sexuelle simple : « contraindre par la force une autre personne directement ou indirectement, sans son consentement, dans des circonstances à caractère sexuel » (Wells, 1990).

Ces définitions sont très limitées et peuvent engendrer des conflits importants au niveau du processus juridique. Ce cadre crée des ambiguïtés pouvant nuire à la victime. Comme le

soulignent en exemple Champagne, Labrèche et Meilleur (1991), le code criminel ne considère pas une victimisation par un beau-père comme de l'inceste car il n'existe pas de lien de sang. Cependant, dans la majorité des cas, il existe un lien de confiance établi qui peut se rapprocher de la relation père-fille. Conséquemment, les définitions psychosociales sont plus adaptées à la réalité des diverses études menées dans les milieux d'intervention.

Protection de la jeunesse

Au Québec, il existe une deuxième définition retenue par la Table des directeurs de la protection de la jeunesse. Cette définition est la suivante : «Geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et le niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent-e, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle » (Wright, Sabourin, Lebeau, Oxman-Martinez, Perron, Lussier, 1994; 10).

La Loi de la protection de la jeunesse (loi 24, 1991) considère que : « la sécurité et le développement d'un enfant est considéré comme compromis s'il est victime d'abus sexuels (38 f). De façon générale, dans les Centres jeunesse, la sécurité et le développement de l'enfant sont considérés comme davantage compromis dans les cas d'abus par le père biologique ou le conjoint de fait, que dans les cas d'abus par un tiers, dans la mesure où la capacité parentale est jugée adéquate (Wright et al., 1994).

Cette définition est plus élaborée que celles du code criminel mais elle offre toujours une limite puisque le terme « abus sexuel » n'est pas opérationnalisé notamment en ce qui a trait à la description des actes considérés comme un abus sexuel. Pour cette étude, les définitions légales ne sont pas adoptées. Le cadre choisi est de type psychosocial.

1.2.2 DÉFINITIONS PSYCHOSOCIALES

Il existe plusieurs définitions psychosociales différentes des abus sexuels utilisées dans les domaines de la recherche et de l'intervention. Finkelhor (1994b) précise qu'il existe deux éléments de base qui composent les différentes définitions. Dans un premier temps, il doit y avoir une activité sexuelle avec un enfant et dans un deuxième temps, la définition comporte une notion « abusive ». Finkelhor (1994b) considère qu'il y a « abus » si l'une des trois conditions suivantes est présente dans l'activité sexuelle : 1) écart d'âge élevé entre l'enfant et le partenaire; 2) personne en position d'autorité avec l'enfant; 3) contre la volonté de l'enfant avec usage de force ou de menace. Ces trois conditions indiquent qu'il existe une inégalité de pouvoir et qu'il y a absence de consensus des différents partis. Cependant, comme le mentionne Finkelhor (1979), un acte sexuel entre un adulte et un enfant est toujours considéré comme une agression car ce dernier n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé et informé à ce genre de relation. Les enfants sont physiquement et psychologiquement dépendants des adultes (Berliner et Stevens, 1982; Finkelhor, 1995).

Contact ou non

Il existe des débats en ce qui concerne les actes considérés ou non comme des agressions sexuelles. Certains chercheurs incluent des actes alors que d'autres les excluent. De façon générale, une distinction est faite entre les contacts physiques ou non (Finkelhor, 1994b; Russell, 1983). Les contacts physiques à caractère sexuel sont les suivants : la pénétration avec le pénis, un doigt ou d'autres objets dans l'anus, le vagin ou la bouche, les baisers, les attouchements sexuels. Les actes à caractère sexuel qui ne comportent aucun contact physique peuvent prendre plusieurs visages : l'exhibitionnisme, le voyeurisme, la séduction, obliger la victime à se déshabiller ou participer à de la pornographie, propositions sexuelles verbales et harcèlement.

Extrafamilial et intrafamilial

Au niveau légal, la principale distinction se situe entre l'inceste et l'agression sexuelle par une personne sans lien de consanguinité. Cependant, au niveau psychosocial la distinction est faite à

partir du type d'agresseur. Les chercheurs (Berliner et Stevens, 1982; Damant, 1996; Finkelhor, 1994b; Ruch et Chandler, 1982; Russell, 1983, 1986) relèvent deux catégories: les agressions sexuelles intrafamiliales et les agressions sexuelles extrafamiliales.

L'agression sexuelle intrafamiliale réfère à une activité sexuelle imposée par une personne membre de la famille ou vivant dans la même unité de socialisation : parents, beaux-parents, fratrie, demi-frères ou demi-sœurs, oncles ou tantes, cousin(e)s, grands-parents... (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dominelli, 1989; Faria et Belohlavek, 1984; Finkelhor, 1994b; Finney, 1990; Martens, Daily et Hodgson, 1988; Ruch et Chandler, 1982). Ainsi, de façon générale au niveau psychosocial, inceste et agression sexuelle intrafamiliale forme une seule catégorie.

L'agression sexuelle extrafamiliale réfère à une activité sexuelle imposée par une personne non membre de la famille : étrangers, pairs, amis de la famille, professeurs, voisins...(Finkelhor, 1994b; Russell, 1983).

1.3 AMPLEUR

Au cours des dernières années, le nombre de cas d'agressions sexuelles rapportées a augmenté rapidement et ils sont davantage présents que les autres formes d'abus et de négligence faites aux enfants (Finkelhor, 1994b). Néanmoins, cette augmentation demeure difficile à interpréter compte tenu de nombreux problèmes liés à la mesure de la problématique. Ces problèmes seront expliqués ultérieurement.

Les données évaluant l'ampleur des agressions sexuelles seront rapportées de façon globale. À l'exception de quelques statistiques sur les agressions sexuelles extrafamiliales, les données présentées incluent tous les types d'agressions sexuelles.

1.3.1 INCIDENCE

Plusieurs recherches ont tenté d'estimer le nombre d'enfants et d'adolescents agressés sexuellement. Une brève recension des données canadiennes, américaines et internationales de l'incidence permet d'évaluer l'ampleur de ce problème social. L'incidence est définie comme le nombre de cas d'agressions sexuelles d'une population sur une période précise (Bernard, 1987). De façon générale, les données présentées font référence au nombre de nouveaux cas d'agressions sexuelles fondés et retenus dans les différents services de protection de la jeunesse ou des professionnels (*voir* tableau 1.1).

Données canadiennes

Au cours des dix dernières années, la majorité des taux d'incidence des agressions sexuelles chez les enfants et les adolescents se situent entre 0,6 et 2,8 pour 1000 au Canada (*voir* tableau 1.1). Une étude menée en Ontario (Trocmé, 1992 dans Lavergne et Tourigny, 1999) rapporte que 2,8 enfants pour 1000 ont été agressés sexuellement en 1990. Une deuxième recherche menée en 1993 révèle un taux de 1,6 enfants pour 1000 (Trocmé et *al.*, 1994 dans Lavergne et Tourigny, 1999).

Les différentes études menées au Québec auprès des services de la protection de la jeunesse, rapportent des taux d'incidence des agressions sexuelles qui varient entre 0,6 et 1,4 pour 1000. En 1990, 1550 cas d'agressions sexuelles sont jugés fondés et retenus par les centres de services sociaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992).

Les statistiques du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) démontrent une légère diminution du taux d'incidence des agressions sexuelles entre 1996 et 1997 (0,8 à 0,7 pour 1000 enfants). Une autre étude menée au Québec par Wright et ses collègues (1997 dans Lavergne et Tourigny, 1999) révèle également une diminution constante du taux d'incidence de 1992 à 1996 (1,4 à 0,9 pour 1000).

Tableau 1.1
Taux d'incidence annuel des signalements signalés et fondés
en abus sexuel au Canada

Auteur / Année Pays	Définition	Méthodologie	Échantillon	taux /1000
Trocmé et <i>al.</i> OIS (1994), Ontario, Canada	Définitions chercheurs	Questionnaires	Écoles primaires Enfants (0-15 ans) Collecte 3 mois en 1993	1,6
Trocmé (1992), Ontario, Canada	Définitions légales Services de protection	Statistiques Services de protection	Enfants (0-15 ans) Collecte 12 mois en 1990	2,8
Guay et Lavergne (1998), Québec, Canada	Définitions chercheurs	Questionnaires	Écoles primaires Enfants (6-14 ans) 1997	0,6
Ministère de Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec, Canada	Définitions légales Loi sur la protection de la jeunesse	Statistiques Banque de données sur clientèle en protection de la jeunesse	Enfants (0-17 ans) Protection de la jeunesse	
MSSS 97-98				0,7
MSSS 96-97				0,7
MSSS 95-96				0,8
MSSS 94-95				0,8
Wright et <i>al.</i> (1997), Québec, Canada	Définitions légales Loi sur la protection de la jeunesse	Statistiques Services de protection	Enfants (0-17 ans) Protection de la jeunesse	
95-96				0,9
94-95				0,9
93-94				1,0
92-93				1,4

Source : Lavergne et Tourigny (1999)

Nous constatons également que pour la période 1995-1996 et 1994-1995, deux études ayant utilisé la même définition et dont les données proviennent de la même institution indiquent un taux d'incidence différent (0,9 et 0,8) (Wright et *al.*, 1997; MSSS 1994-1995-1996 dans Lavergne et Tourigny, 1999).

Données américaines et internationales

Tout comme les taux d'incidence du Canada, ceux des États-Unis et d'autres pays tels que l'Australie et l'Irlande, varient d'une étude à l'autre. En Australie, les taux d'incidence des agressions sexuelles oscillent, selon les années, entre 0,3 et 1,2 cas pour 1000 enfants/adolescents (Angus et Hall, 1996; Broadbent et Bentley, 1997; Johnstone et Broadbent, 1998 dans Lavergne et Tourigny, 1999).

Aux États-Unis, on estime qu'il y aurait de 150 à 400 mille enfants agressés sexuellement à chaque année (Finkelhor and Hotaling, 1984; Mrazek, 1983; Rogers and Thomas, 1984 dans Kolko, 1987). Les différentes études menées aux États-Unis entre 1993 et 1997 (Departement of Health and human services, 1998; Sedlack et Broadhurst, 1995; Wang et Daro, 1998 dans Lavergne et Tourigny, 1999) révèlent que de 1,2 à 4,5 enfants sur 1000 seraient victimes d'agressions sexuelles chaque année.

En observant le tableau 1.2, on remarque que les études menées à partir du National Child Abuse and Neglect Data System et du National Committee to Prevent Child Abuse rapportent une diminution du taux d'incidence au cours des dernières années (de 2,1 à 1,8 et de 2,6 à 2,1 pour 1000) (Lavergne et Tourigny, 1999). Cependant, les recherches menées à partir du National Incidence Study démontrent une augmentation du taux d'incidence au cours des mêmes années.

Nous constatons que les taux d'incidence varient d'une recherche et d'une région à l'autre. Ces taux sont également plus élevés aux États-Unis. Lavergne et Tourigny (1999; 15) considèrent cinq facteurs qui peuvent expliquer cette variation des taux d'incidence : « l'incidence réelle des situations d'agressions sexuelles (Trocmé et coll., 1995; Wright et coll., 1996); la capacité d'une communauté à identifier les mauvais traitements et à les signaler (Trocmé et coll., 1995); les méthodologies utilisées (définitions, collecte de données, ...) (Trocmé et coll., 1995); les critères utilisés par les services de protection concernant les signalements et la prise en charge (Zellman et Faller, 1996); les ressources humaines et financières disponibles dans les services de protection pour répondre aux besoins des clients (Wright et coll., 1996; Zellman et Faller, 1996) ».

Tableau 1.2
Taux d'incidence annuel des signalements signalés et fondés
en abus sexuel

Auteur / Année Pays	Définition	Méthodologie	Échantillon	taux /1000
Johnstone et Broadbent (1998), Australie	Définitions légales Services de protection	Statistiques Banques de données	Enfants (0-16 ans) Collecte de 96-97	0,3 à 1,2
Broadbent et Bentley (1997), Australie	Définitions légales Services de protection	Statistiques Banques de données	Enfants (0-16 ans) Collecte de 95-96	1,0
Angus et Hall (1996), Australie	Définitions légales Services de protection	Statistiques Banques de données	Enfants (0-16 ans) Collecte de 94-95	1,0
Mackenzie et al. (1993), Irlande du Nord	Définitions chercheurs	Questionnaires	Irlande du Nord Enfants (0-16 ans) Collecte de 1987	0,8
Benedict et al. (1995), États-Unis	Définitions légales Services de protection	Statistiques Banques de données	Baltimore Enfants (0-17 ans) Collecte 85/87	1,0
Sedlack et Broadhurst (1996), États-Unis National Incidence Study (NIS)	Définitions chercheurs Services de protection et organismes avec professionnels	Formules d'enquête Questionnaires	Enfants (0-17 ans) Collecte 3 mois en 1993	3,2 à 4,5
Sedlack (1991), États-Unis National Incidence Study (NIS)	Définitions chercheurs Services de protection et organismes avec professionnels	Formules d'enquête Questionnaires	Enfants (0-17 ans) Collecte 3 mois en 1986	1,9 à 2,1
Wang et Daro (1998), États-Unis National Committee to Prevent Child Abuse (NCPCA)	Définitions légales Loi sur la protection de la jeunesse	Collecte par téléphone auprès représentants des organismes de protection à travers les États-Unis	Enfants (0-17 ans) Protection de la jeunesse	
NCPCA 1997				1,2
NCPCA 1993				2,6
Departement of Health and human services (1998), États-Unis, National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS)	Définitions légales Organismes et services de protection	Statistiques Banques de données des services de protection	Enfants (0-17 ans) Protection de la jeunesse	
NCANDS 1996				1,8
NCANDS 1993				2,1
NCANDS 1990				2,1

Source : Lavergne et Tourigny (1999)

L'origine des données peut aussi expliquer cette variation. Les services de protection révèlent des taux généralement moins élevés que les données obtenues dans les écoles ou les autres organismes de professionnels. Ce fait peut s'expliquer notamment par le resserrement des critères de nature administrative des services de protection et ceux plus élargis et souples des recherches menées dans les écoles ou les autres organismes de professionnels (Lavergne et Tourigny, 1999).

Il est donc difficile d'effectuer une comparaison entre les différentes études compte tenu des diverses méthodologies utilisées et de l'origine des données recueillies. De plus, l'observation des données démontre que les recherches qui utilisent les définitions élaborées par des chercheurs rapportent des taux d'incidence plus élevés que celles qui font référence à des définitions légales.

De plus, la stabilité des taux au cours des dernières années pourrait être davantage un indicateur de saturation des services de protection face à leur capacité à répondre à la clientèle qu'un indicateur d'une stabilité dans l'incidence réelle des agressions sexuelles faites aux enfants et aux adolescentes (Lavergne et Tourigny, 1999).

1.3.2 PRÉVALENCE

Il existe également un bon nombre de travaux de recherche se centrant sur la prévalence de la problématique. La prévalence est définie comme le nombre de personnes ayant été victimes d'agressions sexuelles au moins une fois dans l'enfance (Finkelhor, 1994b). Les principales recherches sur le sujet sont présentées (voir tableau 1.3). Il est à noter que l'ensemble des recherches mesurant la prévalence de la problématique ne dissocient pas les agressions extrafamiliales et les agressions intrafamiliales. Les taux obtenus incluent les agressions sexuelles de toutes natures (extra, intra). En observant le tableau 1.3, nous pouvons constater que plusieurs éléments divergent d'une recherche à l'autre rendant difficile l'évaluation précise du taux de prévalence. Ces éléments sont : la nature des agressions sexuelles évaluées, la différence d'âge entre l'agresseur et la victime, la méthodologie utilisée, l'âge de la victime, l'identité de l'agresseur (intra, extra).

Données canadiennes

Les statistiques canadiennes sur la prévalence démontrent qu'avant l'âge de 18 ans approximativement une femme sur trois et un homme sur six seront victimes d'agressions sexuelles (Bagley et Ramsey, 1986).

Finkelhor (1994b) a procédé à une recension de la littérature à ce sujet. Il rapporte que dans une étude canadienne menée par Badgley, Allard, McCormick, et *al.* (1988), le taux de prévalence se situe à 18% pour les femmes et 8% pour les hommes. De plus, une deuxième étude conduite par Bagley (1991 dans Finkelhor, 1994b) auprès de 750 femmes, révèle que 32% des sujets ont subi une agression à caractère sexuel avant l'âge de 17 ans.

Données américaines et internationales

Les recherches mesurant la prévalence des agressions sexuelles chez les enfants dans la population en général, suggèrent qu'approximativement 25% à 30% des filles et 10% à 15% des garçons seraient agressés à un certain temps dans leur enfance (Wyatt, 1985 dans Brière, 1996; Elliott et Brière, 1995; Finkelhor, Hotaling, Lewis et Smith, 1989; Lewis 1985; Spring et Friedrich, 1992; Wolfe, 1992 dans Finkelhor, 1994b; Russell, 1986).

Dans un premier sondage national mené auprès de 2626 adultes américains, 27% des femmes et 16% des hommes rapportent un vécu de victimisation sexuelle (Finkelhor, Hotaling, Lewis, et Smith, 1990). Dans une deuxième étude menée par Russell (1983), sur 930 femmes, 31% d'entre elles, auraient subi une agression sexuelle extrafamiliale avant l'âge de 18 ans et 54% une agression sexuelle intrafamiliale et/ou extrafamiliale.

Tableau 1.3
Prévalence des agressions sexuelles

Auteur / Année Pays	Définition	Cueillette de données	Population	%
Badgley, Allard, McCormick et al., (1984), réanalysé par Bagley (1988), Canada	Actes sexuels avant 18 ans	Questionnaire auto- administré	Échantillon aléatoire de 1006 femmes et 1002 hommes	18
Bagley et Ramsay (1986), Calgary	Un attouchement sur les parties génitales avant 16 ans avec une différence d'âge de 3 ans avec agresseur	Entrevue	Échantillon stratifié randomisé de 401 femmes	22
Bagley (1991), Calgary	Toucher à caractère sexuel avant 17 ans	Entrevue	Échantillon randomisé d'une liste téléphonique de 750 femmes (18-27 ans)	32
Elliott et Brière (1992), États-Unis	Contacts (des caresses à la relation sexuelle) avant 16 ans avec une différence d'âge de 5 ans avec agresseur	Questionnaire auto- administré	Sondages postés auprès d'un échantillon randomisé de 2963 professionnelles	27
Essock-Vitale et McGuire (1985), Los Angeles	Viol ou molestation sexuelle avant 18 ans	Entrevue	Échantillon « digit dialing » de 300 femmes blanches non-hispaniques (35-45 ans)	17
Finkelhor (1984), Boston Métropolitain et ses environs	Tout type de contact ou non que le répondant considère à caractère sexuel avant 17 ans	Entrevue et questionnaire auto- administré	Échantillon aléatoire (foyers enfants de 6-14 ans) de 334 femmes et 187 hommes	15
Finkelhor, Hotaling, Lewis et Smith (1990), États-Unis	Tout type de contact ou non que le répondant considère à caractère sexuel avant 18 ans	Entrevue téléphonique	Échantillon « digit dialing » de 1374 femmes et 1252 hommes	27
George and Winfield- Laird (1986), Caroline du Nord (zones rurales et urbaines)	Tout type de contact avec les parties génitales du corps de la victime ou de l'agresseur avant 16 ans	Entrevue	Échantillon stratifié randomisé sur 1157 femmes (18-64 ans)	2
Keckley Market Research (1983), les environs de Nashville	Tout acte à caractère sexuel non voulu où il y a inconfort excluant les jeux ou rencontres avec des pairs durant l'enfance	Entrevue téléphonique	Échantillon randomisé (numéro de téléphone) de 603 adultes dans le comté de Davidson	11
Kercher et McShane (1984), Texas	Contacts ou interactions sexuels entre enfant et adulte (ou position de pouvoir) dans l'enfance	Questionnaire auto- administré	Échantillon randomisé (permis de conduire) de 593 femmes et 461 hommes	11

Auteur / Année Pays	Définition	Cueillette de données	Population	%
Lewis, (1985), États-Unis	Contacts ou interactions sexuels entre enfant et adulte (ou position de pouvoir) dans l'enfance	Entrevue téléphonique	Échantillon national aléatoire	27
Moore, Nord et Peterson (1989), États-Unis	Être violée ou avoir du sexe contre sa volonté avant 18 ans	Entrevue téléphonique	Échantillon national aléatoire de 1100 adultes (17-23 ans) ayant été interviewés une première fois en 1976	8
Murphy (1987), Minnesota Central	Subir un contact sexuel contre sa volonté avant 18 ans (Utilisation de la force physique ou psychologique)	Entrevue téléphonique	Échantillon randomisé digit dialing de 415 femmes et 403 hommes	13
Russell (1983), San Fransisco	Contact et non contact à caractère sexuel avant 18 ans (intafamilial et extrafamilial)	Entrevue	Échantillon aléatoire de 930 femmes	54
Saunders, Kilpatrick, Lipovsky et <i>al.</i> , (1991), États-Unis	Viol, contact sexuel forcé ou attentat de viol avant 18 ans.	Entrevue téléphonique	Échantillon randomisé « digit dialing » de 4009 femmes	9
Seldner et Calhoun (1984), États-Unis	Expérience sexuelle non désirée avec partenaire plus âgé avant 18 ans	Questionnaire auto- administré	1045 étudiants collégiaux	11
Siegel, Sorenson, Golding et <i>al.</i> , (1986), Los Angeles	Forcé à avoir des contacts sexuels (toucher les parties sexuelles et avoir des relations sexuelles) avant 16 ans	Entrevue	Échantillon aléatoire de 1623 femmes et 1459 hommes	7
Springs et Friedrich (1992), Communauté rurale du Midwestern	Expériences sexuelles importantes forcées avant 16 ans (différence de 5 ans avec l'agresseur ou force utilisée)	Questionnaire auto- administré	Échantillon randomisé de 511 femmes (18-50 ans) ayant utilisé les services familiaux (externe) entre 1988 et 1989	22
Wilsnack, Klassen, Vogeltanz et Harris (1994), États-Unis	Expérience à caractère sexuel avant 18 ans (contact ou non (différence de 5 ans avec l'agresseur ou utilisation de force)	Entrevue	Échantillon aléatoire de 1099 femmes (21 ans et plus) avec un suréchantillon de grands buveurs	23
Wolf (1992), Kentucky	Tout act considéré comme une agression par le répondant (contact ou non, attouchement, viol) avant 16 ans	Entrevue téléphonique	Échantillon aléatoire de 354 femmes et 283 hommes	27
Wyatt (1985), Comté de Los Angeles	Expérience type sexuel avant 18 ans (contact ou non , 5 ans avec l'agresseur ou utilisation de force)	Entrevue	Random « digit dialing » de 248 femmes (18-36 ans) pour composer un quota sur des caractéristiques	62

Sources : Damant (1996); Finkelhor (1994b)

D'autres recherches indiquent qu'environ de 5% à 11% des femmes auraient subi une agression sexuelle au cours de l'enfance (Seldner et Calhoun, 1984 dans Damant, 1996; Keckley Market Research, 1983; Kercher et McShane, 1984; Moore, Nord et Peterson, 1989; Saunders, Kilpatrick, Lipovsky et *al.*, 1991; Siegel, Sorenson, Golding et *al.*, 1986 dans Finkelhor, 1994b; Luster et Small, 1997). Silverman, Reinherz et Giaconia (1996), mentionnent que 6,7% des 375 jeunes adultes ayant participé à une étude longitudinale d'une durée de 17 ans auraient été victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales et/ou extrafamiliales. Dans une étude récente, 57 sujets, soit 5,7%, ont répondu que leur enfant avait été agressé sexuellement à un moment de leur vie (Finkelhor, Moore, Hamby et Straus, 1997).

Certains taux de prévalence se situent au centre des deux groupes statistiques précédents, soit autour de 15%. Lors d'une étude faite auprès de 3735 étudiants dans six endroits géographiques différents aux États-Unis et dans des écoles secondaires de milieux économiques divers, Singer et *al.* (1995 dans Brière, 1996) ont découvert que 13% à 17% des femmes ont reporté avoir été engagées dans au moins un acte sexuel contre leur volonté avant l'âge de 18 ans.

Nous constatons que les taux de prévalence varient d'une étude à l'autre. Cependant, la majorité des études se regroupent soit autour d'un taux de prévalence de 10% ou un taux de 25 à 30%. De façon générale, nous pouvons observer que plus la définition des agressions sexuelles est précise, moins le taux de prévalence est élevé. Nous pourrions aussi mentionner la notion de gravité qui sera définie ultérieurement afin d'expliquer la variation de ces taux. Nous pourrions émettre l'hypothèse que les études ayant un taux de prévalence moins élevé tiennent compte de la variable de gravité pour élaborer leur définition de l'agression sexuelle. Cependant, les études ne sont pas suffisamment précises en ce qui a trait à cette variable afin d'émettre une conclusion à ce sujet.

1.3.3 LIMITES DES DONNÉES

Comme nous pouvons constater, les statistiques estimant l'ampleur, que cela soit par le biais d'études d'incidence ou de prévalence, varient d'une recherche à l'autre. Certains sont très élevés et d'autres peu. Néanmoins, certaines études offrent un portrait plus divergent. Cependant, il demeure que les différents taux démontrent la difficulté d'établir des statistiques

globales de l'ampleur de la problématique. La divergence des taux, nous ramène à trois éléments principaux : l'augmentation, la variation et la sous-estimation de ce problème.

L'augmentation

D'abord, l'augmentation des taux des agressions sexuelles peut refléter la réalité. Cette croissance pourrait être attribuable à différents facteurs. Selon Wright et *al.*, (1994; 12), quatre facteurs pourraient avoir une influence de façon simultanée sur les statistiques: une augmentation réelle du nombre de victimes et d'agresseurs, une vigilance accrue de la population face aux agressions augmentant ainsi les allégations non fondées, « une fluctuation dans les capacités parentales liée à la crise économique ou l'augmentation du taux de familles recomposées ».

La variation

Néanmoins, on constate une variation importante dans les taux rapportés par les différentes études. Les variations peuvent s'expliquer par cinq différents facteurs. Dans un premier temps, il est important de tenir compte des différentes définitions adoptées par les chercheurs. Certaines définitions sont plus élargies alors que d'autres sont plus limitées en ce qui trait entre autres à l'étendue des actes et la nature de l'agression (intrafamiliale ou extrafamiliale). Dans un deuxième temps, les variations observées pouvaient être aussi attribuables aux choix méthodologiques. Certains auteurs évaluent les expériences d'agression qui nécessitent un retour dans le passé des victimes. Des expériences qui se sont déroulées il y a 20 ou 30 ans peuvent être difficiles à se remémorer (Finkelhor, 1994b).

La variation peut également être expliquée par un troisième facteur : des systèmes statistiques plus raffinés et sophistiqués donc plus précis, particulièrement au niveau des études Nord-Américaines. La variation des taux peut aussi être le résultat d'une attention plus élevée portée à la problématique par la population en général, ce qui peut engendrer une augmentation des dévoilements et non une variation dans le nombre réel des agressions sexuelles (Finkelhor, 1994b).

La sous-estimation

Finalement, une sous-estimation du problème peut aussi être le reflet de la réalité. Il existe un chiffre noir : le nombre de cas d'agressions sexuelles non dévoilés (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992; Russell, 1983). Selon les chercheurs (Finkelhor, 1994b; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992; Russell, 1986), le non dévoilement peut être expliqué par plusieurs facteurs : tolérance sociale aux agressions élevée, une population moins sensibilisée, une carence concernant la prévention, les notions de honte et de secret liées au fait d'avoir été agressée...

La recension des différents facteurs qui peuvent expliquer les différents taux obtenus d'une étude à l'autre, démontre la difficulté d'établir des conclusions précises sur l'ampleur réel du phénomène dans la société.

1.4 DESCRIPTION GÉNÉRALE DU PHÉNOMÈNE

Afin de dresser un portrait juste de la problématique, les points suivants sont abordés : qui sont les victimes, les agresseurs, la nature des actes, leur intensité et leur sévérité.

1.4.1 VICTIMES ET AGRESSEURS

Dans la grande majorité des cas, la victime est de sexe féminin (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dominelli, 1989; Finkelhor, 1990, 1994a, 1994b; Finney, 1990; Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993; Martens et al., 1988; Russell, 1983). D'après Silverman et al., (1996), les filles seraient agressées douze fois plus que leurs pairs de sexe masculin.

La majorité des agresseurs seraient de sexe masculin (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dominelli, 1989; Finkelhor, 1990, 1994a, 1994b; Finney, 1990; Kendall-Tackett et al., 1993; Martens et al., 1988; Russell, 1983; Wright, Friedrich, Cyr, Thériault, Perron, Lussier et Sabourin, 1997).

Selon les chercheurs, les filles seraient davantage agressées par une personne qui provient de la famille alors que les garçons seraient davantage agressés par des personnes vivant à l'extérieur du contexte familial (Finkelhor, 1994b; Mennen et Meadow, 1994). Dans l'étude de Mennen et Meadow (1994), 62,7% filles sont agressées par une figure parentale alors que les garçons (62,5%) le sont par des gens extérieurs à la famille.

Compte tenu du fait que cette étude porte sur des adolescentes, nous aborderons principalement les recherches qui traitent des agressions sexuelles commises auprès des adolescentes. Malgré le fait que ces dernières sont plus souvent agressées par des membres de la famille, les adolescentes sont également agressées par des personnes à l'extérieur de la famille (Berliner et Stevens, 1982; Ageton, 1983; Hall and Flannery, 1984; Katz and Mazur, 1979 dans McLeer et Rose, 1992).

Plusieurs recherches dressent un portrait des agresseurs. Dans un premier temps, Russell (1983) précise que pour les femmes ayant vécu une agression avant l'âge de 18 ans, les victimisations sont intrafamiliales dans 29% des cas et extrafamiliales dans 71% des cas. Cependant, cette étude ne dissocie pas clairement la période de l'enfance à celle de l'adolescence. Dans une autre recherche (Finkelhor et *al.*, 1990), il ressort que 21% des adolescentes sont agressées par un étranger et 50% par des gens connus de la famille. Les résultats d'une étude conduite par Mennen et Meadow (1994) concernant la période de l'adolescence, indiquent que dans 15% des cas, l'agresseur est un étranger alors que pour 47% des victimes, ce dernier est connu de la famille. De plus, 41% des agresseurs sont plus intimement liés à la victime.

Une autre recherche se centrant sur les agressions sexuelles à l'adolescence révèle (Silverman et *al.*, 1996) que dans 62,5% des cas, les agresseurs sont à l'extérieur de la famille; dans 29,2% des cas, à l'intérieur de la cellule familiale; et dans 8,3% des cas ce sont des étrangers. Une autre étude souligne les différentes identités des agresseurs : 21% des cas, le père; 17% des cas, le conjoint de la mère; 8% des cas, un membre de la famille élargie; et dans 13% des cas, un étranger (Wright et *al.*, 1997). Dans une étude rétrospective se centrant notamment sur la période de l'adolescence, les victimes ont indiqué que 10% à 30% des agresseurs étaient des étrangers (Finkelhor, 1994b; Finkelhor et *al.*, 1990).

Caractéristiques des agresseurs

Une caractéristique souvent commune chez les agresseurs est un vécu de violence sexuelle et physique dans l'enfance (Groth, 1979 dans Berliner et Stevens, 1982). D'ailleurs, dans une étude relevée par Wright *et al.* (1994), près de la moitié des pères agresseurs ont subi diverses formes de mauvais traitements durant leur enfance et près de 20% ont fait l'objet d'agressions sexuelles avant 18 ans. Il est également ressorti des traits communs concernant les agresseurs : troubles d'identité personnelle et sexuelle, degré élevé de détresse conjugale, faible capacité d'empathie (Wright *et al.*, 1994).

1.4.2 TYPES D'AGRESSION

Les agressions sexuelles englobent un grand nombre d'actes différents pouvant porter atteinte à l'équilibre émotif des victimes. Ces actes incluent les attouchements, les contacts oraux-génitaux, les baisers, les caresses de tout ordre, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, l'obligation de visionner de la pornographie, les pénétrations digitales, anales, vaginales ou avec un objet.

Dans les études rétrospectives les plus représentatives (Bagley, 1988; Wyatt, 1985; Russell, 1984 dans Finkelhor, 1994b), environ 20% à 25% des épisodes d'agression rapportées par les femmes impliquent une pénétration vaginale ou un contact oral-génital.

En outre, la recherche de De Young (1994) auprès de 20 sujets cliniques fait ressortir que 35% des victimes ont subi des attouchements sexuels et/ou ont été masturbées; 15% ont subi des contacts oraux-génitaux; 25% ont été pénétrées de manière digitale, ou avec un objet; et enfin 25% ont été contraintes à subir une pénétration anale ou vaginale complète.

Pour sa part, Wright et ses collègues (1997), à partir d'un échantillon de 59 victimes, dressent un portrait des différents actes : 82% des victimes ont subi des contacts sexuels, 35% ont été pénétrées, 10% ont été maîtrisées de force, 2% ont été abusées physiquement et 20% ont été agressées par plus d'une personne.

Finkelhor (1994b) et Butler (1985) précisent que la pénétration est plus fréquente après la puberté des victimes et lorsque les relations abusives se poursuivent sur une période de temps étendue. Butler (1985) souligne à cet effet que plus les agressions sexuelles s'étendent sur une longue durée, plus elles sont sévères.

1.4.3 GRAVITÉ

Il existe un consensus à propos de variables qui discriminent les agressions graves de celles qui le sont moins.

Des études révèlent que les impacts sont plus importants lorsque le lien entre la victime et l'agresseur est étroit (Kendall-Tackett et al., 1993; Burgess et al., 1978; Finkelhor, 1978; Schultz, 1975 dans Ruch et Chandler, 1982). C'est peut-être pour cette raison que l'on observe des crises psychologiques plus négatives dans les cas d'agressions intrafamiliales (Finkelhor et Browne, 1985; Ruch et Chandler, 1982; Russell, 1986). Comme le soulignent des chercheurs (Beitchman, Zucker, Hood, Dacosta, Akman et Cassavia, 1992), les situations d'agressions intrafamiliales laissent supposer que le milieu familial est généralement plus perturbé, moins soutenant, traversé par différents stress dans certains cas conséquents au dévoilement des agressions. En outre, l'enfant victime est plus susceptible de vivre un sentiment de trahison et de perte.

Outre le lien de confiance, le degré de coercition est un autre indicateur de gravité des agressions. Dans une recherche, Russell (1986) démontre que plus la force physique est utilisée lors des agressions, plus le degré de traumatisme est élevé chez les victimes engendrant des symptômes plus nombreux et plus intenses. D'ailleurs, Finkelhor (1979) précise que la coercition qu'elle prenne forme par la menace ou l'utilisation de la force est un prédicteur de la gravité.

Kendall-Tackett et ses collègues (1993) soulignent que les agressions sexuelles incluant quelques formes de pénétration produisent davantage de symptômes que lorsqu'il y a absence de pénétration. Beitchman et al. (1992) démontrent que les contacts oraux-génitaux, tout comme la pénétration, sont aussi des actes pouvant être des prédicteurs de gravité.

De plus, l'âge de la victime et la période de temps où celle-ci est agressée sont d'autres indicateurs de la gravité des actes subis (Beitchman *et al.*, 1992). Les enfants ayant vécu des incidents fréquents ainsi que ceux qui sont plus âgés présentent plus de symptômes que ceux ayant vécu un incident unique ou qui sont plus jeunes (Oates, O'Toole, Lynch, Stern et Cooney, 1994). Il est possible que ces deux variables soient très reliées : plus l'enfant est âgé, plus il est probable que les agressions durent depuis longtemps.

En conclusion, la majorité des études démontrent que les agressions initiées par une personne intime, une haute fréquence des contacts sexuels, l'utilisation de la force et des actes sexuels incluant des pénétrations vaginales ou anales ainsi que des contacts oraux-génitaux sont associés à un niveau élevé de symptomatologie (Kendall-Tackett *et al.*, 1993).

1.5 COMPRÉHENSION DE L'IMPACT DE LA VICTIMISATION

1.5.1 LA VULNÉRABILITÉ ET LE NIVEAU DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

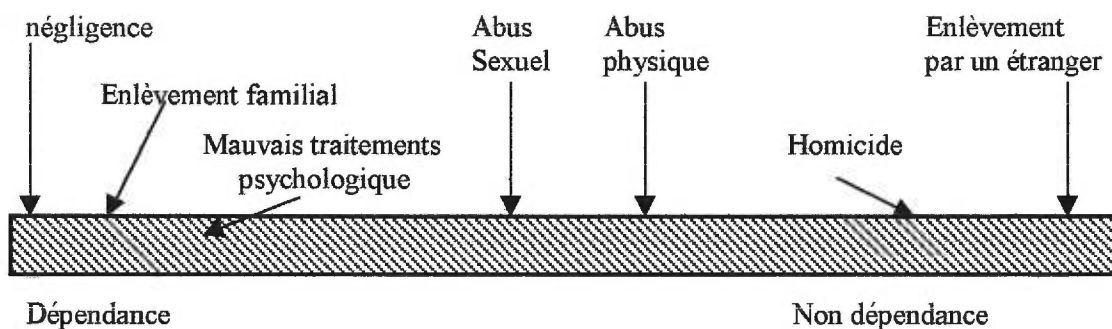
Après avoir mené plusieurs recherches, Finkelhor (1995) a développé un modèle de compréhension d'impact de diverses expériences de victimisation, notamment pour les situations d'agressions sexuelles, en tenant compte du stade de développement de l'enfant et de l'adolescent. Cependant, plusieurs recherches doivent être mises en œuvre pour développer et valider davantage ce modèle.

Comme le rapporte Finkelhor (1995), l'enfance et l'adolescence sont des périodes où l'individu vit des changements importants à divers niveaux: la taille, la force physique, les capacités cognitives, le développement de l'identité sexuelle, les relations sociales. Selon ce dernier (Finkelhor, 1995), le type de victimisation que subit l'enfant ou l'adolescent dépend de son niveau de développement. Ainsi, il y a des victimisations plus susceptibles de se produire à certains âges qu'à d'autres.

Au départ, l'enfant a un statut de dépendance de par sa stature physique plus petite et faible. De plus, l'enfant et l'adolescent sont obligés de vivre dans un environnement (scolaire, quartier, connaissances) qu'ils n'ont pas choisi et dont ils sont dépendants (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994). Cette dépendance de l'enfant et de l'adolescent par rapport au milieu familial crée un spectre de vulnérabilité à certaines victimisations dans la famille: négligence, enlèvement par un parent, mauvais traitements psychologiques, abus sexuel, abus physique.

Finkelhor (1995; Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994) situe les différentes victimisations sur un continuum de dépendance (*voir figure 1.1*). La négligence, l'enlèvement par un membre de la famille et les mauvais traitements psychologiques sont directement liés à la dépendance des enfants face à la famille. Les agressions sexuelles et physiques sont au centre du continuum car elles peuvent survenir dans deux contextes différents : lien de dépendance avec l'agresseur ou absence de lien avec ce dernier. L'absence de dépendance caractérise l'homicide et l'enlèvement par un étranger.

Figure. 1.1
*Continuum de dépendance pour
les types de victimisations chez les enfants / adolescents*



Cependant, l'adolescent acquiert et perd des caractéristiques qui la fait devenir plus ou moins vulnérable à certains types de victimisation. Elle est à risque, compte tenu de ses défis développementaux tels que la maturation sexuelle, de vivre davantage des agressions sexuelles par des étrangers (Finkelhor, 1995; Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994).

Les agressions sexuelles peuvent empêcher ou interférer l'actualisation de certaines tâches développementales actuelles ou futures (Cicchetti et Lynch, 1993 dans Finkelhor, 1995). Shirk (1988 dans Finkelhor, 1995) démontre que cela peut engendrer des effets différents selon les stades de développement et ce, dans trois domaines : l'effet peut varier selon que la victime traverse une tâche ou une période développementale critique alors qu'elle est en même temps victime d'agression sexuelle; l'effet peut être différent aussi dû aux habiletés cognitives spécifiques de la victime qui affectent son évaluation de la victimisation; l'effet peut être différent selon les conséquences vécues par la victime suite aux agressions (retrait, dépression, stress...).

À l'adolescence, l'individu peut se protéger davantage dû à ses capacités cognitives plus développées. Hors à un autre niveau, les pressions et l'encouragement à prendre des risques chez l'adolescent tels que la consommation d'alcool et de drogues menacent sa capacité à s'autoprotéger notamment, des agressions sexuelles (Finkelhor, 1995; Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994).

1.5.2 LES DYNAMIQUES TRAUMATISANTES

Les agressions sexuelles vécues dans l'enfance peuvent engendrer d'importantes conséquences négatives cognitives, émotives et comportementales, et ce durant l'enfance, l'adolescence et la vie adulte. Pour les besoins de cette étude, nous aborderons principalement les conséquences chez les adolescentes.

Nous avons constaté que les impacts peuvent varier selon le niveau de développement de la personne, de sa vulnérabilité ou de la gravité des situations de victimisation. Finkelhor et Browne (1985) ont de plus identifié quatre dynamiques qui permettent de comprendre davantage le processus sous-jacent au développement de traumatismes chez l'enfant ou l'adolescente ainsi que les conséquences qui en découlent. Comme le rapporte Damant (1996; 24), « une dynamique traumatisante est une expérience qui modifie la perception cognitive ou émotive du monde et qui cause un traumatisme en faussant le concept de soi de l'enfant, sa vision du monde et ses

capacités affectives ». Ces quatre dynamiques traumatisantes sont : la sexualisation traumatisante, la stigmatisation, la trahison et l'impuissance.

Ce modèle explicatif des conséquences est éclectique et multifactoriel présumant que les agressions sexuelles ont une variété d'effets dépendant de la nature de l'agression (Finkelhor, 1990; Wright *et al.*, 1994). Même si ce modèle n'est pas validé de façon empirique (Wright *et al.*, 1994), il offre un cadre conceptuel cohérent pour décrire les divers symptômes associés à la victimisation sexuelle. Il s'est développé au fil de nombreuses recherches auprès d'échantillons cliniques (Brière, 1984; Herman, 1981; Meiselman, 1978; Seidner et Calhoun, 1984 dans Damant, 1996) ou non cliniques (Courtois, 1979; Finkelhor, 1979; Fromuth, 1983; Russell, 1983 dans Damant, 1996).

La sexualité traumatisante

La première dynamique est celle de la sexualité traumatisante. Les activités sexuelles vécues par l'adolescente sont anormales compte tenu de son niveau de développement (Finkelhor et Browne, 1985).

Finkelhor et Browne (1985) soulignent qu'une agression sexuelle peut être sexualisée à différents degrés. L'adolescente peut expérimenter, lors de ces situations, des sensations physiques ou une réponse sexuelle pouvant l'amener à se sentir davantage participante active dans l'agression. Ainsi, la relation peut devenir plus traumatisante (Daman, 1996). Le fait de ressentir des sensations physiques peut également provoquer un sentiment d'engagement plus élevé chez la victime tout en développant chez cette dernière un sentiment de confusion et de culpabilité (Finkelhor et Baron, 1986).

L'enjeu de base est la perturbation du développement de la sexualité. Plusieurs conséquences peuvent survenir et avoir des effets opposés : préoccupations sexuelles inappropriées compte tenu du niveau de développement de la victime, des comportements compulsifs, une curiosité sexuelle excessive, une peur de la sexualité, du dégoût, une confusion au sujet de l'identification, des normes et de la fonction sexuelle, l'aversion et difficultés pour l'intimité sexuelle, incompréhension au niveau du sexe et de l'affection (Finkelhor et Browne, 1985).

La stigmatisation

La stigmatisation est une seconde dynamique susceptible de produire un traumatisme chez la victime. Elle met en cause les réactions sociales qui ont un effet négatif sur l'image de soi de la victime (Finkelhor et Browne, 1985). Les réactions peuvent d'abord venir des comportements de manipulation de l'agresseur (blâme, dénigrement, imposition du silence pouvant susciter des sentiments de honte et de culpabilité) et du lien de confiance reliant ce dernier et la victime. Elles peuvent aussi survenir de l'entourage qui accuse la victime de provocation. L'ensemble de ces réactions augmentent la probabilité que cette dernière s'attribue personnellement la responsabilité de son agression. L'enjeu prédominant de cette dynamique est la perte de l'estime de soi et l'aliénation.

Les conséquences associées à cette dynamique sont l'isolement, la honte, la culpabilité, la détérioration de la capacité à faire confiance à un adulte, les comportements asociaux et de délinquance, les activités criminelles, l'abus de substances, l'impression d'être différente des autres, la dépression, la faible estime de soi et les comportements d'automutilation et/ou suicidaires (Finkelhor et Browne, 1985).

La trahison

La trahison est une troisième dynamique identifiée dans le modèle de Finkelhor et Browne (1985). L'adolescente se rend compte qu'elle a été manipulée et trahie par une personne en laquelle elle avait confiance. Ce sentiment de trahison peut également concerner les personnes qui connaissaient la situation et qui n'ont pas réagi ou encore celles qui n'ont pas cru la victime. Ce sentiment de trahison est souvent accompagné d'un sentiment de perte découlant de la rupture avec l'agresseur. L'enjeu principal est la perte de confiance en l'autre.

Les conséquences liées à cette dynamique sont nombreuses : la tristesse, la méfiance, la colère, l'animosité et les capacités réduites d'apprécier la fiabilité des pairs ainsi que la dépendance excessive. Les manifestations comportementales sont l'isolement, la délinquance, la vulnérabilité à la revictimisation, les comportements agressifs et l'inconfort dans les relations interpersonnelles (Finkelhor et Browne, 1985).

L'impuissance

La quatrième dynamique identifiée est l'impuissance (Finkelhor et Browne, 1985). Cette dynamique réfère à l'absence de contrôle de l'adolescente sur sa volonté, son corps, ses désirs. La victime voit ses capacités d'affirmation pour faire cesser les agressions altérées. Ce sentiment d'impuissance peut augmenter si la victime conteste et tente de faire cesser l'agression sans succès. Le dévoilement peut augmenter ce sentiment par la réaction non soutenante de l'entourage et/ou du processus judiciaire. Lorsqu'il y a présence concomitante d'abus physique ou de menace de violence, le sentiment d'impuissance peut être amplifié. L'enjeu est ici la menace au développement de la confiance en soi et d'une perception de contrôle interne.

Au plan de la dynamique de l'impuissance, les séquelles sont diverses : l'anxiété, la peur, la perception de soi comme une victime, le besoin de contrôle et l'identification avec l'agresseur. Les manifestations comportementales sont les cauchemars, les phobies, les plaintes somatiques, les problèmes scolaires, la vulnérabilité à la victimisation, la délinquance ainsi que devenir agresseur (Finkelhor et Browne, 1985).

De plus, les auteurs mentionnent (Finkelhor et Browne, 1985) que l'ensemble des conséquences pouvant être vécues lors de l'enfance et de l'adolescence peuvent se poursuivre et s'intensifier au cours de l'âge adulte et ce pour les quatre dynamiques évoquées précédemment.

1.6 LES CONSÉQUENCES SUR LES ADOLESCENTES

Comme il est mentionné précédemment, les adolescentes ayant subi des agressions sexuelles demeurent davantage susceptibles d'éprouver des difficultés au niveau de leur fonctionnement émotionnel et comportemental comparativement à leurs pairs qui n'ont pas subi de telles agressions (Silverman et *al.*, 1996). Ces conséquences seraient l'expression de mécanismes de survie pour supporter la douleur marquée par le traumatisme (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Brière et Elliott, 1994; Butler, 1985; Damant, 1993, 1996; Finney, 1990; Gagliano, 1987; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Martens et *al.*, 1988). Les séquelles observées par les adolescentes seront plus spécialement abordées.

Il est à noter que les recherches relevées dans la littérature ne fournissent pas une définition homogène de la problématique. Les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sont souvent peu dissociées dans les recherches et les instruments de mesure diffèrent d'une étude à l'autre. De plus, il est important de souligner qu'une population clinique est définie comme un groupe d'individus ayant été victimes d'une agression sexuelle.

1.6.1 DÉPRESSION ET RETRAIT

La dépression et le retrait sont des conséquences vécues par plusieurs adolescentes victimisées sexuellement (Friedrich, Beilke et Urziqua, 1987; Grayston, De Luca et Boyes, in press; Tong, Oates et McDowell, 1987; Tufts New England Medical Center, 1984 dans Hiebert-Murphy, De Luca et Runtz, 1992; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Heiman, 1992 dans Lindon et Nourse, 1994; O'Donohue et Elliott, 1992; Wright *et al.*, 1994). Des chercheurs confirment qu'il existe un lien entre les agressions sexuelles et la dépression à l'adolescence et à l'âge adulte (Beitchman *et al.*, 1992; Brière et Runtz, 1986 dans Glod et Teicher, 1996; Bagley et Ramsay, 1986; Brière et Runtz, 1988, 1990; Malinosky-Rummel et Hansen, 1993 dans Silverman *et al.*, 1996).

Dans une étude menée par Mennen et Meadow (1994) auprès de 75 adolescentes agressées sexuellement, les données démontrent que 14,4% des sujets se retrouvent au-dessus du seuil clinique au niveau de la dépression sur le Child's depression inventory (CDI). Boney-McCoy et Finkelhor, (1995 dans Damant, 1996) ont mesuré et ce, à partir d'un échantillon aléatoire national de 2000 sujets, dans un intervalle de quinze mois, des symptômes de dépression au-dessus du seuil clinique chez l'ensemble des enfants et des adolescentes victimes d'agressions sexuelles.

Dans une recherche menée par Wright *et al.* (1997), il ressort également que sur une population clinique de 59 enfants, 20% démontrent un score élevé au niveau de l'échelle de dépression du CBCL. Sur 152 victimes d'âge adulte, les résultats d'une autre étude (Russell, 1986) démontrent que 17% des sujets éprouvent de sentiments liés à la dépression (tristesse, nostalgie,...). D'ailleurs, six études différentes sur le sujet ont relevé un lien significatif entre dépression et agressions sexuelles (Fromuth, 1986; Murphy *et al.*, 1988 dans Beitchman *et al.*, 1992).

1.6.2 ESTIME DE SOI

Une diminution de l'estime de soi est une des conséquences associées aux agressions sexuelles mise en évidence par plusieurs chercheurs (Faria et Belohlavek, 1984; Gagliano, 1987; Jackson et Ferguson, 1983; Cavaiola et Schiff, 1989 dans Lindon et Nourse, 1994; Martens et *al.*, 1988; Friedrich 1989 dans Mennen et Meadow, 1994; Strand, 1990).

Mennen et Meadow (1994) ont mené une recherche auprès de 72 adolescentes d'une population clinique qui évalue l'estime de soi des sujets à partir du Self-Perception Profile for Children. Les analyses révèlent que les sujets ont une estime de soi plus faible particulièrement au niveau du concept de valorisation de soi, de l'apparence physique, des comportements et des compétences académiques. Ces mêmes auteurs ont effectué une recension de plusieurs études qui rapportent une estime de soi plus faible chez les sujets ayant été agressés sexuellement en comparaison avec ceux n'ayant jamais subi d'agressions sexuelles (Bagley et Ramsay, 1986).

Russell (1986) a mené une étude auprès de 930 femmes dont 502 ont subi une agression sexuelle intrafamiliale ou extrafamiliale avant 18 ans. À partir des entrevues, il ressort que 38% des femmes ayant été agressées sexuellement perçoivent que leur estime personnelle a diminué suite aux agressions et qu'elles ont vécu une augmentation des sentiments négatifs par rapport à elles-mêmes.

Cependant, l'ensemble des auteurs sur le sujet indiquent que l'estime de soi est un concept davantage complexe à mesurer surtout au niveau des enfants agressés sexuellement. Mise à part les tentatives de suicide, la faible estime de soi constitue le symptôme qui différencie moins bien les victimes d'agressions sexuelles que les non victimes (Bagley et Ramsay, 1986; Brière et Runtz, 1988, 1990; Malinosky-Rummel et Hansen, 1993 dans Silverman, et *al.*, 1996; Wright et *al.*, 1994).

1.6.3 ANXIÉTÉ ET PEURS

Les agressions sexuelles peuvent amener le développement de peurs et de phobies diverses ainsi qu'un niveau d'anxiété plus élevé (Bagley et Ramsay, 1986; Gagliano, 1987; Friedrich, Beilke et

Urziqua, 1987; Grayston, De Luca et Boyes, in press; Tong, Oates et McDowell, 1987; Tufts New England Medical Center, 1984 dans Hiebert-Murphy et *al.*, 1992). Ces peurs peuvent être les suivantes : peur de l'abandon (Blume, 1990; Finney, 1990; Gagliano, 1987), peur d'être agressée de nouveau (Bass et Davis, 1988; Blume 1990; Butler, 1985; Martens et *al.*, 1988), peur du noir et des pièces fermées (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985).

Dans une récente recherche conduite par Wright et *al.* (1997) auprès de 59 victimes d'agressions sexuelles, les données recueillies à l'aide du Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) indiquent que 27% des sujets agressés sexuellement démontrent une cote clinique à l'échelle de l'anxiété. Dans une autre étude menée auprès de 502 victimes adultes d'agressions sexuelles, Russell (1986) révèle à partir d'entrevues, que 17% des sujets éprouvent plusieurs peurs et un niveau d'anxiété très élevé.

Une autre étude (Herman et Schatzow, 1987 dans Beitchman et *al.*, 1992) menée auprès d'une population clinique de 53 femmes, indique que 26% des sujets vivent des difficultés chroniques au niveau de l'anxiété. Mennen et Meadow (1994) démontrent à travers une recherche menée auprès d'une population clinique de 73 adolescentes que 55% des sujets atteignent le seuil clinique d'anxiété sur le Revised Children's Manifest Anxiety Scale.

On constate que les taux varient entre 17% et 55%. Cette variation peut s'expliquer à partir de plusieurs facteurs : la nature de l'échantillon, l'éventail des instruments de mesure utilisés, le type d'agression vécue, ... Pour certaines recherches, l'entrevue est un moyen utilisé, autre que les questionnaires, afin de détecter les différents symptômes. L'entrevue peut permettre d'identifier certaines conséquences qui passent sous silence dans les questionnaires.

1.6.4 SENTIMENTS ET ÉMOTIONS

Les sentiments et les émotions de la victime sont également affectés par les agressions qu'elles ont subies.

La culpabilité et la responsabilité

Les agressions sexuelles peuvent générer un sentiment de responsabilité et de culpabilité chez la victime (Bass et Davis, 1988; Butler, 1985; Damant, 1993, 1996; Finney, 1990; Gagliano, 1987; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Martens *et al.*, 1988; Strand, 1990).

Cette responsabilisation de la victime comme étant la cause des agressions sera davantage accentuée si cette dernière est agressée de nouveau par un autre agresseur (Finney, 1990). Cette culpabilité est accentuée par les stratégies de manipulation de l'agresseur et de la notion de secret très souvent présente dans les dynamiques d'agression (Butler, 1985; Damant, 1996; Finkelhor, 1979). Cette conséquence des agressions sexuelles fait référence à la dynamique traumatique de stigmatisation expliquée précédemment.

Honte

La honte est un autre sentiment se développant fréquemment chez les victimes (Gagliano, 1987; Furniss *et al.*, 1988 dans Lindon et Nourse, 1994). Cette honte se crée à partir de plusieurs éléments différents : la sensation d'avoir participé aux agressions (Bass et Davis, 1988; Finkelhor et Browne, 1986), ne pas avoir parlé ou fait cesser les agressions (Butler, 1985, Finkelhor et Browne, 1986), le sentiment d'avoir provoqué l'agresseur (Shapiro, 1987). Ces derniers éléments font directement référence à la dynamique d'impuissance. La honte se développe également à partir des différentes stratégies de manipulation de l'agresseur et des réactions de l'entourage lors d'un dévoilement (Finkelhor et Browne, 1986). Cette conséquence est aussi reliée à la dynamique de stigmatisation.

Colère

La colère est un sentiment faisant partie des réactions de la victime face aux agressions (Bass et Davis, 1988; Butler, 1985; Damant, 1993, 1996; Finney, 1990; Gagliano, 1987; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Goodwin et Talwar, 1989 dans Lindon et Nourse, 1994; Martens *et al.*, 1988; Strand, 1990). Cette conséquence fait référence plus particulièrement à la dynamique de la

trahison. Dans une étude menée par Wright et *al.* (1997), il ressort que 10% des victimes ont atteint le seuil clinique sur l'échelle de la colère du TSCC.

1.6.5 PROBLÈMES SEXUELS ET DE COMPORTEMENTS

Différents problèmes affectent le développement d'une sexualité normale conséquemment aux agressions sexuelles (Becker, Skinner, Abel, Cichon, 1986; Friedrich, Beilke et Urziqua, 1987; Grayston, De Luca et Boyes, sous presse; Tong, Oates et McDowell, 1987; Tufts New England Medical Center, 1984 dans Hiebert-Murphy et *al.*, 1992; Lanktree, 1994; Bagley et Ramsay, 1986; Brière et Runtz, 1988, 1990; Malinosky-Rummel et Hansen, 1993 dans Silverman et *al.*, 1996). Ces conséquences font référence à la dynamique de sexualité traumatisante.

Plus précisément, des auteurs rapportent des conséquences spécifiques liées à la sexualité : peur et dégoût de la sexualité, confusion au sujet de l'identification sexuelle, aversion et difficulté de vivre une intimité sexuelle, sexualité compulsive, comportements sexuels agressifs, connotations négatives face à la sexualité, incompréhension au niveau du sexe et de l'affection (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Tharinger, 1990). Becker et ses collègues (1986) mentionnent que les dysfonctions sexuelles sont de toute ordre: anorgasmie, dysfonction du désir, vaginites à répétition. Les autres problèmes sexuels sont orgasmes moins intenses et moins fréquents ainsi que « *flashbacks* » lors de relations sexuelles.

Une recherche menée auprès de 372 femmes ayant subi un viol ou une tentative de viol avant 18 ans et 99 femmes n'ayant vécu aucune agression sexuelle, révèle à partir du Sexual Arousalability Inventory, que 58% des victimes développent des problèmes d'ordre sexuel alors que 17% du groupe contrôle rapportent des difficultés à ce niveau (Becker et *al.*, 1986). Il ressort également que 66,4% des victimes mentionnent l'expérience de multiples problèmes sexuels : 30,9% rapportent deux dysfonctions; 23% trois; 9,9% quatre et 2,6% cinq (Becker et *al.*, 1986).

Dans une autre étude menée auprès de 30 enfants ayant vécu des expériences à caractère sexuel (contact physique ou non), il ressort que 47% des sujets sont au-dessus du seuil clinique au niveau de l'échelle des préoccupations sexuelles du TSCC (Wright et *al.*, 1997). Une recherche composée de 152 femmes victimes d'agressions sexuelles (contact physique ou non), démontre à

partir d'entrevues, que 14% d'entre elles affirment avoir développé au cours de l'adolescence, une perception et des sentiments négatifs face à la sexualité (Russell, 1986).

De plus, la littérature démontre que les agressions sexuelles peuvent amener le développement de problèmes de comportements : actes délictueux, fugues, comportements agressifs et problèmes interpersonnels (Bagley et Ramsay, 1986; Goodwin, 1982; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Brière et Runtz, 1988, 1990; Malinosky-Rummel et Hansen, 1993 dans Silverman et *al.*, 1996; Wright et *al.*, 1994).

Nous pouvons constater que les taux concernant les difficultés d'ordre sexuel varient de 14% à 66,4%. Cette variation peut dépendre des mêmes facteurs vus précédemment : ampleur de l'échantillon, instruments de mesure différents, définition des agressions sexuelles différentes.

1.6.6 ABUS ET/OU DÉPENDANCE AUX SUBSTANCES

L'abus de substances et la dépendance à ces dernières ressortent comme une conséquence aux agressions surtout au niveau de l'adolescence (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Finney, 1990; Gagliano, 1987; Jackson et *al.*, 1983; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Wright et *al.*, 1994).

Une étude de Luster et Small (1997) confirme une relation entre les victimisations sexuelles et l'abus d'alcool. Les enfants agressés sexuellement élèvent le risque dans leur vie, de trois fois, d'abuser de substances (Saunders, Villeponteaux, Lipovsky, Kilpatrick et Veronen, 1992; Scott, 1992 dans Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994). Faria et Belohlavek (1984) soulignent que dans une étude menée dans une institution pour toxicomanes, 44% des clientes ont été agressées sexuellement durant l'enfance ou l'adolescence.

1.6.7 AUTOMUTILATION / SUICIDE

Des chercheurs démontrent que les adolescentes ayant été agressées sexuellement sont plus susceptibles de faire des tentatives de suicide ou d'adopter des comportements d'autodestruction

(Beitchman *et al.*, 1991; Brière et Runtz, 1986 dans Glod et Teicher, 1996; Gagliano, 1987; Goodwin, 1982; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Shapiro, 1987; Wright *et al.*, 1994).

Les données d'une recherche conduite par Luster et Small (1997) indiquent une relation entre victimisation sexuelle et tentative de suicide chez les adolescentes. D'autres travaux de recherche menés dans des centres de crise ont mis en évidence que 56% des femmes ayant effectué une tentative de suicide à l'adolescence ou à l'âge adulte ont une histoire de victimisation sexuelle comparativement à 23% de femmes sans histoire de victimisation sexuelle (Brière et Runtz, 1986 dans Beitchman *et al.*, 1992).

À partir d'entrevues menées auprès de 2681 adolescentes ayant subi des agressions sexuelles (contacts physiques), il ressort que 46% d'entre elles avaient régulièrement des pensées suicidaires et 36% ont fait des tentatives de suicide ou projettent de le faire prochainement (Chandy, Blum et Resnick, 1996). Dans une recherche menée par Silverman *et al.* (1996), il ressort que 14 des 16 sujets ayant été agressés sexuellement rapportent un niveau très élevé de risque suicidaire sur le CDI. De plus, Becker, Skinner et Abel (1982 dans O'Donohue et Elliott, 1992) ont évalué que 20% des enfants agressés adoptaient des comportements d'automutilation divers.

1.6. 8 SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Des données recueillies de certaines recherches indiquent que les enfants ayant vécu une situation d'agression présentent dans certains cas, un niveau élevé de détresse psychologique et vivent les symptômes classiques du syndrome de stress post-traumatique (SSTP) (Brière, 1984 dans Beitchman *et al.*, 1992; Graziano, 1992; Haviland, Sonne, Woods, 1995; Lindberg et Distad, 1985). Le SSTP est associé avec des troubles du fonctionnement cognitif, comportemental, affectif et physique chez les enfants traumatisés (Armsworth et Holaday, 1993 dans Haviland *et al.*, 1995).

Le SSPT est un syndrome clinique identifié dans le DSM-III en 1980 pour décrire un pattern de symptômes que plusieurs individus développent conséquent à une expérience très stressante et

traumatisante, incluant notamment les situations de violence (American Psychiatric Association, 1980; Astin, Layne, Camilleri, Foy, 1994).

Le SSPT est un diagnostic psychiatrique qui englobe un ensemble de symptômes qui survient normalement lorsqu'un individu est confronté à la mort ou encore à des événements susceptibles d'entraîner de graves menaces à son intégrité physique. Ces réponses se traduisent de différentes manières : sens de réexpérimenter le trauma et l'intrusion dans la mémoire de sentiments négatifs intenses, pattern d'évitement et de fuite, diminution des interactions sociales, hypervigilance et sentiment de danger imminent constant, difficulté à dormir, colère et agressivité (Astin et *al.*, 1994; Psychiatric Association, 1994 dans Cuffe, Addy, Garrison, Waller, Jackson, McKeown, Chilappagari, 1998; Finkelhor, 1995; Haviland et *al.*, 1995; Pelcovitz, Kaplan, Goldenberg, Mandel, Lehane et Guarrera, 1994).

Plusieurs autres travaux révèlent la présence de SPTP au niveau des sujets ayant vécu des agressions à caractère sexuel. Dans une étude récente menée auprès de 59 victimes d'agressions sexuelles, 17% des sujets cotent clinique à l'échelle de stress post-traumatique du TSCC (Wright et *al.*, 1997).

Astin et ses collègues (1994) ont effectué une brève revue de littérature sur le sujet. Ils rapportent que deux études menées auprès d'un échantillon clinique (enfants), démontrent que 50% des sujets ont un diagnostic de SPTP (Koverola et Foy, 1993; McLeer et *al.*, 1988 dans Astin et *al.*, 1994). D'autres chercheurs ont mené une étude auprès de 49 enfants agressés sexuellement (McLeer et *al.*, 1994 dans Glod et Teicher, 1996) qui démontre que 42% des sujets victimes développent des symptômes du SSPT en contraste à 9% pour les sujets non victimes.

Différents problèmes de santé mentale sont également associés à la victimisation sexuelle (Finkelhor, 1994a). Les enfants agressés seraient plus à risque de vivre des désordres psychiatriques tout au long de leur vie (Saunders, Villepontaux, Lipovsky, Kilpatrick et Veronen, 1992; Scott, 1992 dans Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994). Scott (1992 dans Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994) estime à environ 8% les cas psychiatriques dans la population attribuables aux situations d'agressions sexuelles. Dans une étude menée par Wright et *al.* (1997) auprès de 59 victimes, 13% des sujets démontrent des difficultés importantes à l'échelle de dissociation du TSCC.

Les aspects des expériences abusives (contexte, sévérité, caractéristiques de la victime, chronicité) qui contribuent au développement de la sévérité des symptômes du SSPT et des désordres psychiatriques sont encore peu connus (Haviland et *al.*, 1995).

1.6.9 REVICTIMISATION

La revictimisation survient lorsque la victime est à nouveau agressée par des personnes différentes. La littérature rapporte davantage d'études chez les femmes adultes.

Ainsi, Gorcey et *al.* (1986 dans Beitchman et *al.*, 1992) constatent que 37% des femmes adultes victimes de viol auraient été violées dans leur enfance. Pour sa part, Runtz (1987 dans Beitchman et *al.*, 1992) observe que 44% des victimes d'agressions sexuelles à l'âge adulte l'auraient été durant l'enfance et que 20% des victimes auraient subi des abus physiques. Fromuth (1986 dans Beitchman et *al.*, 1992) a découvert une association significative entre agressions sexuelles diverses dans l'enfance et viol à l'âge adulte. Goodwin (1982) rapporte un taux de 33% de revictimisation parmi les sujets ayant été victimes d'inceste dans l'enfance.

D'après des études de follow up menées sur une période de 18 mois à 5 ans, on constate que 6% à 19% des adolescentes sont agressées sexuellement à nouveau dans la ou les deux années suivants l'agression initiale (Bentovim et *al.*, 1988; Daro, 1988; Gomes, 1990 dans Kendall-Tackett et *al.*, 1993). Dans une recherche conduite auprès de 930 femmes, Russell (1986) observe que 16% ont déjà vécu des agressions sexuelles avant l'âge de 14 ans. Parmi elles, 65% ont subi à nouveau une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans.

1.7 LES ADOLESCENTES ASYMPTOMATIQUES

Certains enfants ou adolescentes agressés sexuellement semblent n'avoir aucun symptôme clinique significatif (Beitchman, et *al.*, 1992; Brière et Elliott, 1992; Finkelhor et Berliner, 1995; Kendall-Tackett et *al.*, 1993).

Certaines études démontrent que 40% des enfants ont peu de conséquences à partir des instruments standards administrés et que la plupart présentent très peu de perturbations émotionnelles ou comportementales (Kendall-Tackett et *al.*, 1993). Tong et *al.* (1987 dans Finkelhor, 1990) ont noté qu'à l'échelle du CBCL, 36% des enfants victimisés n'atteignent pas le seuil clinique. Ces enfants ou adolescentes sont parfois intégrés dans un processus thérapeutique, en partie dû à la peur des adultes de n'avoir pu identifier le malaise de la victime (Finkelhor et Berliner, 1995).

Le taux de présence d'enfants asymptomatiques dans les études peut parfois être élevé. Comme le soulignent Kendall-Tackett et ses collègues (1993), ce taux varie de 20% à 60% selon les recherches. Ces derniers considèrent trois explications principales possibles: l'absence de sensibilité des instruments de mesure utilisés, l'hypothèse d'un délai concernant l'apparition des conséquences diverses et la possibilité d'une perturbation effectivement moins grande chez ceux-ci (Finkelhor, 1990; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Wright et *al.*, 1994).

Certains chercheurs mentionnent une quatrième hypothèse à évaluer de façon plus approfondie. Il est possible que les enfants asymptomatiques sont souvent ceux ayant subi une agression moins sévère : courte durée des agressions, aucune utilisation de violence physique, absence de lien avec l'agresseur, actes sexuels limités (attouchements, baisers et absence de pénétration ou de contact oraux-génitaux) (Elliott et Brière, 1994; Finkelhor, 1990; Johnson et Kenkel, 1991; Leitenberg et *al.*, 1992 dans Finkelhor et Berliner, 1995). Ainsi, les enfants asymptomatiques peuvent être ceux ayant eu le type d'agression le moins dommageable. Néanmoins, ils peuvent aussi être des enfants résilients, ceux qui possèdent des ressources psychologiques, sociales appropriées et une intervention rapide qui leur permet de négocier avec la situation (Kendall-Tackett et *al.*, 1993).

Cependant, une recherche conduite par Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli et Sauzier (1990 dans Kendall-Tackett et *al.*, 1993) supporte bien la deuxième hypothèse: 30% des sujets asymptomatiques ont développé des symptômes 18 mois seulement après les agressions. De plus, les études longitudinales sérieuses suggèrent que 10 à 20% des enfants victimisés vivent une certaine détérioration de 12 à 18 mois après avoir subi l'agression (Finkelhor et Berliner, 1995; Kendall-Tackett et *al.*, 1993).

Plusieurs études doivent être mises en œuvre sur le sujet afin de vraiment déterminer les différents facteurs et processus en cause associés aux enfants asymptomatiques, ces derniers étant une réalité de la recherche au niveau des agressions sexuelles (Finkelhor, 1990).

1.8 CONCLUSION

Dans ce chapitre, les différentes définitions légales et psychosociales sont présentées. Les définitions psychosociales sont retenues pour cette étude et comportent trois éléments principaux : 1) écart d'âge élevé entre l'enfant et le partenaire; 2) personne en position d'autorité avec l'enfant; 3) contre la volonté de l'enfant avec usage de force ou de menaces. Des précisions sont aussi apportées au niveau de la présence ou l'absence de contact et le caractère intrafamilial ou extrafamilial des agressions.

Un bref portrait de l'ampleur du phénomène est élaboré à partir de données canadiennes et américaines de l'incidence et de la prévalence. Comme le mentionne Finkelhor (1994b), environ 20% des femmes américaines et 5% à 10% des hommes américains subissent un jour dans leur enfance une forme d'agression sexuelle.

À travers l'analyse des données recueillies sur l'ampleur des agressions sexuelles ainsi que sur les conséquences, nous dénotons une difficulté à retirer des résultats homogènes et comparables entre les diverses recherches. Les instruments de mesure utilisés sont variables et ne sont pas toujours validés et fiables. Les définitions des agressions utilisées varient également; certains chercheurs vont considérer tout acte à caractère sexuel alors que d'autres se limitent aux relations sexuelles avec pénétration. De plus, nous remarquons que les populations à l'étude ne sont pas homogènes : les enfants et les adolescents sont souvent regroupés au sein des mêmes échantillons. Il ressort également que les recherches sur les conséquences sont davantage menées auprès des adultes que des adolescentes. De plus, les études dissocient peu les agressions sexuelles intrafamiliales et les agressions sexuelles extrafamiliales. Il devient donc plus ardu d'établir des conclusions claires associées à un type ou l'autre des agressions sexuelles notamment au niveau de l'ampleur de la problématique, des conséquences ou de la gravité.

Pour comprendre l'impact des agressions sexuelles sur les victimes, le modèle explicatif des conséquences, éclectique et multifactoriel, développé par Finkelhor et Browne (1985) est présenté. Les quatre dynamiques traumatisantes sont donc décrites: sexualité traumatisante, stigmatisation, trahison et impuissance.

Enfin, nous abordons les principales conséquences vécues par les adolescentes agressées sexuellement : dépression et retrait, estime de soi, anxiété et les peurs, sentiments et émotions, problèmes sexuels et de comportements, abus et dépendance aux substances, automutilation et suicide, syndrome de stress post-traumatique et les problèmes de santé mentale ainsi que la revictimisation. Le phénomène des adolescentes asymptomatique est également décrit.

Ainsi, il demeure difficile de dresser un portrait précis de cette problématique sociale. Cependant, il est clair que les agressions sexuelles engendrent des conséquences négatives dans la vie des victimes ce qui crée la nécessité d'intervenir auprès de ces dernières.

CHAPITRE II : LE MODÈLE D'INTERVENTION

Le deuxième chapitre s'articule autour du modèle de pratique du service à l'étude. Une brève revue des différents modèles d'intervention mis en œuvre pour les victimes d'agressions sexuelles est présentée ainsi que les deux courants psychologiques à la base du modèle de pratique du service à l'étude. Par la suite, les prémisses de base de cette approche, les thèmes et les moyens privilégiés sont décrits. Enfin, trois facteurs qui peuvent influencer de façon négative ou positive le processus thérapeutique et la résolution des conséquences engendrées par les agressions sexuelles sont identifiés.

2.1 REVUE DES DIFFÉRENTS MODÈLES D'INTERVENTION

Les modèles de pratiques documentés visant les victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales et/ou intrafamiliales sont peu nombreux. Une minorité d'organisations mettent sur pied des services ; peu d'entre eux sont évalués et s'adressent aux victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales. Toutefois, certaines organisations proposent des plans d'action et fournissent des directives claires quant aux procédures liées à l'intervention (Giaretto, 1981, 1982; James et Nasjleti, 1983 dans Kolko, 1987).

Aux États-Unis, il existe cinq grands courants de pensées à travers lesquels des programmes sont mis en œuvre (MacFarlane et Bulkley, 1982). Dans un premier temps, nous retrouvons le modèle de pensées « *Victim Advocacy Model* ». Cette approche est orientée sur la victime et la croyance que les agressions sexuelles sont un crime qui requiert une condamnation visible par la société (MacFarlane et Bulkley, 1982). Dans un deuxième temps, il existe un système de pensées de type davantage humaniste : le « *Improvement Model* ». L'essence de cette approche est semblable à la première cependant, le focus central est toutefois le rétablissement de la victime (MacFarlane et Bulkley, 1982).

Les chercheurs identifient un troisième schéma de pensées : le « *System Modification Model* ». Le point central de ce modèle consiste à la création de changements systémiques dans une intervention légale. Le Child Sexual Abuse Treatment Program (CSATP) développé par Giaretto (1976 dans MacFarlane et Bulkley, 1982) est un programme d'intervention qui fait parti de ce courant de pensées. Cependant, il est mis en œuvre

spécifiquement pour les victimes d'inceste (Giaretto, 1981, 1982 dans Kolko, 1987). Brièvement, il implique plusieurs formes d'intervention différentes: counselling individuel pour l'enfant, la mère et le père; counselling mère-victime; thérapie conjugale; counselling père-victime; thérapie familiale et thérapie de groupe (Giaretto, 1981, 1982 dans Kolko, 1987). Cette approche ne sera pas discutée davantage même si elle est utilisée à travers certains Centres jeunesse du Québec puisque le service à l'étude est mis sur pied spécifiquement pour les victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales et non d'inceste.

Un deuxième programme se situe à l'intérieur de ce courant de pensées : le Connecticut Sexual Trauma Treatment Program (CSTTP) (Kolko, 1987). Le contenu de ce programme est le suivant : interventions individuelles avec chaque membre de la famille, thérapies en dyade de groupe avec la mère et l'enfant. En fait, les réactions psychologiques de la victime aux agressions qu'elle a subies, sont au centre de l'intervention (Kolko, 1987).

On identifie également le « *Independent Model* ». Cette approche considère que les victimes et les agresseurs doivent faire partie d'un programme indépendant du système judiciaire afin de pouvoir revenir à un fonctionnement équilibré étant défini par l'arrêt des agressions et la diminution des conséquences (MacFarlane et Bulkley, 1982).

Enfin, il existe aussi le « *System Alternative Model* » : la victime et l'agresseur doivent recevoir un traitement sans recours aux mesures légales. Cette approche vise à protéger la victime, améliorer ses conditions au niveau des conséquences des agressions et prévenir les agressions futures en travaillant auprès des agresseurs (MacFarlane et Bulkley, 1982).

2.2 LES COURANTS PSYCHOLOGIQUES

Compte tenu que diverses séquelles sont conséquentes aux agressions sexuelles, l'intervention apparaît nécessaire dans bien des cas et vise le retour à un fonctionnement antérieur en agissant notamment sur les effets produits par les agressions. Le retour à un fonctionnement antérieur se définit comme la résolution des conséquences qui se sont développées chez la victime suite à l'agression et qui lui nuisent dans sa vie quotidienne. Dans plusieurs situations, l'intervention permet aussi de résoudre d'autres difficultés qui faisaient partie du mode de vie de la victime avant les agressions.

Le modèle de pratique du service étudié est spécifique aux agressions sexuelles. À la base, il découle de deux grands courants théoriques en psychologie.

2.2.1 MODÈLE COGNITIVISTE

Le modèle cognitiviste se centre sur l'étude des processus de la pensée sous jacent au traitement des informations que l'humain perçoit de son environnement (Feldman, Giroux, Cauchy, 1994; Pappalia et Wendkos Olds, 1988).

Les thérapies cognitives se centrent sur la distorsion des pensées soit l'identification des pensées irrationnelles, lesquelles contribuent à la détresse psychologique du client. Cette approche vise à faire prendre conscience au client des idées et des conduites erronées pour ensuite, les substituer par des évaluations et des jugements réalistes (Pappalia et Wendkos Olds, 1988). Comme le spécifie Kazdin (1982 dans Pappalia et Wendkos Olds, 1988), les thérapies cognitives mettent l'accent sur les déterminants du présent davantage que ceux du passé (Ministère de l'Éducation Nationale, 1994).

Thérapie rationnelle émotive

La thérapie rationnelle émotive développée par Albert Ellis (1958 dans Ministère de l'Éducation Nationale, 1994; Pappalia et Wendkos Olds, 1988) comporte des similitudes importantes avec le modèle d'intervention adopté dans le service à l'étude. Cette thérapie est fondée sur l'interaction étroite de la pensée et des émotions et sur la conviction que les problèmes psychologiques sont provoqués par une pensée défectueuse. Le mode de fonctionnement cognitif de la personne doit être investigué afin qu'il soit plus logique et réaliste et ainsi réduire les difficultés émotionnelles.

2.2.2 MODÈLE HUMANISTE

Un deuxième courant de pensée est la base du modèle de pratique : le modèle humaniste. Ce courant psychologique, développé par Maslow et Rogers au début des années 50, considère l'individu comme maître de sa propre vie et enclin à vouloir atteindre des niveaux de

maturité et d'accomplissement supérieurs (Feldman *et al.*, 1994; Ministère de l'Éducation Nationale, 1994; Pappalia et Wendkos Olds, 1988). Une thérapie humaniste vise principalement à libérer la personne en l'amenant à dépasser les obstacles qui nuisent à l'accomplissement de soi (Pappalia et Wendkos Olds, 1988).

Cette approche consiste en une vision optimiste de la personnalité. Les principes premiers sont les suivants : confiance en la capacité du client à vivre sa vie de façon pleine et entière même au prix du changement d'attitudes et de comportements bien ancrés; le client est un partenaire et il est le premier responsable du changement (Ministère de l'Éducation Nationale, 1994; Pappalia et Wendkos Olds, 1988)

Il existe une approche humaniste développée par Carl Rogers (1951) : approche centrée sur la personne. Rogers (1951) croit que l'être humain possède les moyens pour comprendre et modifier ses idées, ses attitudes et ses comportements. Le thérapeute ne se donne plus le rôle de spécialiste. Voici les trois principes de base de ce modèle d'intervention au niveau du lien thérapeutique : l'acceptation inconditionnelle, la compréhension empathique et la congruence.

2.3 THÉRAPIE SPÉCIFIQUE À L'ABUS SEXUEL

Les courants psychologiques cognitiviste et humaniste ont influencé le développement d'une approche spécifiquement axée sur l'intervention auprès des victimes d'agressions sexuelles pratiquée dans le service qui fait l'objet de la présente étude.

Des débats sur les meilleurs modèles d'intervention, il ressort un consensus : l'approche privilégiée est celle qui ajuste ses stratégies aux réalités spécifiques vécues aux manifestations présentes chez la victime (Berliner and Wheeler, 1987; James, 1989 dans Finkelhor et Berliner, 1995). En effet, les victimes présentent une variété de réponses suite aux agressions. Ainsi, l'intervention doit être adaptée aux besoins individuels (Hiebert-Murphy *et al.*, 1992).

Ce modèle de pratique prône qu'une expérience d'agression crée des effets spécifiques et la thérapie doit être curative et préventive. Le processus thérapeutique doit permettre à la victime de faire un lien entre les agressions et sa détresse car cela fournit un cadre de

compréhension qui légitime ses réactions : la détresse est une réaction normale lorsqu'un individu a été agressé (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994). Même si les diverses conséquences (anxiété, peur, pensées suicidaires ...) interfèrent dans le fonctionnement de la victime, elles sont aussi conceptualisées comme une réponse de coping positive au départ utile, qui ne devient mésadaptée qu'avec le temps (Finkelhor et Berliner, 1995).

Les thérapies spécifiques à l'abus sexuel intègrent quatre principaux points communs. Dans un premier temps, ce type de thérapie doit permettre à la victime de s'exprimer par rapport à la victimisation. Ainsi, l'expression et la ventilation des différentes émotions et sentiments en lien avec l'agression sont au cœur de l'intervention. Ces sentiments et émotions peuvent être la colère, la peur, l'anxiété, l'ambivalence (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987).

Le deuxième élément à considérer est la clarification des croyances erronées. Ces croyances peuvent conduire à une attribution négative des agressions par rapport à soi ou aux autres. Elles peuvent donc mener au blâme de soi ainsi qu'à un sentiment de culpabilité (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987; Lindon et Nourse, 1994).

Le troisième point à considérer dans ce type d'intervention est l'enseignement et l'acquisition de compétences en ce qui a trait à la prévention de futures agressions, soit la prévention d'une revictimisation (Berliner et Stevens, 1982; Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987).

Enfin, la dernière composante vise : la diminution du sentiment de stigmatisation et d'isolement en réconfortant la victime de même qu'en la mettant en contact avec d'autres victimes par l'intervention de groupe (Finkelhor et Berliner, 1995).

Finalement, cette perspective introduit l'idée que certaines séquelles sont plus difficiles à modifier que d'autres (Lanktree et Brière, 1995 dans Finkelhor et Berliner, 1995). En outre cette approche d'abord soutenante et éducationnelle, peut parfois être moins efficace au niveau de certains problèmes émotionnels ou de comportements. Dans ces cas, l'intervention doit être plus intensive (Finkelhor et Berliner, 1995).

2.3.1 LE GROUPE

Un des principes efficaces mentionné précédemment, insiste sur l'importance de briser l'isolement et de contrer la stigmatisation créée par les agressions. À cet égard, l'intervention de groupe apparaît un moyen pertinent. Le service qui fait l'objet de cette recherche fait appel à ce moyen.

Le groupe permet à des pairs ayant vécu une expérience traumatisante similaire, de la partager en apprenant à accepter et à recevoir de l'aide et ainsi clarifier certaines pensées erronées (Giaretto, 1981; Berliner and Stevens, 1982; Goodwin and Telwar, 1989 dans Dwivedi, Brayne et Lovette, 1992; Sgroi, 1982 dans Gagliano, 1987). De plus, le groupe a une fonction importante de soutien pour aider la victime à faire face aux différents sentiments et émotions provoqués par les situations d'agression (Dwivedi et *al.*, 1992; Lindon et Nourse, 1994). Ce serait une stratégie d'autant plus pertinente lors du dévoilement des abus (Berliner et Ernst, 1984 dans Lindon et Nourse, 1994). Selon Gagliano (1987), la fonction la plus importante du groupe est d'effacer le sentiment de honte et de culpabilité chez l'individu.

Comme le mentionne Célano (1990), le groupe est plus efficace que la stratégie d'intervention individuelle dans la poursuite des objectifs suivants : diminution du sentiment d'isolement, de honte et de la stigmatisation sociale; augmentation du sentiment de sécurité pour prévenir la revictimisation; construction de la confiance envers les pairs. Le groupe permet également aux victimes d'identifier, d'exprimer et de résoudre les sentiments ambivalents face à l'agresseur (Célano, 1990; Berliner, Ernst, 1984 dans Hiebert-Murphy et *al.*, 1992; Lindon et Nourse, 1994; Grayson, 1989 dans Roesler, Sabin et Grosz, 1993).

Il est à préciser que le groupe est une forme d'intervention intéressante puisqu'il permet d'atteindre en même temps un plus grand bassin de victimes (Célano, 1990).

2.4 LES THÈMES ET MOYENS ASSOCIÉS AU PROCESSUS D'INTERVENTION

2.4.1 THÈMES

Les thèmes abordés dans ce type d'intervention sont directement associés aux conséquences engendrées par la victimisation sexuelle. Un thème est défini comme un sujet abordé lors des différentes sessions d'intervention tant de groupe qu'individuelle.

L'histoire de la victimisation sexuelle

L'histoire de victimisation sexuelle est une dimension importante à considérer parce qu'elle permet de dresser un portrait global de la situation de la victime ce qui amène l'intervenante à orienter son intervention vers les aspects négatifs du vécu de la personne. Ce thème englobe plusieurs points différents: le dévoilement, les réactions de la victime, de l'agresseur et de l'entourage, la victimisation ainsi que l'identification des différents sentiments liés à l'agression (Finkelhor et Berliner, 1995; Hiebert-Murphy et *al.*, 1992; Lindon et Nourse, 1994).

Les sentiments et les émotions

Les émotions et les sentiments vécus par la victime en lien avec l'événement traumatisant sont la majorité du temps un des premiers thèmes abordés (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Célano, 1990; Dwivedi et *al.*, 1992; Faria et Belohlavek, 1984; Finkelhor et Berliner, 1995; Finney, 1990). En général, ces émotions et ces sentiments sont les suivants : la colère, la culpabilité, la peur, le dégoût, la trahison, le stress, la honte (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Célano, 1990; Dwivedi et *al.*, 1992; Faria et Belohlavek, 1984; Finkelhor et Berliner, 1995; Finney, 1990; Lindon et Nourse, 1994). Certains auteurs soulignent l'importance de recadrer les émotions et les sentiments et de clarifier des perceptions erronées chez la victime dans le processus thérapeutique (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987).

La sexualité

Un des volets de l'intervention est axé sur les composantes éducatives de la sexualité (Finney, 1990; Gagliano, 1987). Cela permet de donner des explications diverses sur certains phénomènes sexuels vécus par la victime : la réponse physiologique, les maladies transmissibles sexuellement, l'autoprotection (Lindon et Nourse, 1994).

Les compétences, l'estime de soi et la prévention de la revictimisation

La prévention de la revictimisation est un thème central axé sur les compétences qui permettent à la victime d'anticiper et d'éviter les futures agressions sexuelles (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987). Les compétences visées sont la maîtrise de la peur, de l'anxiété et la résolution de problèmes (Célano, 1990; Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987; Lindon et Nourse, 1994).

L'estime de soi est un thème centré sur le développement de compétences qui favorisent notamment la prévention de la revictimisation (Bass et Davis, 1988; Faria et Belohlavek, 1984; Finney, 1990; Lindon et Nourse, 1994). L'acquisition de compétences permet d'augmenter l'estime de soi; une estime de soi solide permet une assurance dans les réactions face aux futures victimisations et une diminution des peurs.

2.4.2 MOYENS

L'actualisation des différents volets d'intervention s'effectue par plusieurs moyens, lesquels favorisent l'atteinte des objectifs, soit par le biais du groupe ou en individuel.

Expression verbale, écrite et artistique

L'expression verbale des sentiments et des émotions est cruciale dans le processus d'intervention. Il permet de diminuer les tensions vécues (Bass et Davis, 1988; Dwivedi et al., 1992; Finkelhor et Berliner, 1995; Hiebert-Murphy et al., 1992). L'écriture est aussi une alternative qui est utilisée surtout si l'expression verbale est difficile pour la victime; il est

un moyen positif et efficace au niveau de la colère surtout lorsqu'elle vise l'agresseur (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dwivedi et *al.*, 1992; Faria et Belohlavek, 1984; Finkelhor et Berliner, 1995; Finney, 1990).

Les activités artistiques telles que le dessin, la peinture et le bricolage sont également des moyens efficaces qui permettent d'exprimer les sentiments et les émotions (Dwivedi et *al.*, 1992; Finkelhor et Berliner, 1995; Hiebert-Murphy et *al.*, 1992).

Discussion et réflexion

Les discussions et les réflexions collectives sont également un moyen utilisé dans la majorité des *thérapies spécifiques à l'abus sexuel*. Ces moyens permettent notamment de diminuer la stigmatisation et de normaliser certaines réactions ou comportements de la victime lors et suite à l'agression (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dwivedi et *al.*, 1992; Finney, 1990; Hiebert-Murphy et *al.*, 1992).

Jeux de rôle

Le jeu de rôle facilite l'expression des sentiments vécus face à l'expérience d'agression (Dwivedi et *al.*, 1992; Gagliano, 1987; Lindon et Nourse, 1994). Il permet d'aborder des sujets dans l'action (Célano, 1990). Ce moyen est particulièrement efficace pour confronter ou exprimer des sentiments de colère (Célano, 1990). Le jeu de rôle est aussi un moyen pour modifier des comportements par exemple lorsque l'intervenante vise à prévenir la revictimisation (Célano, 1990; Du Ranquet, 1991).

Le film

Le film est surtout utilisé pour prévenir la revictimisation (Célano, 1990; Dwivedi et *al.*, 1992). Il permet entre autres, de reconnaître les comportements inappropriés comme ceux qui sont appropriés tels que résister à l'agresseur; se sauver ou encore reporter l'incident à un adulte (Célano, 1990).

Exercice physique

L'exercice physique est également un moyen pertinent dans la mesure où cela permet de libérer de façon non violente des émotions trop intenses qui ne peuvent être exprimées autrement (Bass et Davis, 1988; Célano, 1990; Finney, 1990; Hiebert-Murphy et al., 1992).

2.5 FACTEURS AIDANT ET/OU NUISIBLES

Une variété de facteurs peuvent influencer de façon positive ou négative le processus d'intervention et la résolution des conséquences. Parmi les facteurs identifiés dans la littérature, trois d'entre eux semblent prédominants : les caractéristiques personnelles, le fonctionnement familial ainsi que le soutien reçu.

2.5.1 CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Les variations observées dans l'évolution des individus au cours du processus thérapeutique peuvent être attribuées aux caractéristiques personnelles (Berliner et Stevens, 1982; Berman, 1990; Feiring, Taska et Lewis, 1998; Johnson et Kenkel, 1991; Luster et Small, 1997).

Une première caractéristique personnelle est le coping. Le coping est défini comme des stratégies comportementales et cognitives qui permettent à l'individu de gérer le stress engendré par un événement difficile (Johnson et Kenkel, 1991). Les stratégies de coping peuvent être notamment le détachement, l'isolement, la demande de soutien social, l'accentuation du positif (Johnson et Kenkel, 1991). En outre, les stratégies de coping diffèrent selon le type d'agression vécue (Johnson et Kenkel, 1991). Aussi, les filles ayant beaucoup recours à une stratégie de détachement rapportent des abus sexuels de nature plus grave : relations sexuelles complètes, abus fréquents et sur une longue période, et menace de violence physique (Johnson et Kenkel, 1991).

La motivation est une autre caractéristique personnelle ayant une influence sur le processus d'intervention ainsi que sur la résolution des conséquences. Une étude de Berman (1990) révèle que les participantes qui démontrent un niveau élevé de motivation et d'engagement

dans le processus d'intervention, sont celles dont les conséquences de la victimisation s'atténuent plus rapidement.

À l'instar de Feiring et *al.* (1998), on connaît encore mal le rôle et la nature des caractéristiques personnelles dans le processus thérapeutique. D'autres études sont nécessaires pour explorer plus systématiquement leur influence.

2.5.2 FONCTIONNEMENT FAMILIAL

Plusieurs chercheurs s'entendent pour reconnaître l'importance du fonctionnement familial dans la guérison (Johnson et Kenkel, 1991; Rutter, 1987; Werner, 1993 dans Luster et Small, 1997; Conte et Schuerman, 1987; Friedrich, 1988; Waterman et Kelly, 1993; Wyatt et Mickey, 1988 dans Oates et *al.*, 1994). Le soutien parental (Everson et *al.*, 1991 dans Finkelhor et Berliner, 1995) et la désorganisation maternelle (Deblinger et *al.*, 1990; Newberger et *al.*, 1993 dans Finkelhor et Berliner, 1995), ainsi que des éléments du fonctionnement familial tels que la cohésion et la façon saine de régler les conflits (Conte et Schuerman, 1987 dans Oates et *al.*, 1994), sont des prédicteurs du degré de détresse de la victime et de la rapidité avec laquelle elle se rétablira (Finkelhor et Berliner, 1995). La supervision parentale est un prédicteur du réajustement psychologique à long-terme (Fromuth, 1986 dans Johnson et Kenkel, 1991) alors qu'une bonne relation familiale réduit le stress de la victime (Rutter, 1987; Werner, 1993 dans Luster et Small, 1997). Une autre étude menée par Oates et ses collègues (1994) auprès de 84 enfants suggère que l'amélioration du fonctionnement familial est positivement associée à une amélioration du comportement de l'enfant.

Plusieurs recherches suggèrent que les victimes qui vivent une relation pauvre ou conflictuelle avec leur parent et font l'objet d'une supervision parentale inadéquate (négligence ou maladie), vont se rétablir moins rapidement et seront moins engagées dans le processus d'intervention (Finkelhor, 1994; Finkelhor et Baron, 1986 dans Finkelhor et Daro, 1993). Les conflits maritaux peuvent aussi compromettent la réadaptation de la victime (Finkelhor, 1994b).

2.5.3 SOUTIEN

Le soutien qui provient du milieu familial est également un facteur qui peut faciliter le réajustement de la victime. Ainsi, les adolescentes qui rapportent avoir moins de symptômes de dépression et éprouvent un sentiment plus positif face aux réactions positives des autres sont celles qui bénéficient d'un meilleur soutien parental (Conte & Schuerman, 1987; Everson, Hunter, Runyan, Edelsohn, & Coulter, 1989; Spaccarelli & Kim, 1995 dans Feiring et al., 1998). Le soutien permet aussi de diminuer ou de modérer les effets négatifs reliés à la condamnation sociale, à l'isolement et à la stigmatisation (Feiring et al., 1998). Ce facteur de protection diminue également les risques de tentatives de suicide chez les adolescentes (Luster et Small, 1997). Une autre recherche démontre que la consommation d'alcool est moins élevée si un soutien familial est présent (Luster et Small, 1997). L'accès au soutien familial est également associé à un rétablissement plus rapide (Everson et al., 1991; Goodman et al., in press dans Feiring et al., 1998; Conte et Berliner, 1988 dans Lanktree, 1994; Ruch et Chandler, 1982), une estime de soi plus élevée, des comportements plus appropriés ainsi qu'un niveau de détresse psychologique moins élevé chez la victime (Everson, Hunter & Runyan, 1991; Goodman et al., 1992; Celano, Gould, Lawry, & Webb, 1995 dans Feiring et al., 1998).

Néanmoins, le soutien des pairs peut aussi devenir un facteur de risque et ce, particulièrement à l'adolescence (Feiring et al., 1998). Comme le démontrent Feiring et ses collègues (1998), l'adolescence est une période au cours de laquelle le jugement et l'opinion des pairs sont particulièrement importants. Le soutien reçu par les pairs serait associé à une baisse de motivation face au processus d'intervention et une augmentation de la consommation de l'alcool (Feiring et al., 1998).

2.6 CONCLUSION

Ce chapitre présente les modèles d'intervention existant pour les victimes d'agressions sexuelles, particulièrement aux États-Unis. Le portrait de la situation permet d'établir que peu de programmes structurés sont mis en œuvre notamment pour les victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales.

Par la suite, le modèle de pratique du service à l'étude est identifié ainsi que les principales prémisses. Ce modèle, *la thérapie spécifique à l'abus sexuel*, influencé principalement par les courants psychologiques cognitif et humaniste, repose sur quatre principes de base : expression et ventilation des émotions et des sentiments, clarification des croyances erronées, prévention de la revictimisation ainsi que la diminution du sentiment de stigmatisation par le groupe (Finkelhor et Berliner, 1995). Nous constatons que *la thérapie spécifique à l'abus sexuel* découle du cadre explicatif des dynamiques traumatisantes développé par Finkelhor et Browne (1985) explicitées dans le chapitre précédent de cette étude.

Les principaux thèmes abordés dans ce modèle de pratique sont l'histoire de victimisation, les sentiments et les émotions, la sexualité, la prévention de la revictimisation, les compétences ainsi que l'estime de soi. Pour atteindre les objectifs thérapeutiques et traiter des thèmes précédents, les moyens utilisés sont notamment l'expression verbale, écrite et artistique, la discussion et la réflexion, le dessin, le jeu de rôle, le film ainsi que l'activité physique. Enfin, trois facteurs pouvant nuire ou faciliter le rétablissement de la victime et influencer le processus thérapeutique sont identifiés : les caractéristiques personnelles, le fonctionnement familial et le soutien. Cependant, les recherches consacrées à l'étude de ces facteurs sont peu nombreuses et ne permettent pas encore de généraliser des conclusions.

CHAPITRE III : LA CONCEPTION DU PROJET

Ce chapitre porte sur l'historique et le processus d'implantation du service à l'étude. En premier lieu, l'origine du projet est abordé ainsi que les différentes étapes de sa mise en œuvre. Plusieurs points sont développés: la création d'un comité et le partenariat, la description et la diffusion du service ainsi que le processus de référence. Finalement, les diverses formations offertes dans le cadre du projet sont également traitées.

3.1 ORIGINE DU PROJET

Au cours de l'année 1995, le CLSC Saint-Hubert s'adressait à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux (RRSSS) pour l'implantation d'un projet qui s'insérait dans le cadre du programme d'aide à l'action concertée (PAAC). L'objectif premier du projet présenté était de « dispenser des services spécifiques auprès des enfants (6-18 ans) victimes d'abus sexuels par un tiers pour prévenir les conséquences graves reliées aux comportements » (Demande de subvention soumise à la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux, 1995).

D'une constatation faite dans le milieu, aucun service n'était dispensé à cette clientèle. Or, les CLSC du Québec ont une mission commune à respecter : « ...offrir en première ligne à la population qu'il dessert des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.Q. 1991, c.42, art.80 dans CLSC Saint-Hubert, 1994). De plus, les besoins de cette population doivent être évalués et les services requis doivent être offerts soit dans l'établissement du CLSC, soit dans le milieu des individus. Ainsi, le CLSC Saint-Hubert soumis à la RRSSS une demande de projet soulignant l'absence d'un service pour cette clientèle et l'importance d'en créer un.

Le CLSC a également fait appel et obtenu la collaboration de trois organismes afin de répondre aux différentes exigences du PAAC : le CLSC Samuel de Champlain, les Centres jeunesse de la Montérégie ainsi que le service de police de la ville de Saint-Hubert. Le projet présenté est d'une

durée de trois ans et le service développé serait offert principalement aux enfants âgés de 6 à 18 ans, ayant été agressés sexuellement par un tiers et ne recevant aucun service des Centres jeunesse. Les services seraient offerts principalement pour les enfants provenant des territoires des deux CLSC concernés.

Enfin, la RRSSS accepte cette demande de projet sous trois conditions qui doivent être respectées par le CLSC. Ce dernier s'engage à : assurer la continuité du service suite à la fin du projet du PAAC; assurer la complémentarité entre les différents partenaires; et intégrer les activités du service (Procès verbal du 27 septembre 1995).

3.2 CRÉATION DU COMITÉ

Un Comité Aviseur est créé afin de mettre sur pied le projet. Ce comité est composé d'au moins un représentant par établissement (CLSC Saint-Hubert et Samuel de Champlain, CJ, service de police de St-Hubert) et son mandat est de favoriser l'implication active des partenaires durant le déroulement du projet, soit trois ans (*voir* app. A.1).

Ensuite, une intervenante, diplômée de niveau maîtrise en sexologie et possédant une expérience pertinente en intervention avec les jeunes sur la problématique, est désignée. Elle doit dispenser des services une journée par semaine pour chacun des CLSC.

Au cours de la mise en œuvre du projet, les membres du comité ont dû définir la notion de « tiers ». Voici, la définition qu'ils ont adoptée : « toute personne non biologiquement liée à l'enfant » (Procès verbal du 24 octobre 1995). Néanmoins, une précision est apportée par le représentant du CJ de la Montérégie : certaines situations d'abus sexuels par un tiers signalées au Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) sont retenues lorsque l'agresseur « représente un danger pour l'enfant et que les parents ne peuvent le contourner, par exemple, le conjoint de fait » (Procès verbal du 24 octobre 1995) Par contre, le signalement n'est pas retenu lorsque les parents sont en mesure de protéger l'enfant.

3.3 DESCRIPTION DU SERVICE

Le Comité Aviseur détermine les différentes orientations des services : 1) le champ d'action doit être large; 2) le service doit tenir compte des types d'abus, l'âge du client et les séquelles identifiées; 3) l'intervenante doit évaluer la situation; 4) la modalité d'intervention est principalement l'individuel; 5) une évaluation continue permettra d'ajuster le service selon l'évolution des demandes (Procès verbal du 24 octobre 1995).

Ainsi, les services offerts diffèrent selon l'âge de la clientèle : les enfants (6-12 ans) et les adolescent(e)s (13-18 ans). La première catégorie bénéficie de consultations individuelles tant pour le parent que pour l'enfant ainsi que des consultations familiales. Une analyse détaillée des services offerts aux enfants fait l'objet d'un autre mémoire de maîtrise (Turner, 2000). La deuxième catégorie, soit les adolescent(e)s, a accès à des consultations individuelles ainsi que des activités de groupe à caractère thérapeutique. Pour la première année, une intervenante des Centres jeunesse de la Montérégie, ayant une formation en service social, assume la co-animation du groupe avec l'intervenante du service à l'étude.

3.4 PROCESSUS DE RÉFÉRENCE

Le comité a également défini une procédure de référence pour chaque établissement partenaire. Concernant les deux CLSC, les chefs d'équipe sont chargés d'effectuer un tri au niveau des demandes de consultation et «des victimes d'abus sexuels sont référées à l'intervenante» (Procès verbal du 24 octobre 1995).

Lors de la première année, deux procédures de références sont établies au niveau du service de police. La première consiste à ce que l'enquêteur donne les coordonnées de l'intervenante à la victime en l'incitant à la contacter. Suite à une évaluation de l'efficacité du processus de référence, une deuxième procédure est adoptée : par une autorisation à divulguer les renseignements nominatifs signée des parents, l'enquêteur transmet les coordonnées de la victime directement à l'intervenante.

Les Centres jeunesse de la Montérégie ont adopté le même processus que le service de police lorsque les situations d'abus ne se rendent pas à la prise en charge. Le même réajustement de la procédure de référence est aussi effectuée. De plus, le CJ et l'intervenante ont adopté une référence de type personnalisée pour certains cas : l'intervenante du CLSC est présentée en personne à la victime par celle ayant évalué sa situation.

3.5 DIFFUSION DU SERVICE

À l'automne 1996, une stratégie de publicité est mise sur pied par le Comité Aviseur. Cette stratégie vise à faire connaître le projet ainsi que le service aux intervenant(e)s étant en contact avec des victimes d'abus sexuel par un tiers.

Un processus de diffusion est établi par chaque partenaire. Les deux CLSC doivent faire connaître le projet aux instances locales concernées par ce dernier (Procès verbal du 29 août 1996) : les autres services du CLSC, les maisons de jeunes, les organismes communautaires concernés par la problématique, le service de police du territoire ainsi que les équipes locales des Centres jeunesse. L'intervenant du CJ de la Montérégie est chargé de faire connaître le service auprès des différentes équipes de travail : Réception et Traitement des Signalements (RTS), Évaluation - Orientation (EO) et abus sexuel. L'enquêteur de police du poste de Saint-Hubert doit renseigner ses collègues sur le service. Enfin, les centres hospitaliers Montreal Children et Sainte-Justine ainsi que le département de pédopsychiatrie de Charles-Lemoyne (territoire des CLSC) sont également informés du service par le CLSC Saint-Hubert.

Ainsi, deux dépliants promotionnels sont créés par l'intervenante et la cheffe de l'administration des services courant du CLSC Saint-Hubert : un dépliant s'adresse aux parents d'enfants ayant été agressés sexuellement et le deuxième, aux adolescent(e)s (*voir app. A.2*). De plus, une feuille synthèse est produite afin de diffuser l'information auprès des intervenants des établissements partenaires (*voir app. A.3*).

3.6 LA FORMATION

Au cours du projet, deux formations ont été mises sur pied par le CLSC Saint-Hubert. La première est centrée sur la problématique des agressions sexuelles et de l'intervention auprès des victimes et la deuxième, sur le partenariat.

La formation sur les agressions sexuelles s'est tenue en automne 1997. Elle s'adressait particulièrement aux intervenant(e)s des CLSC Saint-Hubert et Samuel de Champlain ainsi que de ceux et de celles de deux autres CLSC de la rive sud de l'île de Montréal. L'intervenante du service ainsi qu'un chercheur spécialisé au niveau de la problématique ont été responsables de mettre sur pied et de donner cette formation.

Le contenu de la formation était structuré autour de trois principaux points: l'ampleur des agressions sexuelles chez les enfants et les adolescent(e)s ainsi que les facteurs de risque qui y sont associés; les séquelles liées aux agressions sexuelles, le dépistage et le dévoilement; l'intervention auprès des victimes (enfants et adolescent(e)s).

La seconde formation a eu lieu en automne 1997. Cette formation sur le partenariat a été développée et donnée par un professeur de l'Université de Montréal possédant une expertise dans le domaine. L'objectif premier était de démontrer aux intervenant(e)s « la pertinence et l'intérêt de travailler en partenariat ... et de les outiller à transiger dans un contexte de partenariat de façon à leur permettre 1) de mieux comprendre la culture de l'autre dans sa culture de travail; 2) de s'ouvrir aux autres intervenant(e)s en s'informant des mandats de chacun(e) et de leurs coordonnées; 3) de connaître des habiletés de partenariat et des facteurs favorables à sa réussite » (Des Roches, 1998). Plusieurs acteurs pouvant être en contact avec des enfants ou des adolescent(e)s agressé(e)s sexuellement étaient présents : les CLSC, les Centres jeunesse, les hôpitaux, les services de police, les garderie ainsi que les organismes communautaires.

CHAPITRE IV : LA MÉTHODOLOGIE

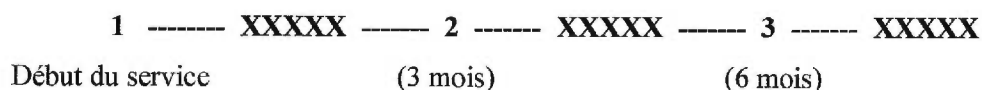
Le principal point abordé dans ce chapitre est la méthodologie de la recherche. Une description du plan de recherche et de l'échantillon à l'étude sera présenté ainsi que les différents instruments de recherche utilisés lors de la collecte de données : Youth Self-Report (YSR), Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Parental Bonding Instrument (PBI), Self-Perception Profile for Adolescent (SPPA), l'entrevue, le manuel d'intervention et les grilles cliniques. Enfin, le déroulement de la collecte de données sera décrit.

4.1 PLAN DE RECHERCHE

Les deux principaux objectifs de cette étude sont de présenter une description des services psychosociaux reçus en CLSC et de la clientèle rejointe ainsi que l'évolution d'une partie de cette clientèle à travers le temps.. Ainsi, le plan de recherche est de type non-expérimental. Les instruments de mesure concernant l'évolution de la population à l'étude sont administrés sous forme de suivi longitudinal à court terme. En fait, une première saisie de données est effectuée lors de l'entrée du sujet dans le service et ensuite deux autres temps de mesure sont effectués lors du processus d'intervention (*voir* figure 1.1). Ce type de devis comporte des limites importantes qui seront présentées ultérieurement dans la discussion.

Figure 4.1

Le devis de l'étude



Légende :
1 Premier temps de mesure
2 Deuxième temps de mesure
3 Troisième temps de mesure
XXX Service

4.2 ÉCHANTILLON

L'échantillon se compose de 21 sujets, soit dix-huit filles et trois garçons. Lors de leur entrée dans la recherche, ils sont âgés entre 12 et 18 ans. Les adolescents admissibles devaient avoir été victimes d'une agression sexuelle par un tiers tel que définie précédemment (p. 54).

Lors de l'entrée dans le service, chaque adolescent remplit un formulaire de consentement dans lequel les différentes modalités de participation sont expliquées ainsi que l'engagement de l'équipe de recherche à conserver la confidentialité (*voir* app. B.1).

Vingt personnes furent admises au programme d'intervention et au projet de recherche. Deux adolescentes ont refusé les services pour les raisons suivantes : l'une déménageait dans un autre milieu et une référence dans une autre institution a été effectuée; une autre a décidé de poursuivre avec son intervenante scolaire. La collecte de données a débuté en avril 1997 pour se terminer en septembre 1998. Avant avril 1997, des questionnaires et des grilles cliniques ont été administrés à des clientes du service, ne faisant pas partie de l'échantillon actuel, afin d'ajuster les instruments de mesure et le déroulement de leur administration pour la recherche.

4.3 INSTRUMENTS DE MESURE

Des instruments mesurant certains éléments spécifiques tels que l'estime de soi, le lien d'attachement avec les parents ainsi que les comportements, les pensées et les sentiments pouvant devenir problématiques suite au vécu d'une agression à caractère sexuel ont été sélectionnés.

4.3.1 YOUTH SELF-REPORT

Un des quatre questionnaires utilisé est le Youth Self-Report (*voir* app. B.2). Cet instrument permet à l'adolescent de se décrire à partir de plusieurs items spécifiques. Néanmoins, il est

également désigné pour identifier des symptômes de problèmes qui tendent à se retrouver ensemble (Achenbach, 1991). La version francophone 11-18 ans, conçue spécifiquement pour les adolescents, est celle qui a été administrée. Cette version permet au sujet de reporter ses propres compétences et ses problèmes à partir d'un format standard. Ce questionnaire est également celui utilisé par l'équipe de John Wright (Wright et al., 1997).

Structure et contenu

Le questionnaire est divisé en deux parties distinctes. La première partie est l'évaluation des compétences et la deuxième comporte des items centrés davantage sur les problèmes.

Compétences

Cette partie est principalement axée sur trois échelles qui forment un score total de compétences relié aux sphères d'activités, aux relations sociales et à la performance académique.

Problèmes

Cette partie du questionnaire est constituée de neuf sous-échelles ainsi que de deux échelles davantage globales. Chacune d'entre elles évalue des niveaux différents de problématiques : *le retrait* (timidité, sentiment de tristesse et de solitude, manque d'énergie); *les plaintes somatiques* (maux de têtes et d'estomac, vomissements, fatigue, vertiges, difficultés au niveau des yeux et de la peau); *l'anxiété /la dépression* (automutilation, solitude, pleurer, nervosité, culpabilité, inquiétudes, peurs, se sentir mal aimé et rejeté, pensées suicidaires, tristesse, perfectionnisme, faible estime de soi); *les problèmes sociaux* (comportements immatures, dépendance, difficulté à entrer en interaction avec les autres, se sentir mal aimé et rejeté, être maladroit, retrait); *les pensées problématiques* (entendre des choses que les autres n'entendent pas, faire des actes répétés, voir des choses que personne ne voit, avoir des comportements et des idées étranges); *les problèmes d'attention* (les comportements immatures, difficultés de concentration et à demeurer en place, confusion, rêverie, nervosité, difficultés d'ordre scolaire,

maladresse, impulsivité); *les comportements délinquants* (non culpabilité, mensonge, tricherie, préférence à s'allier à des gens plus vieux et qui s'attirent des problèmes, fugues, allumer des feux, faire des vols, consommer des drogues et de l'alcool, sacrer, absentéisme scolaire); *les comportements agressifs* (jalousie, haine envers les autres, disputes, batailles et attaques, grand besoin d'attention, obstination, changement soudain d'émotions ou de sentiments, crier ou être bruyant); *les autres problèmes* (désobéissance, arrêt de manger ou de se nourrir trop, peurs, se blesser souvent accidentellement, se ronger les ongles, mouvements nerveux, cauchemars et difficultés liées au sommeil, penser à la sexualité et désirer être du sexe opposé, être trop préoccupé par la propreté, avoir des difficultés de langage); *les problèmes internalisés* (regroupe les sous-échelles du retrait, des plaintes somatiques et de l'anxiété/ la dépression); *les problèmes externalisés* (regroupe les sous-échelles de comportements délinquants et agressifs).

Format des questions

La partie concernant les compétences est composée de quatre questions à développement bref, associées à des questions à choix multiples et de dix à treize questions à choix multiples uniquement. La deuxième partie du questionnaire est composée de 119 questions à choix multiples en ce qui a trait à la fréquence (jamais, quelquefois, souvent). Ces dernières sont réparties dans les neuf sous-échelles. Le nombre de questions par sous-échelles est de sept à vingt. La formulation est simple et l'ordre des questions est aléatoire. De plus, certaines questions font partie de plus d'une sous-échelle.

Validité et fiabilité

Pour les trois échelles mesurant les compétences, la validité a été vérifiée auprès de 1719 sujets qui ont complété le YRS. Les sujets ayant bénéficié de services en santé mentale au cours des 12 derniers mois ont été éliminés de l'échantillon. De ces études des scores T ont été déterminés (Achenbach, 1991).

Pour les échelles mesurant le niveau de problème, plusieurs analyses de différents types (cross-informant, derivation of core syndrome, varimax rotation etc...) ont été faites sur 709 garçons et 563 filles âgées de 11 à 18 ans ayant été considérés comme cliniques par les service de la santé mentale aux États-Unis. De plus, des score T ont été déterminés suite aux analyses. À partir des scores T, il devient possible d'identifier si l'adolescent est considéré comme clinique, normale ou borderline sur l'ensemble des échelles exceptée celle des « *autres problèmes* ». Les test et retest fait à l'aide du test de Pearson au niveau de la fiabilité de l'auto-évaluation du YRS est satisfaisante et les erreurs standards de mesure sont généralement minimales.

4.3.2 TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN

Le Trauma Symptom Checklist for Children est une mesure d'auto-évaluation pour évaluer le niveau de détresse post traumatique ainsi que les symptômes psychologiques liés à certaines problématiques telles que les agressions sexuelles (*voir* app. B.3). Ainsi, cet instrument est utilisé pour évaluer des enfants ayant vécu des expériences traumatisantes incluant l'abus sexuel et physique, la victimisation par les pairs, les deuils majeurs, la situation de violence comme témoin ainsi que les désastres naturels (Brière, 1996; Wright, Sabourin, Lussier, 1995).

Structure et contenu

Pour la présente étude, la version créée spécifiquement pour les adolescents est utilisée. Cette version a été traduite par l'équipe de John Wright (Wright et *al.*, 1995) Le TSCC comporte deux mesures; la première vise à évaluer la justesse des réponses du sujet et la seconde permet d'évaluer la présence de symptômes cliniques.

Validité des réponses

Sous-estimation : le sujet attribue une valeur « 0 » à des questions pour lesquelles une population normale coterait une valeur plus élevée, démontrant une tendance au déni ou un besoin de paraître sans symptôme.

Surestimation : le sujet attribue une valeur « 3 » sur des items recevant une cote moins élevée dans une population normale, démontrant une tendance à la dramatisation ou d'un besoin de paraître accablé.

Évaluation

L'instrument comporte six échelles dont deux sous-échelles qui évaluent les dimensions suivantes : *l'anxiété* (hypervigilance, inquiétude, peurs spécifiques comme celles des hommes, des femmes, du noir ou celle d'être tué, anxiété gratuite et perception du danger imminent); *la dépression* (sentiments de tristesse, de solitude, de mélancolie, épisodes de larmes, cognitions de dépression telles que culpabilité ou auto-dénigrement, automutilation, suicide); *la colère* (sentiment de méchanceté, se sentir fou, détester les autres, désir de blesser, se disputer et se battre); *le stress post-traumatique* (pensées importunes, sensations et reviviscence des événements douloureux du passé, cauchemars, peurs et stratégies cognitives pour éviter de souffrir); *la dissociation ouverte ou de fantaisie* (perte de contact avec la réalité, engourdissement émotionnel, prétendre être quelqu'un d'autre, rêver éveillé, difficultés au niveau de la mémoire); *les préoccupations et la détresse sexuelle* (pensées sexuelles très fréquentes, conflits sexuels, réponses négatives à un stimuli sexuel ou peur d'être exploité sexuellement).

Cet outil permet d'interpréter le niveau de symptomatologie d'un enfant à partir de scores T, soit des données normalisées. Le score du sujet est pondéré en fonction des scores d'un échantillon standardisé. Il est important de préciser que l'interprétation doit être globale et que les échelles possèdent des liens entre elles.

Format des questions

Ce questionnaire est composé de 54 questions à choix multiples concernant la fréquence (jamais, parfois, souvent, toujours). Les échelles comportent de trois à dix questions. L'ordre des

questions est aléatoire. De plus, huit questions sont considérées comme plus importantes car elles réfèrent à des items critiques : pensées et actes suicidaires, peurs de se faire tuer, peurs des hommes et des femmes ainsi que désir de se battre. Ces questions permettent de donner une rétroaction pertinente aux intervenant(e)s à propos du degré de dangerosité que manifeste le jeune.

Validité et fiabilité

L'instrument a été testé sur 3008 enfants (Brière, 1996). Ces sujets ont été regroupés à l'intérieur de trois échantillons non cliniques dont 44% des sujets étaient Caucasiens. De plus, 83% des sujets de l'échantillon étaient âgés entre 13 et 16 ans et 53% sont des filles. La consistance interne de cinq des six échelles est très élevée (.82 à .89) alors que celle des préoccupations sexuelles est plus modérée (.77). Concernant la validité, plusieurs analyses corrélationnelles ont été effectuées et considérées comme acceptables et satisfaisantes.

Des études portant sur la validité et la fiabilité du TSCC révèlent la robustesse de cet instrument (Elliott et Brière, 1994; Friedrich, 1991; Lanktree et Brière, 1995b; Smith, Swenson, Hanson et Saunders, 1994 dans Brière, 1996)

4.3.3 PARENTAL BONDING INSTRUMENT

Le Parental Bonding Instrument est un instrument qui mesure la qualité des liens d'attachement du parent envers l'adolescent (Parker, 1989; Parker, Tupling et Brown, 1979) (*voir app. B.4*)¹. La version traduite par Hamel (1994) est utilisée : elle a été soumise à trois expérimentations auprès d'une population québécoise d'adolescents.

¹ Nous ne nous engageons pas sur la traduction du terme « bonding ».

Structure et contenu

Le PBI est composé de deux échelles : la qualité des soins et la surprotection. L'échelle de soin « évalue la disponibilité émotionnelle, la chaleur, la compréhension, l'intérêt et le rejet des parents (Hamel, 1994; 25). L'échelle de surprotection se rapporte plus particulièrement au contrôle excessif que peut exercer le parent, à l'intrusion, l'incitation à la dépendance ainsi qu'à l'infantilisation (Hamel, 1994). Pour la présente recherche, nous avons conservé l'échelle de soins seulement car l'échelle de surprotection s'est avérée invalide auprès d'une population québécoise (Hamel, 1994).

Format des questions

L'échelle de soin du PBI est composée de neuf questions portant sur les attitudes parentales (ou celles de la personne ayant été la plus responsable de l'adolescent au cours de sa vie) en considérant les 16 dernières années de sa vie. L'adolescent répond d'abord en fonction des attitudes de son père et en second lieu, en fonction de celles de la mère. Les choix de réponse portent sur la fréquence des attitudes du parent envers l'adolescente (jamais, quelquefois, souvent, très souvent). De plus, l'adolescent doit qualifier sa relation avec chacune des figures parentales (de très bonne à très mauvaise).

Validité et fiabilité

Plusieurs études (Parker, 1989) ont mis en évidence les qualités psychométriques de l'instrument qui semble être une mesure acceptable « des caractéristiques autant réelles que perçues de la relation parent-enfant » (Hamel, 1994 ;26) Il est considéré comme fiable et valide. Une validation, auprès d'un échantillon québécois, de l'échelle de soin permet de statuer de manière satisfaisante sur la qualité de l'instrument.

4.3.4 SELF-PERCEPTION PROFILE FOR ADOLESCENT

Le Self-Perception Profile for Adolescent est une extension du Self-Perception Profile for Children qui a été publié en 1985 (Harter, 1988) (*voir* app. B.5). Cet outil nous permet d'évaluer la perception que l'adolescent possède de lui-même à plusieurs niveaux différents. En fait, cet instrument mesure l'estime de soi globale de l'adolescent.

Structure et contenu

Cet instrument est constitué de huit sous-échelles permettant de mesurer le sentiment de compétences dans certains domaines spécifiques et une sous-échelle qui mesure la valorisation de soi. Plus spécifiquement, cet instrument mesure : *la compétence académique* (performance scolaire, fonctionnement en classe, perception de son niveau d'intelligence et de ses capacités intellectuelles); *l'acceptation sociale* (acceptation des pairs, perception d'être aimée, sentiment de popularité, nombre d'amis (es)); *la compétence athlétique* (compétences sportives, perception de ses performances sportives, activités athlétiques); *l'apparence physique* (satisfaction et perception de son apparence physique); *la compétence au travail* (perception de posséder des habiletés au travail, de s'engager, d'exécuter et de réussir un travail); *l'attrait sentimental* (perception de l'attrait qu'elle exerce sur autrui, de sa capacité d'obtenir des rendez-vous avec les gens qui lui plaisent, sentiment d'être intéressante et d'avoir du plaisir lors d'une sortie); *les comportements* (perception de l'adéquacité de ses comportements et de sa capacité à éviter les problèmes) *l'amitié* (perception de sa capacité de créer des liens d'intimité avec des amis (es)); *la valorisation globale de soi* (appréciation globale de soi, satisfaction du déroulement de son existence).

Format des questions

Cet instrument est composé de 45 questions à choix multiples. Les échelles sont constituées chacune de cinq questions dont l'ordre est varié. À chaque question, l'adolescent doit choisir

entre deux catégories de comportements, pour ensuite définir son niveau de ressemblance (un peu ou tout à fait comme moi).

Validité et fiabilité

Les études auprès de quatre échantillons (325 garçons et 316 filles de niveau secondaire) révèlent le caractère satisfaisant des caractéristiques psychométriques des neuf sous-échelles (Harter, 1988). Par la suite, des recherches additionnelles, menées auprès d'un échantillon plus vaste composé de 2000 élèves de la neuvième à la douzième année, confirment la fiabilité et la validité du questionnaires (varient entre .50 et .75 pour chaque sous-échelle) (Hébert, 1997). En ce qui concerne la version traduite en français (Michel Boivin), aucune donnée n'est disponible actuellement.

4.4 ÉVALUATION DU MODÈLE D'INTERVENTION

Une entrevue réalisée avec l'intervenante qui dispense le service à l'étude permet de recueillir de l'information sur le service à l'étude et le modèle d'intervention utilisé (*voir* app. B.6). L'entrevue est de nature semi-structurée et les questions sont généralement ouvertes. Ce type d'entrevue donne un degré de liberté réduit par des thèmes permettant de vérifier certaines hypothèses (Mayer et Ouellet, 1991).

Un manuel d'intervention conçu pour former d'autres intervenant(e)s dans d'autres CLSC constitue également un outil pertinent pour décrire les thèmes abordés par l'intervenante (Jacob, 1997).

Les grilles cliniques sont aussi utilisées pour recueillir de l'information sur le profil des adolescents (*voir* app. B.7). Ces grilles abordent plusieurs thèmes : les agressions, le profil socio-démographique, le dévoilement, le processus judiciaire, les réactions et les sentiments des parents, les relations familiales et la constellation familiale.

Enfin, des informations additionnelles sont obtenues à l'aide des dossiers des adolescents ayant reçu les services aux CLSC St-Hubert et Samuel de Champlain. Les dossiers permettent de compléter les informations au sujet des services reçus, du processus d'intervention et des comportements, des sentiments et des émotions vécu par les adolescents .

4.5 DÉROULEMENT

Les adolescents remplissent les questionnaires dans les locaux des deux CLSC concernés sous la supervision d'une auxiliaire de recherche formée. La durée de passation variait en moyenne autour d'une heure.

La cueillette des données reliées aux quatre questionnaires s'est déroulée à trois reprises : lors de la première rencontre, trois mois et six mois après leur entrée dans leur service.

Les grilles cliniques et les dossiers sont complétés par l'intervenante au fur et à la mesure que le processus d'intervention évolue. La collecte de données dans les dossiers est effectuée à plusieurs reprises, selon l'entrée des sujets dans le service, par deux membres de l'équipe de recherche. Finalement, l'entrevue avec l'intervenante s'est réalisée par un membre de l'équipe.

CHAPITRE V : LES RÉSULTATS

Le présent chapitre expose les différents résultats obtenus lors de la collecte de données. Ce chapitre se divisera en trois parties. Premièrement, une description générale de la clientèle rejointe est abordé. Deuxièmement, le service d'intervention offert est présenté ainsi que le cadre d'analyse de l'intervenante qui dispense le service. Puis, l'évolution de la clientèle est développée à partir des différents instruments de mesure utilisés. Il est à noter que le féminin sera utilisé tout au long de ce chapitre puisque dix-huit des vingt-et-un sujets sont de sexe féminin.

5.1 DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE

Cette partie de l'étude se centre sur le profil socio-démographique des sujets lors de leur entrée dans le service, les agressions, les agresseurs, le dévoilement, le processus judiciaire. Un accent est également mis sur les différentes conséquences engendrées par les agressions au niveau de l'adolescente et des parents. L'ensemble des données sont recueillies par les grilles cliniques ainsi que les notes au dossier complétés par l'intervenante du service à l'étude (*voir app. B.7*).

5.1.1 PROFIL SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Il s'avère que la moyenne d'âge des adolescentes est de 14,81 ans avec un écart type de 1,5. Le tableau 5.1 indique que les sujets se répartissent en majorité dans les distributions 14-15 ans (9) et 16-17 ans (8).

Tableau 5.1
L'âge des sujets

<i>L'âge</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>12-13 ans</i>	<i>19</i>	<i>4</i>
<i>14-15 ans</i>	<i>43</i>	<i>9</i>
<i>16-17 ans</i>	<i>38</i>	<i>8</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>21</i>

Pour les résultats qui suivent deux données sont manquantes. La majorité des adolescentes (18) sont nées au Québec. Or, dans un cas, le lieu de naissance est l'Ontario. Il ressort que 19 sujets (90%) adoptent le français comme langue d'usage et deux autres (10%), l'anglais.

Un portrait de la scolarité des adolescentes est dressé (une donnée manquante). Le tableau 5.2 démontre que la majorité des adolescentes se retrouvent au niveau du secondaire *I et II*.

Tableau 5.2
Le niveau de scolarité des sujets

<i>Le niveau de scolarité</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>6^{ème} année</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
<i>Secondaire I-II</i>	<i>55</i>	<i>11</i>
<i>Secondaire III-IV</i>	<i>20</i>	<i>4</i>
<i>Secondaire V</i>	<i>20</i>	<i>4</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>20</i>

Un profil des parents biologiques des sujets est aussi élaboré. Pour cette partie, deux données sont manquantes. Ainsi, il ressort que dans 14 des cas (74%), le lieu de naissance et l'origine ethnique de la mère sont le Québec; pour trois (16%), l'Ontario; et dans deux autres cas (10%), l'extérieur du Canada. En ce qui a trait à la figure paternelle, pour 18 sujets (95%), le lieu de naissance et l'origine ethnique sont le Québec et dans un cas (5%), l'extérieur du Canada. Il est à noter que le père de deux adolescentes est décédé et que l'identité d'un autre est inconnue par la famille.

Il ressort que le niveau de scolarité des parents varie (*voir* tableau 5.3). Pour cette variable, sept données sont manquantes. Il appert que plus de la moitié des mères (10) possèdent un secondaire V et moins et une (7%) a atteint un niveau d'études universitaires. Par contre, le profil est différent au niveau de la figure paternelle : dans cinq cas (36%) le niveau de scolarité est universitaire et pour six autres (43%), le secondaire.

Tableau 5.3

Le niveau de scolarité des parents

<i>Le niveau de scolarité</i>	<i>Mère</i>		<i>Père</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Secondaire IV et moins</i>	50	7	29	4
<i>Secondaire V</i>	21,5	3	14	2
<i>Diplôme ou études collégiales</i>	21,5	3	21	3
<i>Diplôme ou études universitaires</i>	7	1	36	5
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>14</i>	<i>100</i>	<i>14</i>

Concernant le type de revenu des parents (voir tableau 5.4), il s'avère que dans neuf cas (47%), la mère reçoit un revenu de travail et six autres (32%) reçoivent de la sécurité du revenu (deux données manquantes). Quant aux pères, 13 d'entre eux (87%) ont un revenu de travail alors que deux autres (13%) reçoivent de la sécurité du revenu (six données manquantes). De plus, il appert que le revenu annuel familial brut est dans cinq des cas (38%), de 12 000 dollars et moins; dans quatre des cas (31%), de 30 à 40 000 et dans quatre autres cas, 50 000 dollars et plus (sept données manquantes).

Tableau 5.4

Les types de revenu des parents

<i>Les types de revenu</i>	<i>Mère</i>		<i>Père</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Emploi</i>	47	9	87	13
<i>Études/ prêts et bourses</i>	5	1	0	0
<i>L'assurance-emploi</i>	5	1	0	0
<i>La sécurité du revenu</i>	32	6	13	2
<i>Sans revenu</i>	11	2	0	0
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>19</i>	<i>100</i>	<i>15</i>

5.1.2 CONSTELLATION FAMILIALE

Les données sur la constellation familiale révèlent que trois (14,5%) adolescentes vivent dans des familles de type intacte soit avec leurs deux parents biologiques; sept (33%) au sein de familles recomposées ayant comme figure maternelle, la mère biologique; et huit (38%), au sein de famille monoparentale avec la mère biologique. Enfin, dans trois autres cas (14,5%) la réalité est différente : famille d'accueil, garde partagée et adoption. La moyenne des frères et des sœurs est de deux par famille et quatre adolescentes sont enfants uniques.

5.1.3 RÉFÉRENCE ET SERVICES ANTÉRIEURS

La majorité des adolescentes (16) proviennent du territoire du CLSC St-Hubert alors que cinq adolescentes résident dans le territoire du CLSC Samuel de Champlain. Les dates d'entrée dans le service varient; un sujet a été référé en 1996, douze sujets au cours de l'année 1997, et enfin huit sujets en 1998 (de janvier à septembre).

Six références proviennent du CLSC St-Hubert et quatre du CLSC Samuel de Champlain. Quatre adolescentes ont été référées par les Centres jeunesse de la Montérégie et cinq par le service de police de St-Hubert. Enfin, une adolescente a été référée par un parent et une autre par un organisme communautaire. Ainsi, les professionnels impliqués dans les références sont des travailleurs sociaux, des intervenants, des professeurs, des infirmiers, des policiers ainsi que des connaissances personnelles ayant déjà reçu des services du CLSC.

La nature de la demande de service diffère selon les adolescentes. Il s'est avéré que 17 (81%) d'entre elles ont consulté pour des séquelles d'agressions antérieures et trois adolescentes (14%) l'ont fait pour obtenir du soutien suite à une agression sexuelle récente. Enfin, dans un cas (5%), les parents ont effectué la demande pour leur adolescente afin de prévenir les séquelles d'une agression.

La majorité des adolescentes ont reçu d'autres services antérieurement. Huit adolescentes ont déjà consulté une travailleuse sociale en CLSC ou au CJ pour plusieurs raisons : agressions

sexuelles, conflits familiaux, problèmes de comportements, difficultés scolaires, grossesse et avortement. De plus, cinq adolescentes ont reçu les services d'un psychiatre et une d'un psychologue.

5.1.4 AGRESSION

Pour la partie des agressions, une donnée demeure manquante. La majorité des adolescentes ont subi plusieurs types d'agression (voir tableau 5.5) Cependant, certaines agressions reviennent plus fréquemment dans les résultats. Il ressort que douze (57%) adolescentes ont subi des attouchements sexuels par-dessus leurs vêtements et que onze (52%) ont reçu des caresses génitales. Plus de la moitié des adolescentes, soit onze (52%), ont subi une pénétration vaginale et/ou anale. De plus, environ un tiers des sujets (8), ont reçu contre leur gré des contacts oraux-génitaux alors que six adolescentes (29%) ont été forcées à faire ces contacts. Il s'avère également que dans cinq cas (24%), il y a eu simulation de pénétration et que cinq adolescentes (24%), ont subi une pénétration digitale, vaginale et/ou anale.

Tableau 5.5
Les types d'agression

<i>Les types d'agression</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>Les types d'agression</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Proposition à accomplir des actes sexuels</i>	38	8	<i>Recevoir des caresses génitales</i>	52	11
<i>Exhibitionnisme</i>	38	8	<i>Simulation de pénétration</i>	24	5
<i>Donner des baisers sur la bouche</i>	33	7	<i>Pénétration digitale Vaginale et/ou anale</i>	52	5
<i>Montrer les parties génitales</i>	38	8	<i>Donner contacts oraux-génitaux</i>	29	6
<i>Attouchement sexuel sur les vêtements</i>	57	12	<i>Subir contacts oraux-génitaux</i>	38	8
<i>Masturbation devant la victime</i>	5	1	<i>Pénétration vaginale</i>	33	7
<i>Masturbation devant l'agresseur</i>	10	2	<i>Pénétration anale</i>	19	4
<i>Utilisation de matériel pornographique</i>	10	2	<i>Participer à de la production pornographique</i>	5	1

En règle commune, les agressions ont eu lieu dans deux principaux milieux : chez la victime pour six sujets (30%) et chez l'agresseur dans dix cas (50%). D'autre part, pour deux adolescentes (10%), le lieu de l'agression était une voiture et dans deux autres cas, chez une amie. Dans 18 des cas (86%), l'adolescente était la seule victime.

Il appert que pour quatre adolescentes (19%), les agressions sexuelles ont persisté pendant plusieurs années : 12 ans, 9 ans, 7 ans et 5 ans. Dans six cas (28,5%), la durée est de deux à trois ans, pour une adolescente (5%) pendant un an et demi et pour deux autres (9,5%), pendant six mois. Cependant, pour huit sujets (38%) ce fut des incidents uniques. Ainsi, il ressort que douze adolescentes (57%) ont été agressées plus de dix fois et que dans neuf cas (43%), les agressions ont eu lieu d'une à trois fois.

Le tableau 5.6 indique l'âge des adolescentes lors de la première agression : dans douze cas (57%) les premiers actes de violence sexuelle ont eu lieu entre 11 et 15 ans, pour cinq autres sujets (24%) entre 6 à 10 ans et pour trois (14%) des sujets de 3 à 5 ans. De plus, nous avons pu établir que pour 19 adolescentes (90%) un lien de confiance existait entre elles et l'agresseur.

Tableau 5.6

L'âge lors de la première agression

<i>L'âge</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>3-5 ans</i>	<i>14</i>	<i>3</i>
<i>6-10 ans</i>	<i>24</i>	<i>5</i>
<i>11-15 ans</i>	<i>57</i>	<i>12</i>
<i>16-17 ans</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>21</i>

5.1.5 AGRESSEUR

Pour la partie relative à l'agresseur, une donnée est manquante. Les agresseurs étaient tous de sexe masculin et l'âge varie de 15 à 65 ans. Il s'avère que l'identité des agresseurs est très hétérogène : six des adolescentes ont été agressées par un ami ou leur copain, trois par leur père et trois autres par la famille élargie. Dans cinq cas particuliers, l'agresseur est le compagnon de

la mère et pour trois autres, le fils de ce dernier. Dans quatre autres situations, l'agresseur est un membre de la famille d'une amie. Seulement deux agresseurs sont inconnus de la victime. Il est à noter que trois d'entre elles ont été agressées par plus d'un agresseur.

Stratégies de manipulations

Plusieurs stratégies de manipulation ont été utilisées par les agresseurs afin que la victime garde le secret. Les stratégies sont incitatives et/ou punitives. Certains agresseurs ont utilisé la première option avec certaines adolescentes: donner une plus grande attention, complimenter, offrir des cadeaux, de l'argent. D'autres agresseurs ont opté pour une représentation fautive (normaliser les actes) de la sexualité et pour la séduction.

Certaines stratégies sont davantage axées sur la punition et/ou la menace : couper des activités à l'adolescente, présager l'utilisation de la force physique, utiliser la violence verbale et psychologique, accuser la victime d'avoir consentie, d'avoir provoqué ou stimulé sexuellement. Ainsi, le sentiment de culpabilité et de responsabilité est utilisé par les agresseurs. Ces stratégies ont amené plusieurs adolescentes à conserver le secret pendant plusieurs années.

5.1.6 DÉVOILEMENT

L'année de dévoilement est très diversifiée : sept (33%) adolescentes ont dévoilé de 1991 à 1995; huit (38%) au cours de l'année 1997 et six (29%) en 1998.

Pour huit adolescentes (28,5%), le dévoilement s'est fait plusieurs années après la fin des épisodes de violence sexuelle et dans quatre cas (19%), les semaines ou la journée suivant les agressions. Puis, pour onze adolescentes (52,5%), le dévoilement a fait cesser les agressions. Il est à noter que quinze (71%) des adolescentes ont dévoilé alors qu'elles étaient âgées entre dix à quinze ans.

Le dévoilement s'est fait auprès de plusieurs acteurs différents : les parents (9), les pairs (4), les intervenants scolaires (5), des amis de la famille (2) et les policiers (1).

De façon générale, pour seize adolescentes (76%), le dévoilement est réfléchi et pour cinq autres (24%), il est de nature accidentelle. De plus, les éléments déclencheurs du dévoilement sont différents d'une situation à l'autre: augmentation de la violence physique et de la peur; augmentation des contacts et changements dans la nature des agressions; sujet abordé par un intervenant; lecture d'un journal intime; absence de pyjamas au réveil; irruption d'une personne lors de l'agression; des *flashback* du passé.

Réactions des parents

Les réactions des parents diffèrent ; dans 17 cas (83%), les parents croient l'adolescente et tiennent l'agresseur entièrement responsable de l'agression. Par contre, dans quatre cas (17%), les parents ne croient pas la victime et la tiennent responsable des agressions.

En général, les réactions des parents sont de nature soutenante (quatre données manquantes). Dans l'échantillon, quinze des parents (70%) ont opté pour des attitudes et des actions de réconfort et de protection; écoute et discussion; consultation en intervention et sur le processus judiciaire. Néanmoins, dans deux cas (10%), les parents ont adopté des attitudes de punition et d'abandon par exemple, en réprimandant, dénigrant et traitant la victime de menteuse. De plus, plusieurs parents ont entrepris des actions contre l'agresseur telles qu'une plainte à la police et une poursuite judiciaire.

Sentiments des parents

De façon générale, le sentiment principal éprouvé pour l'agresseur est la colère et l'agressivité; le désir de le tuer, de se venger. Les sentiments les plus marquants sont le dégoût, la culpabilité et le sentiment de responsabilité. Finalement, la majorité ressentent de la tristesse pour leur adolescente et la peur que l'agresseur abuse de nouveau d'autres personnes.

Conséquences sur les parents

Le dévoilement des agressions a eu plusieurs conséquences importantes sur les parents. L'identité de l'agresseur devient une variable importante : plus le lien est significatif, plus les conséquences sont considérables. Dans ces cas, les deux principales conséquences négatives sont une crise conjugale et/ou la séparation ou le divorce. Dans certains cas, le dévoilement crée un état de désorganisation générale ou une crise familiale.

5.1.7 PROCESSUS JUDICIAIRE

Les données indiquent qu'onze adolescentes (52%) ont déposé une plainte contre l'agresseur au niveau de la police et neuf (81%) d'entre elles, ont entamé une poursuite judiciaire. Suite à l'information reçue d'un policier, une adolescente n'a entrepris aucune poursuite judiciaire.

Ainsi, il apparaît que dix victimes (48%) n'ont déposé aucune plainte et ce pour plusieurs raisons : le lien avec l'agresseur; difficultés psychologiques; peur d'être désapprouvée et tenue responsable par les parents.

Suite aux procès, plusieurs verdicts ont été prononcés : non culpabilité (1), heures de travaux communautaires (3), emprisonnement (3), interdit de contact (1), placement en foyer d'accueil (1).

5.1.8 CONSÉQUENCES SUR LES ADOLESCENTES

Sentiments et émotions

Suite aux agressions, une gamme importante de sentiments et d'émotions est éprouvée par les adolescentes. De façon générale, une émotion intense de colère est ressentie par les adolescentes. Elles l'expriment à divers niveaux : désir de vengeance, sentences judiciaires peu sévères, trahison et impuissance à confronter l'agresseur dû à son absence. Plusieurs d'entre elles vivent également une ambivalence face à l'agresseur entre l'amour et la haine. De plus, la majorité des

adolescentes se sentent responsables, coupables et honteuses soit d'avoir paralysé lors de l'agression ou d'avoir consommé drogue et/ou alcool.

Il s'avère que plusieurs d'entre elles vivent des peurs à plusieurs niveaux : peur que l'agresseur ne les retrouve, les harcèle et se venge; peur d'être trompée et de faire confiance de nouveau; peur d'être abandonnée. Cette peur est régulièrement accompagnée de périodes de stress, d'angoisse et de panique.

Depuis les agressions, le sentiment de tristesse est très présent dans la vie des adolescentes et il se traduit selon elles, par une dépression, une sensation d'épuisement et de vide intense. Enfin, certaines éprouvent du dégoût pour la sexualité, se sentent sales, mal dans leur peau et ayant été traité comme un objet sexuel.

Pensées

Suite aux épisodes de violence sexuelles, plusieurs changements sont survenus au niveau des pensées des adolescentes. Plusieurs d'entre elles pensent ne jamais pouvoir pardonner à l'agresseur et qu'il est méchant et pervers. Elles pensent que ce dernier est responsable des difficultés sexuelles ultérieures. Plus particulièrement, une adolescente possède une perception différente des gens; il faut se méfier des agresseurs c'est-à-dire des « personnes gentilles ».

Il ressort également que certaines adolescentes se questionnent : pourquoi moi? De plus, plusieurs d'entre elles ont développé une image corporelle de soi négative. Certaines considèrent qu'elles seraient mieux mortes et se croient carrément folles. Sans omettre que certaines adolescentes ont eu des pensées suicidaires fréquentes. Par contre, dans un cas, une adolescente croit que l'agresseur l'a violée par amour dû à la peur de la perdre.

Comportements

La majorité des adolescentes ont identifié des changements de comportements suite aux épisodes de victimisation sexuelle. Certaines vivent une instabilité continue au niveau de leur

fonctionnement sexuel : changements réguliers de partenaires sexuels, divers comportements sexuels à risque, besoin excessif de sexualité, arrêt total ou incapacité à avoir des relations sexuelles, difficultés au niveau de l'intimité, incapacité à être pénétrée ou à ressentir une stimulation physique.

La peur ressentie par les adolescentes génère également des changements de comportements : incapacité à marcher seule le soir, à demeurer seule au domicile, à fréquenter les lieux de l'agression, difficultés à faire confiance à nouveau, limitation des relations avec les pairs.

Il appert également que certains sujets sont envahis par des *flashback* et/ou vivent des difficultés au niveau du sommeil : insomnie, cauchemars. Quelques adolescentes ont des maux de ventre réguliers et certaines se lavent plusieurs fois par jour. Afin d'oublier les épisodes de victimisation sexuelle, plusieurs adolescentes ont développé ou augmenté des comportements de dépendance à des activités ou à des substances : travail, drogue et alcool.

Il s'avère aussi que certaines adolescentes sont très agressives au niveau de leurs comportements et de leurs réactions : sautes d'humeur importantes sans élément déclencheur, attaque physique sur autrui, tentatives de suicide. La majorité des adolescentes pleurent régulièrement.

5.1.9 HISTOIRE FAMILIALE ET ÉVÉNEMENTS PARTICULIERS

Au cours du processus d'intervention, plusieurs sujets ont vécu des événements difficiles qui pourraient avoir eu une influence sur leur processus de réorganisation: rupture avec ami, suicide d'une amie chère, maladie importante d'un parent; perte d'emploi, expulsion du milieu scolaire, violence physique et psychologique sévère, avortement.

Au niveau du fonctionnement familial, il s'est avéré que cinq adolescentes (24%) ont été socialisées au sein d'une dynamique de violence conjugale psychologique et physique et six sujets (29%) ont subi de la violence familiale psychologique, verbale et physique. Il ressort également que sept des adolescentes (33%) révèlent une histoire de victimisations sexuelles multiples: elles ont été agressées par un à quatre agresseurs différents au cours de leur vie. Il appert aussi que deux adolescentes (10%) ont été confrontées à une mère souffrant d'un

problème de santé mentale et deux autres (10%) vivent avec des parents très contrôlants et surprotecteurs. De plus, trois des sujets (14%) ont déjà vécu un placement au cours de leur vie. Il ressort que quatre adolescentes (20%) ont fait des tentatives de suicide dans le passé et/ou elles ont eu des idées suicidaires et ce, à plusieurs reprises. Finalement, onze adolescentes (52%) ont vécu des situations de divorce très difficiles.

5.2 SERVICE D'INTERVENTION OFFERT

Cette deuxième partie des résultats traitera du processus d'intervention et des services psychosociaux reçus par les adolescentes. L'objectif est de constater si le modèle de pratique du service à l'étude correspond à celui de la *thérapie spécifique à l'abus sexuel* présenté dans le chapitre II de ce travail (voir p.41) Ainsi, la compréhension de la problématique de l'intervenante, les objectifs et les moyens d'intervention, les thèmes principaux et les services tant au niveau individuel que du groupe sont présentés. Les données recueillies proviennent principalement de l'entrevue faite avec l'intervenante du CLSC, des dossiers-clients et du document de formation qu'elle a créé (Jacob, 1997).

5.2.1 COMPRÉHENSION DU PHÉNOMÈNE

L'intervenante du service définit l'agression sexuelle comme suit : un accident qui n'aurait jamais dû se produire. La problématique englobe plusieurs composantes, autres que l'acte de victimisation. En fait, elle considère que la période précédant le dévoilement est un temps de survie et de réhabilitation qui nécessite des conduites d'adaptation chez la victime. Ce moment doit permettre à la victime de reprendre le pouvoir sur sa vie et également de retrouver sa dignité (Jacob, 1997).

L'intervenante considère que le processus de socialisation sexuelle peut avoir une incidence significative « sur la façon dont les abus sexuels sont vécus et ressentis par la victime » (Jacob, 1997; 10). Généralement, elle remarque que les victimes de sexe féminin se sentent immédiatement responsables de l'agression. Elles expriment davantage les sentiments de tristesse, d'humiliation et d'impuissance. Leurs comportements sont de nature plus passive et

retournés contre soi ainsi l'automutilation devient un moyen d'exprimer ces différents sentiments (Jacob, 1997). Par contre, elle dénote que les victimes de sexe masculin ont davantage tendance à exprimer leur colère et tentent de rationaliser l'état post-traumatique. L'agressivité envers autrui devient souvent une manifestation de cette colère et ces derniers ont de la difficulté à se reconnaître comme une victime.

L'intervenante considère que les agressions surviennent pour deux raisons principales ; celles reliées aux victimes et celles reliées aux agresseurs. En fait, il existe des adolescentes se trouvant dans un état de vulnérabilité, ayant souvent une faible estime d'elles-mêmes et vivant des carences affectives. Ainsi, elles deviennent très sensibles à l'expression d'attention d'autrui. Puis, pour les agresseurs, la plupart sont des experts à piéger. Dans la majorité des cas, ces derniers vivent des problématiques telles qu'une estime de soi faible et des difficultés du passé non réglées. Ils agressent pour plusieurs raisons dont la principale est la domination et la prise de pouvoir sur une personne. Cependant, l'agresseur demeure l'unique responsable de l'agression.

L'agression sexuelle est un processus dynamique se préparant dans le temps : l'agression est un élément intégré dans la vie avec un début et une fin clairement identifiés. L'agression est une toile d'araignée tissée autour d'une victime. Graduellement, la victime est apprivoisée et un lien de confiance avec l'agresseur s'établit. Ce lien est l'élément qui permet, entre autres, que les agressions aient lieu à plusieurs reprises sans qu'il y ait dévoilement de la part de la victime. Généralement, l'agresseur convainc la victime de la normalité de son action ou utilise la menace. Le secret devient donc une source de peur et un gage de protection pour l'adolescente (Jacob, 1997).

Facteurs de risques et d'opportunités

Selon l'intervenante, il existe trois principaux facteurs pouvant nuire à la réorganisation de la cliente et au processus d'intervention : imposer une démarche thérapeutique alors que la cliente n'en ressent pas le besoin (sauf en cas de suicide), forcer l'engagement dans un processus judiciaire par conscience sociale ainsi qu'un réseau peu soutenant. Certaines réactions du réseau de la victime peuvent être réellement défavorables : la dramatisation de l'événement, la panique,

le blâme et la responsabilisation de l'agression, les reproches d'un dévoilement tardif, les propos violents envers l'agresseur ainsi que les conduites surprotectrices immédiates (Jacob, 1997).

Pour l'intervenante, le principal facteur d'opportunité est le soutien offert par le réseau : plus le réseau est présent et soutenant, plus la victime est motivée et encouragée à poursuivre sa démarche d'intervention ou à l'effectuer. Cependant, il doit respecter les choix de la victime. Un réseau soutenant évalue directement avec la victime ce qu'il peut faire pour cette dernière et sous quelle forme il est en mesure de lui venir en aide. De plus, l'intervenante considère qu'il existe des traits individuels tels que des personnalités avec une force de caractère permettant un retour au fonctionnement antérieur plus rapide.

5.2.2 PROCESSUS D'INTERVENTION

Au niveau du service évalué, le processus d'intervention débute en premier lieu avec une évaluation globale de la demande au CLSC. Puis, l'intervention s'oriente selon deux types d'intervention possibles: le processus régulier ou l'intervention de crise.

En ce qui a trait au processus régulier, une évaluation immédiate est faite sur les épisodes de victimisation sexuelle et ce qu'elles impliquent, sur le soutien disponible, sur la réaction familiale et le dévoilement. Par la suite, une proposition d'aide et des solutions possibles sont offertes à l'adolescente. Enfin, cette dernière a le droit d'accepter ou de refuser. Toutefois, si l'adolescente refuse les services, l'intervenante abordera immédiatement la prévention de la revictimisation pour assurer une certaine sécurité à la cliente. (Jacob, 1997)

L'intervention de crise est davantage centrée sur les aspects traumatisants de l'agression sexuelle. Ce type d'intervention implique plusieurs aspects importants : écouter activement, croire et rassurer l'adolescente, normaliser certains comportements. Ensuite, le processus se poursuit par une évaluation, une proposition d'aide ou de solutions. L'adolescente a le choix d'accepter ou de refuser le service qui lui est offert.

Il peut y avoir de l'intervention familiale et de couple, et ce, de façon ponctuelle. L'intervention est centrée sur l'agression et le besoin de la cliente. Finalement, le processus cesse lorsque cette

dernière ne vit plus de séquelles des agressions revenant ainsi à son fonctionnement antérieur c'est-à-dire la façon dont elle fonctionnait dans la vie quotidienne, avant les épisodes de violence sexuelle.

Modalités d'intervention

L'intervention individuelle et de groupe sont les deux formes d'intervention utilisées dans le service. Elles se complètent. L'intervention de groupe permet principalement de normaliser les comportements, les pensées et les sentiments des adolescentes entre elles. Le groupe permet aussi de dédramatiser et de donner aux adolescentes de l'espoir que des solutions existent. Elles sont toutes à des niveaux différents : certaines ont déjà cheminé et ont résolu plusieurs difficultés. En groupe, l'intervention est axée vers la recherche de solutions, les expérimenter et les transférer dans l'action. L'intervention individuelle permet d'approfondir certaines difficultés vécues par l'adolescente et de personnaliser le service. Le suivi individuel devient un élément qui facilite l'intégration dans un groupe.

Le processus d'intervention intègre également la notion du travail multidisciplinaire. Cet aspect du processus est important car les discussions de cas avec les différents professionnels impliqués assurent de meilleurs résultats avec la cliente et une cohérence au niveau des services reçus. L'objectif commun lors de ces discussions est d'offrir à la cliente, l'aide la plus appropriée et que chaque intervenant suive des objectifs précis en lien avec sa fonction professionnelle (Jacob, 1997)

La clientèle

L'intervenante insiste sur l'unicité de la clientèle adolescente. Généralement, les adolescentes consultent lorsqu'elles vivent les conséquences de la victimisation sexuelle. L'aspect du concret doit demeurer au centre de son intervention. : les adolescentes ont besoin de vivre à court terme des résultats positifs associés à l'intervention. Les moyens d'intervention doivent également être concrets (dessin, discussion, objets) afin qu'elles accrochent au processus thérapeutique : il est

un élément stimulant la motivation à poursuivre la démarche. Ainsi, l'intervention est axée sur les éléments préoccupants du moment présent.

Au niveau de cette clientèle, un phénomène spécifique se produit : des processus d'intervention à long terme avec des périodes d'arrêt de trois ou quatre mois. De façon générale, les adolescentes considèrent que l'expression des sentiments suffit à solutionner les problèmes. Elles cessent alors la démarche. En constatant que les séquelles liées aux agressions subsistent, elles consultent de nouveau. Les adolescentes évoluent différemment: les consultations sont irrégulières et sporadiques.

Objectifs

L'objectif global du processus d'intervention est la reprise de pouvoir sur sa vie et un retour au fonctionnement antérieur c'est-à-dire la façon dont l'adolescente fonctionnait dans la vie quotidienne, avant les épisodes de violence sexuelle. L'acceptation de vivre avec le souvenir de l'expérience est aussi visée.

Des objectifs secondaires sont également définis afin d'atteindre l'objectif principal: réduire les séquelles de l'agression sexuelle, augmenter l'estime de soi, clarifier les croyances erronées, augmenter la capacité d'affirmation de soi, développer une sécurité personnelle, diminuer les peurs et déresponsabiliser la victime de l'agression.

Moyens

Les moyens utilisés afin de favoriser l'atteinte des objectifs sont diversifiés et ils peuvent tous être utilisés tant au niveau du groupe que de l'individuel. Ces moyens sont : l'expression verbale des sentiments et des émotions, la discussion et la réflexion collective sur des thèmes, le dessin, les compositions de lettres, les lectures de texte, les jeux de rôle, les enregistrements audio, l'imagerie mentale, des objets représentant des individus (verres, chaises, photos) et l'activité physique. Les moyens doivent s'adapter à chaque cliente. De plus, des moyens ponctuels sortant l'imaginaire de l'adolescente sont utilisés comme par exemple courir dans un bois et crier.

Thèmes abordés

Les thèmes abordés au niveau de l'intervention individuelle et de groupe sont choisis selon les besoins du moment de la clientèle.

La *victimisation sexuelle* consiste à identifier les sentiments et les émotions liés à l'épisode d'agression : la colère, l'agressivité, la tristesse, la honte, le dégoût, la culpabilité, la responsabilité, la méfiance. L'accent est mis sur l'expression de la colère ainsi que sur l'ambivalence entre l'amour et la haine. Ce thème permet d'identifier les réactions émotionnelles et comportementales, les perceptions et les fausses croyances.

La *prévention de la revictimisation* consiste à aborder les indicateurs d'une relation de respect versus les indicateurs d'une relation abusive et ce, souvent par des jeux de rôle. Ce thème permet d'exposer à l'adolescente les situations et les comportements à risque, l'autoprotection et les personnes ressources aidantes.

La *reprise du pouvoir* traite de la confiance, de la capacité d'affirmation, des habiletés sociales, de l'estime de soi ainsi que de la sécurité.

Le thème de l'*intimité* est centré sur l'information au niveau de la sexualité. Plusieurs aspects de la sexualité sont abordés : l'intégrité et la réappropriation du corps, le vécu sexuel, le choix amoureux. Il traite aussi des réactions sexuelles : l'inhibition du désir, le manque de lubrification, l'anorgasmie et l'orgasme rapide, la douleur à la pénétration et la peur de la pénétration ainsi que l'inconfort.

L'*information sur le processus judiciaire* aborde l'ensemble des émotions, des sentiments et des peurs pouvant être liés au processus judiciaire. Ce thème traite de la préparation au processus judiciaire incluant le témoignage.

5.2.3 INTERVENTION INDIVIDUELLE REÇUE

Étant déjà suivi au CJ de la Montérégie, trois sujets ont seulement eu accès à l'intervention de groupe. Le tableau 5.7 indique que le nombre de rencontres individuelles par sujet varie: pour sept des sujets (39%) de une à trois rencontres, dans six cas (33%) de quatre à six, et pour cinq adolescentes (28%) de sept à dix rencontres. Les lieux principaux d'intervention sont le CLSC desservant l'adolescente soit celui de Saint-Hubert ou Samuel de Champlain ainsi que les écoles secondaires liées à chacun des CLSC.

Tableau 5.7

Le nombre de rencontres individuelles par sujet

<i>Les rencontres individuelles</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>1-3</i>	<i>39</i>	<i>7</i>
<i>4-6</i>	<i>33</i>	<i>6</i>
<i>7-10</i>	<i>28</i>	<i>5</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>18</i>

Autres modalités d'intervention

L'intervention téléphonique est une modalité d'intervention utilisée : en moyenne de 0,83 par sujet. En général, les adolescentes se présentent seules aux rendez-vous. Or, dans sept cas, une rencontre avec le parent ou une rencontre conjointe parent – adolescente ont eu lieu. De plus, deux adolescentes se sont présentées avec une amie ou le conjoint. Il ressort également qu'une moyenne de 0,83 discussions cliniques par sujet ont été effectuées. Les professionnels impliqués sont des médecins, des professeurs, des intervenantes scolaires ou des CJ de la Montérégie, des policiers ainsi que des intervenantes du secteur communautaire.

Présence et fin du processus d'intervention

Généralement, le processus de fin de l'intervention survient lorsque les adolescentes cessent d'appeler et ne répondent pas aux relances téléphoniques de l'intervenante ou qu'elles ne vivent

plus les séquelles liées aux agressions. En moyenne, le processus s'échelonne sur deux ans avec des périodes d'arrêt de trois ou quatre mois.

Quelques adolescentes ont mis fin au processus d'intervention pour des raisons particulières : quatre adolescentes (22%) sont déménagés et/ou un transfert de dossier a été effectué, trois (17%) poursuivent un processus thérapeutique entamé antérieurement à la demande de service, avec une autre intervenante et deux autres sujets (12%) ont été référés en psychiatrie.

Enfin, les absences non motivées aux rendez-vous font partie de la dynamique des adolescentes. La moitié des adolescentes ont annulé leur rendez-vous et/ou ne se sont pas présentées de une à cinq fois au cours du processus d'intervention.

5.2.4 INTERVENTION GROUPE

Deux périodes d'intervention de groupe ont eu lieu durant la période évaluée. Les groupes sont composés d'adolescentes recevant les services des CLSC impliqués et des CJ de la Montérégie.

Un premier groupe a eu lieu du 5 mai 1997 au 16 juin 1997 en raison d'une rencontre de groupe par semaine, totalisant six rencontres. Ce groupe était ouvert signifiant que de nouvelles participantes peuvent se greffer au cours du processus. À cette première session, cinq adolescentes ont participé aux différentes activités. La moyenne de participation est de trois adolescentes par séance. Le taux d'absentéisme varie de une à trois fois par adolescente au cours du processus. Les objectifs identifiés durant le processus sont le bris de l'isolement et l'expression des émotions et des sentiments liés à l'épisode de violence sexuelle.

Un deuxième groupe a eu lieu du 7 octobre 1997 au 9 décembre 1997. Le groupe était composé de sept adolescentes dont quatre nouvelles n'ayant pas participé au premier groupe. La moyenne de participation aux activités est de quatre adolescentes par séance. Le taux d'absentéisme varie de une à six fois par adolescente. L'objectif principal ayant ressorti de ce groupe est de poursuivre l'expression des sentiments et des émotions liés à leur histoire d'agression sexuelle.

Déroulement

Au départ, les intervenantes se présentent et font des activités de présentation qui permettent aux adolescentes d'établir un premier contact entre elles. Cette première rencontre permet également d'établir les règles du groupe ainsi que les objectifs. Une brève évaluation est faite à la fin de chaque rencontre ainsi qu'un retour sur les activités de la semaine précédente. Les rencontres durent environ 1h30. Enfin, un bilan final est effectué à la dernière rencontre où les sentiments face au départ sont aussi exprimés.

Évaluation

Suite à chaque processus d'intervention de groupe, une évaluation est effectuée par les intervenantes afin d'établir des ajustements pour les prochaines sessions. Concernant la première période de groupe, il ressort que le groupe ouvert doit être évité car l'engagement des adolescentes n'est pas favorisé: un accent doit être mis sur l'importance de l'engagement ce qui fait la force du groupe. De plus, le nombre de rencontres doit être augmenté afin de pouvoir approfondir les thèmes. Il s'avère également que le nombre de participantes doit être plus élevé afin de renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe, cinq adolescentes étant nettement un nombre insuffisant pour atteindre l'identification au groupe par ses membres. L'évaluation de ce dernier élément découle principalement du taux élevé d'absentéisme.

Les cinq adolescentes ont aussi évalué l'intervention de groupe. Il ressort une appréciation des cinq sujets en ce qui a trait au partage du vécu: le groupe leur permet de normaliser plusieurs comportements, sentiments, émotions, pensées et réactions. Les cinq adolescentes ont exprimé leur vif intérêt pour les différentes activités effectuées et un désir de poursuivre la démarche.

Concernant la deuxième période de groupe, il s'avère préférable que l'intervenante de groupe ne soit pas la même que celle assurant le suivi individuel de la cliente: en groupe l'intervenante travaille le processus de groupe et en individuel, elle se centre sur la personne. Cela occasionne certains problèmes comme par exemple un manque d'objectivité. Concrètement, l'adolescente peut brimer certains de ses comportements dans le groupe dû aux confidences faites à l'intervenante en individuel. Ainsi, le processus de groupe est affecté par une telle situation.

Finalement, à partir des commentaires de la clientèle, il ressort que les adolescentes veulent parler principalement de la victimisation. Un besoin important est ressenti à ce niveau et une durée plus longue doit être consacrée à ce thème.

5.3 PORTRAIT ET ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE

Un portrait global de la clientèle rejointe au cours du processus d'intervention est décrit ainsi que l'évolution d'une partie des sujets et ce, en examinant les résultats des différents instruments de mesure.

Au niveau du premier temps de mesure, les résultats concernent tous les sujets ayant répondu aux questionnaires afin de dresser un portrait global de la clientèle rejointe. Cependant, pour l'analyse du deuxième et troisième temps de mesure, les sujets de sexe masculin et ceux dont les agressions sont de nature intrafamiliale sont éliminés afin d'uniformiser l'échantillon. Ainsi, onze sujets composent le sous-échantillon du deuxième temps de mesure et neuf pour le troisième temps.

Pour le premier et troisième temps de mesure, certains résultats sont présentés à partir du cheminement de chaque sujet permettant d'obtenir une vision globale de leur situation. De plus, une analyse de l'évolution selon les différentes échelles est aussi soumise au niveau du deuxième et troisième temps de mesure. Il est à noter que l'analyse du troisième temps de mesure est faite en comparaison avec le deuxième temps. Cette option en ce qui a trait à ce type d'analyse est choisie afin de démontrer davantage l'évolution des sujets dans le service et il était difficile de faire émerger une tendance d'évolution systématique.

De façon générale, les résultats démontrent la variation de comportements, des pensées et/ou des sentiments dans le temps. Ces variations sont qualifiées par une diminution, une augmentation et/ou une stagnation.

5.3.1 YOUTH SELF-REPORT

L'observation est centrée principalement sur la variation dans le temps des comportements, des pensées et des sentiments liés aux agressions chez les sujets, ce à partir de neuf échelles. Cette variation est présentée de façons diverses afin de dresser un portrait de l'évolution des sujets.

Premier temps de mesure

Dix-neuf sujets ont participé au premier temps de mesure du YSR. En observant le tableau 5.8, il se dégage que six adolescentes (32%) n'ont aucune cote clinique ou borderline sur l'ensemble des échelles pouvant signifier que l'ensemble des comportements, des sentiments et/ou des pensées ne semblent pas problématiques. Par contre, il ressort qu'un des sujets (5%) a atteint le seuil clinique ou borderline sur la majorité des échelles (7 à 8) et que sept autres (37%) sur une à deux échelles. Il est à noter que l'échelle concernant « *autres problèmes* » ne comporte pas de score normalisé.

Tableau 5.8

Le nombre d'échelles sur lesquelles les sujets cotent clinique ou borderline au premier temps de mesure du YSR (n= 19)

<i>Nombre d'échelles</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>0</i>	<i>32</i>	<i>6</i>
<i>1 - 2</i>	<i>37</i>	<i>7</i>
<i>3 - 4</i>	<i>26</i>	<i>5</i>
<i>5 - 6</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>7 - 8</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>19</i>

Un autre angle d'analyse démontre des résultats qualifiant les comportements, les sentiments et les pensées des adolescentes. Le tableau 5.9 indique qu'à l'entrée dans le service, sept sujets (37%) se retrouvent dans la marge clinique ou borderline tant au niveau de l'échelle des

complaintes somatiques que celle de l'anxiété/dépression. Ainsi un taux important de sujets semblent vivre des difficultés concernant des problèmes de nature davantage internalisés.

Il ressort également que pour le quart de l'échantillon (5), une cote clinique ou borderline est attribuée à trois échelles différentes : problèmes d'attention, comportements délinquants et comportements agressifs. Nous pouvons donc constater que les problèmes externalisés semblent être aussi présents dans le vécu des adolescentes.

Tableau 5.9

Les sujets cotant clinique ou borderline au premier temps de mesure du YSR (n=19)

	<i>Échelles</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
	<i>Retrait</i>	0	0
<i>Problèmes internalisés</i>	<i>Complaintes somatiques</i>	37	7
	<i>Anxiété / dépression</i>	37	7
	<i>Problèmes sociaux</i>	5	1
	<i>Pensées problématiques</i>	21	4
	<i>Problèmes d'attention</i>	26	5
<i>Problèmes externalisés</i>	<i>Comportements délinquants</i>	26	5
	<i>Comportements agressifs</i>	26	5

Deuxième temps de mesure

Trois mois après leur entrée dans le service, certaines adolescentes ont vécu une diminution des comportements, des sentiments et/ou des pensées problématiques. Le tableau 5.10 démontre qu'une majorité de sujets (9) ont vécu une diminution au niveau des plaintes somatiques. Cette diminution concerne également les échelles se rapportant aux comportements agressifs et aux problèmes d'attention pour sept adolescentes (64%). De plus, il se dégage une variation à la baisse pour six sujets (55%) au niveau de trois échelles : anxiété/ dépression, pensées problématiques et autres problèmes. Ces différents comportements, pensées et/ou sentiments pourraient être considérés comme des séquelles liées aux agressions sexuelles en se référant à la

littérature sur la problématique. Cependant, le devis de recherche ne permet pas de confirmer que ce sont sans doute possible des séquelles des agressions sexuelles.

Tableau 5.10

La variation des éléments problématiques au deuxième temps de mesure du YSR par rapport au premier temps de mesure (n=11)

<i>Échelles</i>		<i>Diminution</i>		<i>Augmentation</i>		<i>Sans Changement</i>	
		<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
	<i>Retrait</i>	46	5	27	3	27	3
<i>Problèmes internalisés</i>	<i>Complaintes somatiques</i>	82	9	9	1	9	1
	<i>Anxiété / dépression</i>	55	6	36	4	9	1
	<i>Problèmes sociaux</i>	46	5	36	4	18	2
	<i>Pensées problématiques</i>	55	6	18	2	27	3
	<i>Problèmes d'attention</i>	64	7	9	1	27	3
<i>Problèmes externalisés</i>	<i>Comportements délinquants</i>	46	5	36	4	18	2
	<i>Comportements agressifs</i>	64	7	36	4	0	0
	<i>Autres problèmes</i>	55	6	46	5	0	0

Les résultats révèlent aussi que certains sujets vivent une augmentation des aspects problématiques (voir tableau 5.10). Plus précisément, il appert que pour quatre sujets (36%), une augmentation est survenue au niveau des échelles suivantes : anxiété/dépression, problèmes sociaux, comportements agressifs et/ou comportements délinquants. De façon plus saillante, les résultats démontrent que la quasi moitié des adolescentes (5) du sous-échantillon, ont enregistré une augmentation sur l'échelle « *autres problèmes* ».

Il ressort aussi que certaines adolescentes demeurent au même niveau sur certaines échelles (voir tableau 5.10). Or, de façon générale, sur la majorité des échelles, des changements sont observés. En somme, il appert que les changements survenus pour onze des adolescentes se situent davantage au niveau d'une diminution des éléments problématiques que d'une augmentation de ces derniers.

Troisième temps de mesure

Le troisième temps de mesure permet d'effectuer des constatations à propos de l'évolution de la clientèle six mois après son entrée dans le service comparativement au deuxième temps de mesure. Il s'avère que six adolescentes (67%) se sont maintenues au même niveau sur l'échelle des problèmes sociaux : elles se retrouvent toutes dans la marge normale (voir tableau 5.11). Il appert aussi qu'une augmentation sur l'ensemble des échelles est enregistrée pour une à trois adolescentes (voir tableau 5.11). Ainsi, sur ces échelles, ces sujets paraissent vivre une détérioration au niveau de leur fonctionnement.

Tableau 5.11

La variation des éléments problématiques au troisième temps de mesure du YSR par rapport au deuxième temps de mesure (n=9)

Échelles		Diminution		Augmentation		Sans Changement	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)
	<i>Retrait</i>	67	6	22	2	11	1
<i>Problèmes internalisés</i>	<i>Complaintes somatiques</i>	56	5	22	2	22	2
	<i>Anxiété / dépression</i>	67	6	22	2	11	1
	<i>Problèmes sociaux</i>	11	1	22	2	67	6
	<i>Pensées problématiques</i>	56	5	11	1	33	3
	<i>Problèmes d'attention</i>	67	6	33	3	0	0
<i>Problèmes externalisés</i>	<i>Comportements délinquants</i>	67	6	22	2	11	1
	<i>Comportements agressifs</i>	67	6	22	2	11	1
	<i>Autres problèmes</i>	44	4	33	3	22	2

Néanmoins, la majorité des sujets ont vécu une diminution des éléments problématiques (voir tableau 3.11). Effectivement, sur cinq échelles (retrait, anxiété/dépression, problèmes d'attention, comportements délinquants et comportements agressifs), six adolescentes ont vécu une diminution. Ces constatations permettent d'avancer que pour plusieurs sujets du sous-échantillon, un changement positif s'est opéré.

Afin de compléter l'analyse, il appert que la moitié des adolescentes (5) du sous-échantillon se retrouvent dans une marge normale sur toutes les échelles au troisième temps de mesure. Cependant, trois sujets (33%) cotent clinique et/ou borderline sur une à deux échelles et un autre (11%), sur quatre échelles. Les échelles ayant reçu une cote clinique et/ou borderline sont les suivantes : comportements délinquants (3), comportements agressifs (1) et pensées problématiques (1). Ainsi, il semble que six mois après l'entrée dans le service des adolescentes, les problèmes externalisés demeurent davantage présents que les problèmes internalisés.

Enfin, à travers les résultats, il s'avère que des changements sont survenus sur plusieurs sujets et ce à divers niveaux. Or, il est à noter que malgré les différentes variations sur les échelles la grande majorité des sujets ayant composé les sous-échantillons du deuxième et troisième temps sont toujours demeurés dans la marge normale.

5.3.2 TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN

L'observation est centrée sur la variation dans le temps des comportements, des sentiments et des pensées liés aux agressions chez les sujets, tel que le YSR, et ce à partir des six échelles et des quatre sous-échelles.

Premier temps de mesure

Vingt sujets ont participé au premier temps de mesure du TSCC. Le tableau 5.12 révèle que sept adolescentes (35%) n'ont aucune cote clinique sur l'ensemble des échelles démontrant ainsi l'absence d'éléments problématiques. Or, il appert que sept sujets (35%) atteignent le seuil clinique sur trois à quatre échelles et qu'une adolescente (5%) est considérée clinique sur la majorité des échelles, soit sept à huit.

Tableau 5.12

Le nombre d'échelles sur lesquelles les sujets cotent clinique au premier temps de mesure du TSCC (n=20)

<i>Nombre d'échelles</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>0</i>	<i>35</i>	<i>7</i>
<i>1 - 2</i>	<i>10</i>	<i>2</i>
<i>3 - 4</i>	<i>35</i>	<i>7</i>
<i>5 - 6</i>	<i>15</i>	<i>3</i>
<i>7 - 8</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>20</i>

Une analyse (voir tableau 5.13) selon les échelles fait ressortir que la moitié des sujets (10) se retrouvent dans la marge clinique au niveau de l'échelle de stress post-traumatique, sept (35%) sur l'échelle de la colère et cinq (25%) sur celle de l'anxiété. Tout comme le YSR, ces éléments pourraient être considérés comme des séquelles des agressions sexuelles. Or, le devis de recherche ne permet pas d'affirmer cette proposition.

Tableau 5.13

Les sujets cotant clinique au premier temps de mesure du TSCC (n=20)

<i>Échelles</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Anxiété</i>	<i>25</i>	<i>5</i>
<i>Dépression</i>	<i>15</i>	<i>3</i>
<i>Colère</i>	<i>35</i>	<i>7</i>
<i>Stress post-traumatique</i>	<i>50</i>	<i>10</i>
<i>Dissociation (ouverte ou de fantaisie)</i>	<i>20</i>	<i>4</i>
<i>Préoccupations et détresse sexuelles</i>	<i>5</i>	<i>1</i>

Deuxième temps de mesure

En comparaison avec le premier temps de mesure, il appert que la majorité des sujets révèlent une diminution des aspects problématiques sur plusieurs échelles: anxiété (8), colère (8), préoccupations et détresse sexuelles (8), dépression (9) (voir tableau 5.14). Par contre, quelques

sujets démontrent une augmentation au niveau de certaines échelles. Effectivement, quatre adolescentes (36%) vivent une augmentation des éléments problématiques sur l'échelle de stress post-traumatique, trois (27%) au niveau des échelles d'anxiété et/ou des préoccupations et de la détresse sexuelles ainsi que deux (18%) sur celle de la dépression. Cependant, certaines adolescentes demeurent stables dans le temps sur les échelles de la dissociation (3), de la colère (2) et du stress post-traumatique (2).

Ainsi, les résultats indiquent que les changements sont davantage de l'ordre de la diminution des éléments problématiques que de leur augmentation.

Tableau 5.14

La variation des éléments problématiques au deuxième temps de mesure du TSCC par rapport au premier temps de mesure (n=11)

<i>Échelles</i>	<i>Diminution</i>		<i>Augmentation</i>		<i>Sans Changement</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Anxiété</i>	73	8	27	3	0	0
<i>Dépression</i>	82	9	18	2	0	0
<i>Colère</i>	73	8	9	1	18	2
<i>Stress post-traumatique</i>	46	5	36	4	18	2
<i>Dissociation (ouverte ou de fantaisie)</i>	64	7	9	1	27	3
<i>Préoccupations et détresse sexuelles</i>	73	8	27	3	0	0

Troisième temps de mesure

Une analyse du troisième temps de mesure en comparaison avec le deuxième, permet d'établir des constatations (voir tableau 5.15). Pour sept adolescentes (78%) du sous-échantillon, une diminution des aspects problématiques est vécue sur les échelles de l'anxiété et/ou du stress post-traumatique. De plus, il apparaît que six adolescentes (67%) ont enregistré une diminution au niveau des échelles suivantes : dépression, colère et/ou dissociation.

Cependant, sur toutes les échelles une augmentation des éléments problématiques s'est opérée pour certains sujets : trois (33%) au niveau des échelles de la colère, de la dissociation et/ou des préoccupations et de la détresse sexuelles; deux (22%) sur l'échelle de la dépression; une (11%)

sur les échelles de l'anxiété et/ou du stress post-traumatique. En contre partie, aucun changement n'est survenu au niveau de certaines échelles chez les sujets : anxiété (1), dépression (1), stress post-traumatique (1), préoccupations et détresse sexuelles (1).

Tableau 5.15

La variation des éléments problématiques au troisième temps de mesure du TSCC par rapport au deuxième temps de mesure (n=9)

<i>Échelles</i>	<i>Diminution</i>		<i>Augmentation</i>		<i>Sans Changement</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Anxiété</i>	78	7	11	1	11	1
<i>Dépression</i>	67	6	22	2	11	1
<i>Colère</i>	67	6	33	3	0	0
<i>Stress post-traumatique</i>	78	7	11	1	11	1
<i>Dissociation (ouverte ou de fantaisie)</i>	67	6	33	3	0	0
<i>Préoccupations et détresse sexuelles</i>	56	5	33	3	11	1

Six mois après leur entrée dans le service, les résultats démontrent que cinq adolescentes (56%) se retrouvent dans la marge normale sur toutes les échelles. Il appert qu'une adolescente (11%) est considérée clinique sur trois échelles, une autre (11%) sur quatre échelles et deux sujets (22%) sur cinq échelles. Les échelles ayant reçu une cote clinique sont les suivantes : préoccupation et détresse sexuelles (4), stress post-traumatique (2), anxiété (1).

Finalement, à travers les différents résultats obtenus par le TSCC et le YSR, il s'avère que des changements sont survenus sur l'ensemble des sujets au niveau de différentes échelles se rapportant aux comportements, aux sentiments et/ou aux pensées problématiques. En général, les éléments problématiques semblent avoir diminué. Il est à noter que les variations concernant les données (augmentation et diminution) diffèrent d'un sujet à l'autre ainsi que d'une échelle à l'autre. Par moment, cette variation est importante et dans d'autres cas elle est légère. Or, aucune séquence particulière ou régulière ne ressort de l'analyse.

5.3.3 SELF-PERCEPTION PROFILE FOR ADOLESCENT

Cette analyse porte sur neuf échelles. Ainsi, la variation de l'estime de soi des sujets est décrite selon les différents temps de mesure.

Premier temps de mesure

L'instrument a été administré à dix-neuf sujets. Les résultats sont structurés de façon à pouvoir observer le niveau de base de l'estime de soi des sujets. Ils ont été classés selon trois niveaux : faible, bonne ou excellente estime de soi.

En premier lieu, il appert que huit sujets (42%) ont une faible estime de soi sur une à trois échelles et que pour quatre autres (21%), sur quatre à six échelles (*voir* tableau 5.16). Il ressort également que deux adolescentes (11%) possèdent une faible estime sur la majorité des échelles (7-9).

Tableau 5.16

Le niveau d'estime de soi par sujet au premier temps de mesure du SPPA (n=19)

<i>Échelles</i>	<i>Excellente estime de soi</i>		<i>Bonne estime de soi</i>		<i>Faible estime de soi</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>0</i>	26	5	5	1	26	5
<i>1-3</i>	53	10	26	5	42	8
<i>4-6</i>	16	3	53	10	21	4
<i>7-9</i>	5	1	16	3	11	2
<i>Total</i>	100	19	100	19	100	19

Dans un deuxième temps, il s'avère que dix adolescentes (53%) possèdent une bonne estime de soi sur quatre à six échelles, cinq (26%) sur une à trois échelles et trois (16%) sur quasi toutes les échelles (*voir* tableau 5.16). Finalement, les données démontrent que plus de la moitié (10) des sujets possèdent une excellente estime de soi sur une à trois échelles et trois autres (16%) sur quatre à six échelles.

Une analyse porte aussi sur les diverses échelles (voir tableau 5.17). De façon plus saillante, il ressort que huit sujets (42%) possèdent une excellente estime de soi au niveau de l'échelle de l'acceptation sociale, sept (37%) au niveau de celle de l'amitié et six (32%) au niveau des compétences au travail.

En étudiant le tableau 5.17, il se dégage qu'une bonne majorité de sujets ont une bonne estime de soi sur les échelles suivantes : acceptation sociale (10), compétence au travail (10), valorisation globale (10), attrait sentimental (11) et comportements (11).

Or, plusieurs adolescentes se situent dans la catégorie de la faible estime de soi : treize (68%) sur l'échelle des compétences athlétiques, dix (53%) sur celle de l'apparence physique, sept (37%) concernant les compétences académiques et six (32%) sur l'échelle de la valorisation globale.

Tableau 5.17

Le niveau d'estime de soi par échelle au premier temps de mesure du SPPA (n=19)

<i>Échelles</i>	<i>Excellente estime de soi</i>		<i>Bonne estime de soi</i>		<i>Faible estime de soi</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Compétence académique</i>	21	4	42	8	37	7
<i>Acceptation sociale</i>	42	8	53	10	5	1
<i>Compétence athlétiques</i>	16	3	16	3	68	13
<i>Apparence physique</i>	11	2	37	7	53	10
<i>Compétence au travail</i>	32	6	53	10	16	3
<i>Attrait sentimental</i>	21	4	58	11	21	4
<i>Comportements</i>	16	3	58	11	26	5
<i>Amitié</i>	37	7	47	9	16	3
<i>Valorisation globale de soi</i>	16	3	53	10	32	6

Deuxième temps de mesure

Concernant le deuxième temps de mesure, les résultats les plus saillants sont présentés. Ces derniers indiquent que pour la majorité des échelles, trois à quatre sujets sont demeurés stables

au niveau de leur estime de soi. De plus, il ressort que six adolescentes (55%) n'ont vécu aucun changement sur l'échelle de la compétence au travail (voir tableau 5.18).

Par contre, cinq des adolescentes (46%) du sous-échantillon ont enregistré une augmentation de leur estime de soi sur les échelles des compétences académiques, des compétences athlétiques, de l'apparence physique et/ou de l'amitié. Or, dans six cas (55%), cette hausse de l'estime de soi est observée sur l'échelle de la valorisation globale de soi. Toutefois, il appert que certains sujets ont vécu une diminution plus importante de leur estime d'eux : cinq (26%) au niveau des comportements et quatre (36%) sur celle de l'acceptation sociale.

Tableau 5.18

La variation de l'estime de soi au deuxième temps de mesure du SPPA par rapport au premier temps de mesure (n=11)

<i>Échelles</i>	<i>Augmentation</i>		<i>Diminution</i>		<i>Sans Changement</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Compétence académique</i>	46	5	27	3	27	3
<i>Acceptation sociale</i>	27	3	36	4	36	4
<i>Compétence athlétiques</i>	46	5	27	3	27	3
<i>Apparence physique</i>	46	5	27	3	27	3
<i>Compétence au travail</i>	27	3	18	2	55	6
<i>Attrait sentimental</i>	36	4	27	3	36	4
<i>Comportements</i>	27	3	46	5	27	3
<i>Amitié</i>	46	5	18	2	36	4
<i>Valorisation globale de soi</i>	55	6	9	1	36	4

Troisième temps de mesure

Au niveau du troisième temps de mesure, les données confirment, en comparaison avec le deuxième temps de mesure, une augmentation de l'estime de soi chez les sujets du sous-échantillon : huit (89%) sur l'échelle de l'apparence physique, sept (78%) sur celle des comportements et six autres (67%) au niveau de l'attrait sentimental (voir tableau 5.19). Pour les autres échelles, trois à cinq adolescentes ont vécu une hausse de leur estime personnelle.

Par contre, il ressort qu'une baisse de l'estime de soi a été vécue sur chacune des échelles pour une à deux adolescentes. Enfin, en examinant le tableau 5.19, les résultats révèlent de façon plus saillante que cinq (56%) adolescentes sont demeurées stables au niveau des compétences au travail et cette stabilité varie d'une échelle à l'autre.

Tableau 5.19

La variation de l'estime de soi au troisième temps de mesure du SPPA par rapport au deuxième temps de mesure (n=9)

<i>Échelles</i>	<i>Augmentation</i>		<i>Diminution</i>		<i>Sans Changement</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Compétence académique</i>	44	4	22	2	33	3
<i>Acceptation sociale</i>	44	4	22	2	33	3
<i>Compétence athlétiques</i>	44	4	22	2	33	3
<i>Apparence physique</i>	89	8	11	1	0	0
<i>Compétence au travail</i>	33	3	11	1	56	5
<i>Attrait sentimental</i>	67	6	22	2	11	1
<i>Comportements</i>	78	7	11	1	11	1
<i>Amitié</i>	56	5	11	1	33	3
<i>Valorisation globale de soi</i>	56	5	22	2	22	2

Finalement, un portrait global de l'estime de soi des sujets du sous-échantillon est dressé à partir du troisième temps de mesure. Le tableau 3.20 indique que cinq adolescentes (56%) possèdent une excellente estime de soi sur une à trois échelles et que trois autres (33%) sur sept à neuf échelles. De plus, il ressort que six sujets (67%) ont une bonne estime d'eux sur une à trois échelles et dans un cas (11%) sur toute les échelles. Par contre, quelques adolescentes ont une faible estime de soi: trois (33%) sur une à trois échelles et une (11%) sur quatre à six échelles.

Tableau 5.20

Le niveau d'estime de soi par sujet lors du troisième temps de mesure du SPPA (n=9)

<i>Échelles</i>	<i>Excellente estime de soi</i>		<i>Bonne estime de soi</i>		<i>Faible estime de soi</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>56</i>	<i>5</i>
<i>1-3</i>	<i>56</i>	<i>5</i>	<i>67</i>	<i>6</i>	<i>33</i>	<i>3</i>
<i>4-6</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>22</i>	<i>2</i>	<i>11</i>	<i>1</i>
<i>7-9</i>	<i>33</i>	<i>3</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>9</i>	<i>100</i>	<i>9</i>	<i>100</i>	<i>9</i>

Certains résultats se démarquent (voir tableau 5.21). Il appert que sept sujets (78%) démontrent une excellente estime de soi sur l'échelle de l'amitié, six (68%) sur celle de la compétence au travail et cinq (56%) sur les échelles de l'acceptation sociale, des comportements et/ou de la valorisation globale. De plus, six adolescentes (67%) ont une bonne estime personnelle sur l'échelle des compétences académiques et quatre (44%) au niveau de l'attrait sentimental et de la valorisation globale. Enfin, le tableau 5.21 révèle une faible estime de soi pour quatre (44%) sujets à l'échelle des compétences athlétiques et trois au niveau de celle de l'apparence physique.

Tableau 5.21

Le niveau d'estime de soi par échelle lors du troisième temps de mesure du SPPA (n=9)

<i>Échelles</i>	<i>Excellente estime de soi</i>		<i>Bonne estime de soi</i>		<i>Faible estime de soi</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Compétence académique</i>	<i>22</i>	<i>2</i>	<i>67</i>	<i>6</i>	<i>11</i>	<i>1</i>
<i>Acceptation sociale</i>	<i>56</i>	<i>5</i>	<i>22</i>	<i>2</i>	<i>22</i>	<i>2</i>
<i>Compétence athlétiques</i>	<i>22</i>	<i>2</i>	<i>33</i>	<i>3</i>	<i>44</i>	<i>4</i>
<i>Apparence physique</i>	<i>44</i>	<i>4</i>	<i>22</i>	<i>2</i>	<i>33</i>	<i>3</i>
<i>Compétence au travail</i>	<i>67</i>	<i>6</i>	<i>33</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Attrait sentimental</i>	<i>44</i>	<i>4</i>	<i>44</i>	<i>4</i>	<i>11</i>	<i>1</i>
<i>Comportements</i>	<i>56</i>	<i>5</i>	<i>33</i>	<i>3</i>	<i>11</i>	<i>1</i>
<i>Amitié</i>	<i>78</i>	<i>7</i>	<i>22</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Valorisation globale de soi</i>	<i>56</i>	<i>5</i>	<i>44</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Finalement, il ressort que plusieurs adolescentes se situent davantage au niveau de la catégorie de l'excellente et de la bonne estime de soi six mois après leur entrée dans le service. Il est à noter que, tout comme le YSR et le TSCC, la variation de l'estime peut être légère ou importante. Mais, aucune dynamique spécifique se démarque dans l'analyse des résultats.

5.3.4 PARENTAL BONDING INSTRUMENT

Un portrait global du lien d'attachement existant entre l'adolescente et ses parents ou les personnes ayant été les plus responsables d'elle au cours de sa vie est érigé. Pour cet instrument, vingt sujets ont répondu au premier temps de mesure.

Premier temps de mesure

Au niveau du lien paternel, il ressort que huit adolescentes (40%) considèrent avoir un excellent lien d'attachement (voir tableau 5.22). Concernant la mère ou l'adulte féminin le plus significatif, il s'avère que neuf sujets (45%) considèrent avoir un excellent lien. De plus, dix sujets (50%) ont exprimé avoir un bon lien d'attachement avec leur père et huit (40%) avec la mère. Or, il appert que pour deux adolescentes (10%), il semble exister une carence affective au niveau de la relation paternelle et trois sujets (15%) au niveau de la relation maternelle.

Tableau 5.22

La qualité du lien d'attachement au premier temps de mesure du PBI (n=20)

<i>Qualité du lien d'attachement</i>	<i>Père</i>		<i>Mère</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Excellent lien d'attachement</i>	40	8	45	9
<i>Bon lien d'attachement</i>	50	10	40	8
<i>Carence affective</i>	10	2	15	3
<i>Total</i>	100	20	100	20

Les données révèlent aussi que pour sept sujets (35%), le lien d'attachement est qualifié comme excellent au niveau de la relation avec les deux parents et pour cinq autres (25%), il est considéré comme bon. Cependant, pour cinq sujets (25%), il semble y avoir une carence affective au niveau de la relation avec l'un des deux parents.

La cohérence existant entre la cote de l'instrument et la qualification que l'adolescente a donné à la relation est aussi évaluée. Dans treize cas (65%), la cote est très cohérente avec la réponse donnée par les adolescentes sur la qualification de la relation avec les deux parents : par exemple, la cote de l'instrument démontre une carence affective et l'adolescente qualifie la relation de très mauvaise. Cependant, pour quatre sujets (20%), il y a incohérence au niveau d'un des deux parents : elles considèrent la relation comme excellente alors que la cote est sur la limite de la carence. Et pour trois autres sujets (15%), il y a incohérence au niveau des deux parents.

Deuxième temps de mesure

Le deuxième temps de mesure permet de constater les changements survenus au niveau du lien d'attachement comparativement au deuxième temps de mesure. Pour trois sujets (27%) du sous-échantillon, aucun changement n'est survenu au niveau du père et pour un sujet (9%) au niveau de la mère (voir tableau 5.23). Toutefois, il appert que pour trois adolescentes (27%), il y a eu une amélioration au niveau du lien d'attachement avec le père et dans trois cas (27%) avec la mère.

Cependant, dans certains cas, le lien d'attachement s'est détérioré à travers le temps : dans cinq cas (46%) concernant le père et dans sept cas (64%) au niveau de la mère. Néanmoins, pour quasi le tiers des sujets (3), en ce qui a trait à la mère, le lien est demeuré tout de même excellent. La même situation se retrouve avec le père, cette fois pour quatre sujets (40%).

Au niveau du lien d'attachement pour les deux parents, quasi la moitié des sujets sont demeurés dans les mêmes courbes. Cependant, pour trois sujets (27%) du sous-échantillon, le lien d'attachement est passé de bon à carencé soit pour la mère ou le père. Et dans trois autres cas (27%), le lien est passé de bon à excellent.

Tableau 5.23

L'évolution du lien d'attachement au deuxième temps de mesure du PBI par rapport au premier temps de mesure (n=11)

<i>Le lien d'attachement</i>	<i>Père</i>		<i>Mère</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Sans changement</i>	27	3	9	1
<i>Amélioration du lien d'attachement</i>	27	3	27	3
<i>Détérioration du lien d'attachement</i>	46	5	64	7
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>11</i>	<i>100</i>	<i>11</i>

En ce qui a trait à la qualification de la relation par l'adolescente, dans sept cas (64%), il y a cohérence. Mais, pour deux sujets (18%), il n'existe aucune cohérence. Finalement, il ressort de ce deuxième temps d'analyse que la qualité du lien d'attachement s'est davantage détériorée qu'améliorée à travers le temps.

Troisième temps de mesure

Concernant l'analyse du troisième temps de mesure en comparaison avec le deuxième, il se dégage qu'aucun changement n'est survenu au niveau du lien d'attachement pour deux sujets (22%) concernant le père et pour trois adolescentes (33%) en ce qui a trait à la mère (voir tableau 5.24). Cependant, certains sujets ont vécu une amélioration du lien affectif : cinq (56%) en ce qui a trait au père et quatre (44%) pour la mère. Toutefois, d'autres adolescentes ont vu le lien d'attachement se détériorer; deux (22%) pour le père ainsi que la mère.

Tableau 5.24

L'évolution du lien d'attachement au troisième temps de mesure du PBI par rapport au deuxième temps de mesure (n=9)

<i>Le lien d'attachement</i>	<i>Père</i>		<i>Mère</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Sans changement</i>	22	2	33,3	3
<i>Amélioration du lien d'attachement</i>	56	5	44,4	4
<i>Détérioration du lien d'attachement</i>	22	2	22,2	2
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>9</i>	<i>99,9</i>	<i>9</i>

Au troisième temps de mesure, il ressort que quatre adolescentes (44%) ont un excellent lien d'attachement tant au niveau du père que de la mère (voir tableau 5.25). Dans trois autres cas (33%), il existe un bon lien d'attachement avec le père et pour quatre des sujets (44%), avec la mère. Par contre, les données indiquent une carence affective pour certains sujets : dans deux situations (22%), la carence est au niveau paternel et dans une autre (11%), avec la mère. Au niveau de la cohérence entre les scores relatifs à l'échelle et la satisfaction de la relation, les neuf sujets démontrent une cohérence.

Tableau 5.25

La qualité du lien d'attachement au troisième temps de mesure du PBI (n=9)

<i>Qualité du lien d'attachement</i>	<i>Père</i>		<i>Mère</i>	
	<i>%</i>	<i>(n)</i>	<i>%</i>	<i>(n)</i>
<i>Excellent lien d'attachement</i>	44,4	4	44,4	4
<i>Bon lien d'attachement</i>	33,3	3	44,4	4
<i>Carence affective</i>	22,2	2	11,1	1
<i>Total</i>	99,9	9	99,9	9

Enfin, au troisième temps de mesure, il ressort que les adolescentes ont enregistré davantage une amélioration du lien d'attachement tant au niveau de la figure maternelle que paternelle qu'une détérioration.

5.4 CONCLUSION

Ce chapitre porte sur l'ensemble des résultats obtenus à l'aide des grilles cliniques, l'entrevue avec l'intervenante du service ainsi que des quatre questionnaires. L'analyse des résultats démontre que la clientèle rejointe est majoritairement des adolescentes victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales et intrafamiliales. Les résultats font ressortir le caractère hétérogène des situations d'agressions tant au niveau de l'identité des agresseurs, de la durée et de la fréquence des agressions, de la nature des actes sexuels subis ainsi que du dévoilement.

La deuxième partie de ce chapitre porte sur le modèle d'intervention adopté par l'intervenante qui dispense le service qui fait l'objet de cette étude. L'information recueillie révèle que le modèle d'intervention concorde bien avec celui décrit dans le second chapitre de ce travail. Les objectifs d'intervention, les thèmes abordés et les moyens utilisés par l'intervenante sont présentés ainsi qu'un bref portrait de l'intervention individuelle et de groupe reçue par la clientèle.

Enfin, l'analyse des données obtenues par le YSR et le TSCC démontrent que dans l'ensemble six mois après l'entrée dans le service à l'étude, les comportements, les sentiments et/ou les pensées problématiques pouvant être considérés comme des séquelles selon la littérature, semblent avoir diminué pour la majorité des sujets. Cependant, le devis de recherche ne permet pas de confirmer que ce sont sans doute possible des séquelles de la victimisation sexuelle.

Les différents résultats recueillis par le SPPA ne permettent pas d'identifier une variation générale de l'estime de soi des sujets six mois après leur entrée dans le service. Néanmoins, il ressort que la majorité des sujets semblent avoir une bonne ou une excellente estime de soi. Finalement, les résultats du PBI relèvent un profil hétérogène des situations. Toutefois, le dernier temps de mesure révèle une amélioration du lien d'attachement tant au niveau de la figure maternelle. Néanmoins, aucune analyse statistique ne peut toutefois corroborer les observations faites à partir des différents questionnaires.

CHAPITRE VI : DISCUSSION

Dans ce chapitre, les résultats présentés précédemment sont discutés à partir des connaissances actuelles sur les agressions sexuelles. Plusieurs points sont traités, notamment les caractéristiques de la clientèle rejointe et des agressions, le processus de référence et les indicateurs de gravité. Par la suite, les dynamiques traumatisantes sont mises en lien avec le vécu d'agression des sujets de l'étude. L'évolution de la clientèle quant aux séquelles engendrées par les agressions sexuelles, l'estime de soi et le lien d'attachement avec les parents sont commentés. Finalement, les limites de cette étude et l'impact du processus d'intervention sont présentés ainsi que des recommandations pour les recherches futures sur le sujet. Il est à noter que le féminin sera utilisé tout au long de ce chapitre puisque dix-huit des vingt-et-un sujets sont de sexe féminin.

6.1 PORTRAIT DE LA SITUATION

6.1.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE REJOINTE ET PROCESSUS DE RÉFÉRENCE

Un premier constat montre que la clientèle rejointe est majoritairement de sexe féminin (18 vs 3). Cette donnée concorde avec les écrits sur le sujet (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dominelli, 1989; Finkelhor, 1990, 1994a, 1994b; Finney, 1990; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Martens et *al.*, 1988; Russell, 1984; Wright et *al.*, 1997). Dans notre échantillon, le nombre de filles agressées sexuellement est six fois plus élevé que le nombre de garçons. Ce résultat correspond avec la variabilité des écarts vue dans la littérature qui relève des taux variables de filles agressées sexuellement de trois fois (Finkelhor, 1994b) à douze fois plus élevé que les taux relatifs aux garçons (Silverman et *al.*, 1996).

L'étude révèle que 71% des sujets évoluent au sein de familles recomposée ou monoparentale. La structure familiale est un des facteurs de risque mis en évidence dans la recension des écrits (Finkelhor et *al.*, 1990; Finkelhor 1994).

Les résultats démontrent que plusieurs des adolescentes ayant fait partie de l'étude ont été victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales, malgré le fait que le service est mis en œuvre spécifiquement pour les cas d'agressions sexuelles extrafamiliales. On constate que le CLSC fait preuve de *flexibilité* en ce qui a trait aux critères d'admission de la clientèle. Cette flexibilité s'expliquerait d'une part par l'absence de service pour les jeunes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale dont le développement est considéré comme non compromis par la DPJ et d'autre part par l'importance d'offrir des services correspondant aux besoins de la communauté. Ce dernier fait révèle un souci du CLSC de bien remplir sa mission telle que citée dans le chapitre III de cette étude (*voir* p.54).

Les références au service proviennent de quatre institutions principales notamment les deux CLSC qui font l'objet de cette étude, le service de police ainsi que les Centres jeunesse de la Montérégie, en proportion quasi égale. Les professionnels ayant effectué les références sont cependant variés : travailleur social, professeur, policier, intervenant communautaire, parent. Ainsi, il semble que le comité aviseur ait bien assumé son rôle de liaison entre les diverses instances concernées.

Les données indiquent que la nature de la demande de service est généralement faite suite aux séquelles vécues pour des agressions sexuelles commises antérieurement. Ainsi, nous constatons qu'un certain laps de temps peut s'écouler entre l'agression même et la demande de service. Cependant, il est à noter que la majorité des sujets ont consulté antérieurement pour des problèmes de tout ordre sauf pour séquelles d'agressions sexuelles telles que des difficultés scolaires, troubles de comportements, grossesses précoces. Cet état de fait laisse supposer la présence possible de sentiment de honte et de secret fréquemment associés aux agressions sexuelles. Les dévoilements survenus suite à une longue période consécutive à l'arrêt des agressions peuvent générer de tels états (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dominelli, 1989; Finkelhor, 1990; Finney, 1990; Martens *et al.*, 1988; Russell, 1984).

6.1.2 CARACTÉRISTIQUES DES AGRESSIONS ET INDICATEURS DE GRAVITÉ

Les agresseurs identifiés dans cette étude sont tous de sexe masculin ce qui confirme les observations rapportées dans la littérature (Bass et Davis, 1988; Blume, 1990; Butler, 1985; Dominelli, 1989; Finkelhor, 1990, 1994a, 1994b; Finney, 1990; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Martens et *al.*, 1988; Russell, 1984; Wright et *al.*, 1997).

Les stratégies de manipulation des agresseurs rapportées par les participantes sont également comparables à celles relevées dans la littérature, notamment celles pouvant être à l'origine de la dynamique traumatisante de stigmatisation. On mentionne entre autres le blâme, le dénigrement, l'imposition du silence pouvant susciter des sentiments de honte et de culpabilité. Elles peuvent aussi survenir de l'entourage qui accuse la victime de provocation (Finkelhor et Browne, 1985).

Outre le lien de confiance, le degré de coercition est un autre indicateur de gravité des agressions. Dans une recherche, Russell (1986) démontre que plus la force physique est utilisée lors des agressions, plus le degré de traumatisme est élevé chez les victimes, engendrant chez celles-ci des symptômes plus nombreux et plus intenses. D'ailleurs, Finkelhor (1979) précise que la coercition, qu'elle prenne forme par la menace ou par l'utilisation de la force, est un prédicteur de la gravité des impacts sur la victime.

Les résultats de l'analyse des caractéristiques de l'abus démontre la difficulté à dresser un portrait commun entre les sujets. Les situations d'abus sont hétérogènes en ce qui a trait à l'identité de l'agresseur, la nature des gestes posés, le nombre et la durée des agressions subies. Ces quatre facteurs ont un impact sur le degré de gravité de l'agression sexuelle subie.

Les informations recueillies révèlent que dans 90% des cas, un lien de confiance était présent entre les sujets de cette étude et les agresseurs. Il ressort que les agresseurs sont principalement des personnes connues de l'adolescente: le père ou la famille élargie, le conjoint de la mère ou un ami. Peu de victimes ont été agressées par un étranger. Ces observations nous ramènent aux études qui spécifient qu'un lien étroit entre l'agresseur et la victime peut avoir un impact plus important et générer plus de conséquences chez celles-ci (Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Burgess et *al.*, 1978; Finkelhor, 1978; Schultz, 1975 dans Ruch et Chandler, 1982). Nous pouvons

également faire un lien avec le sentiment intense de trahison que plusieurs victimes vivent suite aux agressions (Finkelhor et Browne, 1985).

La nature des actes subis est également un indicateur de gravité relevé dans la littérature. Cette présente étude rapporte que plus de la moitié des adolescentes ont subi une pénétration anale ou vaginale et le tiers ont eu des contacts oraux-génitaux. Les études sur le sujet soulignent que ces actes peuvent produire davantage de symptômes chez les victimes (Bagley et Ramsey, 1986; Beitchman et *al.*, 1992; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Russell, 1986)

En outre, les données révèlent que plus de la moitié des clientes ont subi des agressions pendant une période variant de deux à dix ans avec une fréquence élevée de contact, soit dix fois et plus. Comme le soulignent plusieurs chercheurs (Beitchman et *al.*, 1992; Oates et *al.*, 1994), la durée de l'agression et la fréquence sont importantes, l'impact différant selon la période de temps où se déroulent les agressions.

Nous pouvons supposer que les adolescentes qui présentent un niveau élevé de symptomatologie pourraient avoir subi des agressions plus graves: un agresseur membre de son réseau, une haute fréquence des contacts sexuels, l'utilisation de la force et des actes sexuels incluant des pénétrations orale, vaginale ou anale (Kendall-Tackett et *al.*, 1993).

L'étude des dossiers et des informations recueillies nous ont permis d'identifier deux sujets démontrant un niveau de symptomatologie très élevé. Ces derniers se retrouvent au-dessus du seuil clinique sur plusieurs échelles du YSR et du TSCC. Ces deux sujets ont été agressés par leur père pendant plus de dix ans dès l'âge de deux ans. Ils ont subi des pénétrations et des contacts oraux-génitaux et une fréquence élevée de contact au cours des dix années. Les adolescentes qui présentent le niveau le plus élevé de symptomatologie de notre échantillon ont subi des agressions graves. Ainsi, les différentes théories sur les indicateurs de gravité sont validées dans les deux cas où la victimisation a été la plus sévère.

6.2 LES DYNAMIQUES TRAUMATISANTES

Les informations recueillies à propos des sentiments et des réactions vécues suite aux agressions sexuelles subies correspondent aux quatre dynamiques traumatisantes développées par Finkelhor et Browne (1985).

L'analyse des données relatives aux sentiments exprimés par les sujets et leurs diverses réactions démontre un point commun avec la sexualité traumatisante : peur de la sexualité, dégoût, confusion à propos de l'identification sexuelle, des normes et de la fonction sexuelle, aversion et difficultés à vivre de l'intimité sexuelle (Finkelhor et Browne, 1985).

Les résultats indiquent que les sujets vivent également des sentiments qui relèvent d'une dynamique de stigmatisation (Finkelhor et Browne, 1985) : honte et culpabilité. Les réactions des adolescentes sont comparables à celles relevées dans la littérature notamment l'isolement, la détérioration de la capacité à faire confiance à un adulte, les comportements asociaux et de délinquance, l'abus de substances, la faible estime de soi et les comportements d'automutilation et/ou suicidaires (Finkelhor et Browne, 1985).

Certaines données laissent aussi entrevoir la présence de dynamiques de trahison. Plusieurs adolescentes de l'étude rapportent un sentiment intense de trahison par une personne de confiance et au même moment celui de perte découlant de la rupture avec l'agresseur. Comme il est souligné dans la littérature, ce sentiment engendre l'émergence d'autres réactions telles que la tristesse, la méfiance, la colère, la vulnérabilité à la revictimisation et les comportements agressifs (Finkelhor et Browne, 1985).

L'impuissance est aussi un sentiment rapporté par les sujets de cette étude. Ces derniers rapportent des séquelles concordant avec celles décrites dans la dynamique d'impuissance (Finkelhor et Browne, 1985) : anxiété, peur, perception de soi comme une victime, cauchemars, phobies, plaintes somatiques, problèmes scolaires et vulnérabilité à la revictimisation.

Ainsi, on observe une concordance intéressante entre les dynamiques traumatisantes observées dans la littérature et les sentiments et réactions rapportées par les clientes du service qui fait l'objet de cette étude.

6.3 MODÈLE D'INTERVENTION

Les informations recueillies à propos du modèle d'intervention implanté dans le service démontre plusieurs points communs avec *la thérapie spécifique à l'abus sexuel* présentée dans le chapitre II de ce travail (*voir p.41*).

Le cadre d'intervention défini par l'intervenante comprend les quatre aspects principaux retrouvées dans les thérapies spécifiques à l'abus sexuel. Le processus thérapeutique est centré sur l'expression des sentiments de la victime (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987); la clarification des croyances erronées (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987; Lindon et Nourse, 1994); l'enseignement et l'acquisition de compétences concernant la prévention de futures agressions (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987; Berliner et Stevens, 1982); la diminution du sentiment de stigmatisation et d'isolement par le réconfort et l'intervention de groupe (Finkelhor et Berliner, 1995).

Cette forme d'intervention aurait permis de briser l'isolement, de partager et d'exprimer les sentiments face à la victimisation sexuelle particulièrement en ce qui a trait à la stigmatisation, la honte et la culpabilité. (Giaretto, 1981; Berliner and Stevens, 1982; Goodwin and Telwar, 1989 dans Dwivedi et *al.*, 1992; Sgroi, 1982 dans Gagliano, 1987).

Les principaux thèmes abordés sont les mêmes que ceux relevés dans la littérature notamment l'histoire de victimisation, les sentiments et les émotions, la sexualité, la prévention de la revictimisation, les compétences ainsi que l'estime de soi. Pour atteindre les objectifs thérapeutiques et traiter des thèmes précédents, l'intervenante est également cohérente avec le processus d'intervention des *thérapies spécifiques à l'abus sexuel* en utilisant l'expression verbale, écrite et artistique, la discussion et la réflexion, le dessin, le jeu de rôle, le film ainsi que l'activité physique. L'intervention s'effectue en groupe et en individuel.

Nous pouvons confirmer que l'approche de l'intervenante est compatible avec les postulats *de la thérapie spécifique à l'abus sexuel* (Finkelhor et Berliner, 1995; Friedrich, 1994; Kolko, 1987).

6.4 PORTRAIT ET ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE

6.4.1 LES SÉQUELLES

Il est important de préciser que l'utilisation des questionnaires a pour objectif de dresser un portrait global de la clientèle rejointe ainsi que de l'évolution d'une partie des sujets.

Ainsi, l'analyse des résultats du YSR et du TSCC avant le début de l'intervention, révèle que le deux tiers des sujets se situent dans la marge clinique et/ou borderline de certaines échelles. Dans les faits, le tiers des sujets atteignent le seuil clinique sur trois à quatre échelles. Ainsi, nous pouvons présumer que certaines adolescentes présentent des difficultés qui laissent entrevoir la présence de séquelles engendrées par les agressions sexuelles.

À leur entrée dans le service, le tiers des sujets se situent dans une marge clinique ou borderline au plan de l'échelle d'anxiété/dépression du YSR. Cependant, les résultats du TSCC révèlent un niveau de la symptomatologie moins élevé aux échelles de dépression (15%) et d'anxiété (25%). Cette variation entre les deux questionnaires peut s'expliquer par certains facteurs notamment la concentration du sujet lors de l'administration, l'ordre de passation des instruments de mesure, la compréhension des questions ou un questionnaire plus sensible en ce qui a trait à la mesure de l'anxiété et de la dépression.

Toutefois, les résultats du TSCC concernant les indices de dépression concordent avec ceux rapportés dans plusieurs études sur les agressions sexuelles (Mennen et Meadow, 1994; Russell, 1986). Cependant, une étude menée par Wright et *al.* (1997) utilisant le CBCL (questionnaire sensiblement identique au YSR mais adapté pour les sujets de 12 ans et moins), révèle des taux plus élevés de dépression. Le YRS pourrait être un instrument plus sensible que le TSCC pour révéler la présence de la dépression.

Les résultats relatifs à l'échelle d'anxiété du TSCC correspondent à ceux rapportés dans plusieurs études (Herman et Schatzow, 1987 dans Beitchman et *al.*, 1992) dont une récente ayant utilisé le même instrument de mesure sur une population québécoise (Wright et *al.*, 1997)

L'analyse des informations recueillies montre qu'environ le quart des adolescentes se situent dans la marge clinique et/ou borderline sur les échelles suivantes : problèmes de comportements délinquants et agressifs, problèmes d'attention et pensées problématiques. Plusieurs recherches notent la présence de problèmes de comportements chez les jeunes victimes d'abus sexuels (Bagley et Ramsay, 1986; Goodwin, 1982; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Brière et Runtz, 1988, 1990; Malinosky-Rummel et Hansen, 1993 dans Silverman et *al.*, 1996; Wright et *al.*, 1994).

On observe également que le tiers des sujets atteignent le seuil clinique au niveau de l'échelle de la colère (35%) du TSCC et la moitié sur celle du stress-post-traumatique (50%). En ce qui a trait à la colère, les proportions sont plus élevées que ce qui est identifié dans la littérature. Par contre, nous constatons que le taux obtenu au niveau du stress post-traumatique est exactement le même que celui relevé par Koverola et Foy ainsi que McLeer et ses collègues (1993;1988 dans Astin et *al.*, 1994).

Six mois après l'intégration dans le processus thérapeutique, il demeure que plus de la moitié de l'échantillon se situe dans le seuil non clinique sur toutes les échelles du YSR. Au plan du TSCC, les données sont hétérogènes et il est difficile de dresser un portrait général. Il demeure que des sujets rapportent toujours des symptômes qui se situent sous le seuil clinique sur certaines échelles. Les symptômes les plus persistants semblent être ceux reliés aux comportements délinquants et agressifs et les pensées problématiques : ce sont les seules échelles sur lesquelles les sujets se retrouvent sous un seuil clinique ou borderline. La possible contribution de l'intervention sera discutée ultérieurement dans ce chapitre.

La variation dans le temps

Les sentiments, pensées et comportements problématiques des adolescentes, pouvant être considérés comme des séquelles des agressions sexuelles, changent du premier au deuxième

temps de mesure ainsi que du deuxième au troisième temps de mesure du TSCC et du YSR; des augmentations et des diminutions des scores sur les échelles sont observées. Cependant, il est à noter que la diminution et l'augmentation des scores n'indiquent pas nécessairement que les sujets passent du seuil clinique à normal ou du seuil normal à clinique. Les résultats sont trop hétérogènes pour tirer quelques conclusions que ce soit.

Diminution

De façon générale, la majorité des scores sur plusieurs échelles du TSCC et du YSR diminuent ce qui pourrait indiquer une réduction du niveau de problème vécu par les adolescentes. Cette situation peut s'expliquer à partir de certains facteurs.

Dans un premier temps, nous pouvons expliquer cette réduction par une intervention plus intensive. Comme nous avons pu constater, les adolescentes n'ont pas toutes participé au même nombre de rencontres en intervention individuelle. De plus, certaines d'entre elles ont participé à deux processus thérapeutiques, celui du groupe et en individuel. Néanmoins, nous ne pouvons valider ce point de vue par les résultats.

Dans un deuxième temps, la réduction du niveau de problème peut s'expliquer par la présence de certaines caractéristiques personnelles telles que des stratégies de coping adéquates (demande de soutien, accentuation du positif, le détachement) (Johnson et Kenkel, 1991), ainsi qu'un niveau de motivation et d'engagement élevé dans le processus thérapeutique (Berman, 1990). Ces caractéristiques personnelles peuvent être des facteurs qui ont réduit dans le temps le niveau de problème vécu par les sujets de cette étude (Berliner et Stevens, 1982; Berman, 1990; Feiring et *al.*, 1998; Johnson et Kenkel, 1991; Luster et Small, 1997).

Cette diminution peut être également associée à un fonctionnement familial équilibré intégrant une façon saine de régler les conflits et un bon niveau de cohésion (Johnson et Kenkel, 1991; Rutter, 1987; Werner, 1993 dans Luster et Small, 1997; Conte et Schuerman, 1987; Friedrich, 1988; Waterman et Kelly, 1993; Wyatt et Mickey, 1988 dans Oates et *al.*, 1994). Cette situation

réduit le stress de la victime et est prédictif d'une diminution des conséquences (Rutter, 1987; Werner, 1993 dans Luster et Small, 1997).

Le soutien adéquat provenant du milieu familial est un facteur pouvant également expliquer la diminution des éléments problématiques reliés aux agressions sexuelles (Everson et al., 1991; Goodman et al., in press dans Feiring et al., 1998; Conte et Berliner, 1988 dans Lanktree, 1994; Ruch et Chandler, 1982). En outre, nous pouvons aussi supposer que cette réduction peut être associée au passage du temps. Des études longitudinales sur le processus de rétablissement des victimes d'agressions sexuelles ont démontré que celles-ci s'améliorent à travers le temps, qu'elles reçoivent ou non une intervention (Gomes-Schwartz et al., 1990 ; Runyan et al., 1988 dans Finkelhor et Berliner, 1995).

Augmentation

Par contre, un petit nombre de sujets semblent présenter une difficulté croissante. Ces augmentations peuvent s'expliquer à partir de plusieurs facteurs. Des stratégies de coping inadéquates notamment l'isolement et le détachement (Johnson et Kenkel, 1991), des relations familiales pauvres ou conflictuelles, une supervision parentale inadéquate (négligence ou maladie) (Finkelhor, 1994; Finkelhor et Baron, 1986 dans Finkelhor et Daro, 1993) peuvent être des facteurs qui contribuent à amplifier le stress de la victime et ainsi augmenter la probabilité d'observer des séquelles chez celle-ci. Certaines études longitudinales (Browne et Finkelhor, 1986 dans O'Donohue et Elliott, 1992; Brière, 1992 dans Finkelhor et Berliner, 1995; Kendall-Tackett et al., 1993; Mannarino et al., 1991) démontrent également que le passage du temps révèle aussi l'installation progressive des impacts sur la victime.

Le soutien reçu par les pairs, particulièrement chez l'adolescente, peut devenir un facteur qui contribue à l'augmentation des éléments problématiques chez les victimes. Les pairs peuvent avoir une double influence négative chez la victime. Des attitudes défavorables à l'intervention peuvent réduire la probabilité que la jeune se mobilise dans un processus thérapeutique (Feiring et al., 1998). La consommation d'alcool peut aussi contribuer à amplifier les conséquences négatives consécutives à l'abus (Feiring et al., 1998).

En outre, certaines adolescentes ont des scores qui demeurent stables et en deçà des niveaux cliniques. Le phénomène des sujets asymptomatiques est discuté ultérieurement.

Enfin, l'absence de changement chez des adolescentes qui présentent des symptômes cliniques peut être attribuable au fait qu'elles n'ont pas bénéficié d'une intervention suffisamment longue ou intensive. Sept sujets ont participé à seulement une à trois rencontres. Néanmoins, il ne nous est pas possible de valider cette hypothèse à partir des sujets de cette étude car les profils sont trop différents.

6.4.2 ABSENCE DE SYMPTÔMES

Le tiers des sujets ne présentent pas de symptômes cliniques sur aucune échelle. Cette proportion est comparable à plusieurs études menées auprès d'une population clinique (Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli et Sauzier, 1990 dans Kendall-Tackett et *al.*, 1993). Ces premiers résultats peuvent signifier une absence de séquelles donc une perturbation effectivement moins grande chez ces adolescentes (Finkelhor, 1990; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Wright et *al.*, 1994). Kendall-Tackett et ses collègues (1993) mentionnent que certaines victimes semblent posséder des ressources psychologiques et sociales appropriées qui leur permet de négocier avec le stress.

Il est aussi possible que ces jeunes aient subi une agression moins sévère soit de courte durée, sans utilisation de violence physique, avec une absence de lien avec l'agresseur et des actes sexuels limités (attouchements, baisers et absence de pénétration ou de contact oraux-génitaux) (Elliott et Brière, 1994; Finkelhor, 1990; Johnson et Kenkel, 1991; Leitenberg et *al.*, 1992 dans Finkelhor et Berliner, 1995). Ainsi, les adolescentes asymptomatiques peuvent aussi être celles ayant eu le type d'agression le moins dommageable. L'analyse des données nous permet de confirmer cette hypothèse pour trois sujets sur sept considérés comme asymptomatiques.

Toutefois, d'autres facteurs peuvent expliquer cette absence de symptômes. Des études rapportent que certaines victimes connaissent une détérioration de leur état seulement de 12 à 18 mois suite aux agressions (Finkelhor et Berliner, 1995; Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli et

Sauzier, 1990 dans Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Mannarino et *al.*, 1991). Cette présente étude cesse le suivi des sujets six mois après la demande de service. Ainsi, il est possible que les conséquences des agressions sexuelles émergent chez certains sujets seulement une fois le processus de recherche terminé.

6.4.3 L'ESTIME DE SOI

Le niveau d'estime de soi des adolescentes est variable. Un certain nombre d'entre elles ont une faible estime de soi telle que mesuré par plusieurs échelles. Cela pourrait être associé aux agressions sexuelles subies. Une étude menée par Bagley et Ramsay (1986) rapporte une estime de soi plus faible chez les victimes d'agressions sexuelles en comparaison avec les sujets non victimes. Russel (1986) confirme également cette hypothèse auprès de 502 victimes d'agressions sexuelles : 38% d'entre elles perçoivent que leur estime personnelle a diminué suite aux agressions et qu'elles ont vécu une augmentation des sentiments négatifs face à elles-mêmes.

En outre, plusieurs adolescentes rapportent avoir un faible niveau d'estime de soi au début de l'intervention, particulièrement sur les échelles des compétences académiques, athlétiques, apparence physique et les comportements. Ces observations sont comparables à celles d'une autre recherche menée auprès de victimes d'agressions sexuelles (Mennen et Meadow, 1994) exception faite de l'échelle reliée à l'apparence.

Néanmoins, un certain nombre de sujets rapportent une excellente estime de soi. Il est possible que ces jeunes aient, avant les agressions, une meilleure estime de soi que les autres adolescentes. D'autres facteurs peuvent avoir également une influence dont la réaction de l'environnement et l'attribution de la responsabilité de la victime.

La variation dans le temps

À travers le temps, on observe une augmentation du sentiment de compétence pour plusieurs des sujets. Cette augmentation est vécue pour la majorité des adolescentes particulièrement du

deuxième au troisième temps de mesure. Elle pourrait être attribuable à l'intervention reçue dans le service à l'étude. Cependant, d'autres facteurs pourraient expliquer cette augmentation notamment un environnement soutenant et une supervision parentale adéquate.

L'analyse des résultats démontre également que certains sujets rapportent une diminution de l'estime de soi. Comme le précisent plusieurs recherches, cette dernière pourrait être attribuable à plusieurs facteurs notamment les caractéristiques personnelles, une absence de soutien de la part de l'environnement et certains événements de vie tels qu'un divorce, une rupture avec un copain, le suicide d'une amie, une perte d'emploi, une expulsion du milieu scolaire, un avortement (Block et Robins, 1993; Lerner, 1999; Talman et Lerner, 1994).

Au dernier temps de mesure, l'analyse des résultats révèle que la majorité des sujets rapportent une excellente ou une bonne estime de soi sur plusieurs échelles. Ainsi, nous pourrions supposer que l'intervention reçue ait permis une augmentation de l'estime de soi chez les adolescentes. Néanmoins, le devis ne nous permet pas de confirmer sans nul doute cette hypothèse.

Cependant, l'ensemble des recherches indiquent que l'estime de soi est un concept davantage complexe à mesurer surtout au niveau des enfants agressés sexuellement. Mise à part les tentatives de suicide, la faible estime de soi constitue le symptôme qui différencie moins bien les victimes d'agressions sexuelles que les non victimes (Bagley et Ramsay, 1986; Brière et Runtz, 1988, 1990; Malinosky-Rummel et Hansen, 1993 dans Silverman, et *al.*, 1996; Wright et *al.*, 1994).

6.4.4 LE LIEN D'ATTACHEMENT

L'analyse des informations recueillies dans le PBI démontre que la majorité des adolescentes semblent posséder un excellent ou un bon lien d'attachement avec les deux parents ou l'adulte ayant été le plus significatif au cours des 16 dernières années de leur vie. Cependant, ces résultats mesurés par le PBI ne sont pas le reflet des données recueillies dans les grilles cliniques et les dossiers.

L'analyse des dossiers et des grilles cliniques révèle qu'environ le tiers des sujets vivaient des relations conflictuelles avec les parents et ce depuis plusieurs années. Plusieurs d'entre eux rapportent avoir subi à plusieurs reprises de la violence tant physique que psychologique. Ainsi, il existe une incohérence entre les résultats du PBI et les informations recueillies dans les grilles cliniques et les dossiers de l'intervenante.

Cette différence qui existe entre les deux sources de données pourrait s'expliquer par quatre principaux facteurs. Il est possible que l'instrument de mesure ne soit pas suffisamment sensible ou adapté aux adolescentes victimes d'agressions sexuelles en ce qui a trait à l'évaluation du lien d'attachement. Il se peut également que les sujets sous-estiment la qualité des relations qu'elles entretiennent avec les parents. Les résultats du PBI peuvent aussi être différents de la réalité vécue par les sujets rapportée dans les dossiers et les grilles cliniques dû au biais de désirabilité sociale. Enfin, il est également plausible que les adolescentes fassent preuve de déni psychologique face à la situation réelle vécue avec le parent.

La variation dans le temps

À travers les différents temps de mesure, on constate que le lien d'attachement avec les figures parentales varie énormément. Cependant, le questionnaire précise bien que l'évaluation du lien d'attachement doit se faire à partir des 16 dernières années. Ces résultats révèlent que les adolescentes ont davantage répondu à ce questionnaire à partir de l'instant présent. Ainsi, l'influence d'événements survenus dans les jours avant l'administration des questionnaires, notamment des conflits ou des réconciliations avec le parent, peuvent expliquer cette variation du lien d'attachement dans le temps. Ainsi, la fidélité test et retest des items de l'échelle est questionnable.

6.5 LES LIMITES

6.5.1 LE DEVIS

La première limite identifiée découle du devis adopté de type avant-après avec absence de groupe contrôle. L'absence d'un groupe de comparaison ne permet pas d'attribuer les changements observés chez les sujets à l'intervention pratiquée dans le service qui fait l'objet de cette étude. Ainsi, plusieurs autres facteurs peuvent être attribués à l'amélioration ou à la détérioration de l'état des sujets tels que les caractéristiques personnelles, le fonctionnement familial et le soutien disponible.

Cette caractéristique du devis ne nous permet pas, non plus, de contrôler l'effet de maturation des adolescentes dans le temps. Ainsi, les changements observés chez la clientèle pourraient être attribués simplement au passage du temps et ce, dans une période aussi mouvementée qu'est parfois l'adolescence.

Le devis ne comporte pas de follow-up sur l'évolution des clients au-delà de six mois. Il devient alors difficile de déceler les conséquences pouvant apparaître 12 à 18 mois après les agressions sexuelles subies tel que mentionné précédemment. Ainsi, les difficultés peuvent être non apparentes mais plutôt latentes. De plus, les informations recueillies révèlent que l'intervention avec la clientèle adolescente est sporadique et étendue dans le temps pendant deux années avec des périodes d'arrêt. Ainsi, l'absence de follow-up réduit également la possibilité d'attribuer la diminution des séquelles ou l'augmentation de l'estime de soi chez les sujets au processus d'intervention.

6.5.2 LA RÉALITÉ DU SERVICE À L'ÉTUDE

Cette étude comporte également des limites qui sont attribuables à la réalité du service d'intervention. Étant donné que la participation au service est volontaire, une première limite constitue le nombre restreint de sujet qui ne permet pas l'application de tests statistiques fiables et valides.

La notion volontaire implique également que les sujets ne sont pas impliqués dans le même nombre de rencontres. Le nombre de sujets diminue donc à travers le temps. En effet, certaines adolescentes ont participé à plus de dix rencontres et d'autres, d'une à trois rencontres. Ainsi, la variable indépendante qu'est l'intervention n'est plus uniforme ce qui rend d'autant plus complexe l'interprétation des résultats. Cette caractéristique du service à l'étude limite donc nos conclusions et ne nous permet pas d'identifier clairement l'influence de l'intervention sur l'évolution des sujets.

Le portrait hétérogène des situations d'agressions et les niveaux de gravité différents dans plusieurs cas, rendent difficilement mesurable l'influence de l'intervention. Certains sujets ont vécu d'autres types d'abus tels que de la violence physique et psychologique ainsi il devient difficile d'associer clairement les éléments problématiques spécifiques aux agressions sexuelles (Brière, 1993 dans Damant, 1993). Le nombre de sujets restreint ne nous a pas permis de composer des sous-échantillons de sujets présentant des profils plus homogènes pouvant nous amener par la suite, à mettre en évidence certains éléments communs.

6.6 IMPACT DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

À partir des limites de cette étude présentées précédemment, nous ne pouvons confirmer avec certitude que l'amélioration de certains sujets est attribuable à l'intervention. Comme le mentionne O'Donohue et Elliott (1992), il est difficile de confirmer au niveau méthodologique le caractère positif d'une d'intervention puisque différentes variables extérieures au processus d'intervention (les caractéristiques de l'environnement de la victime et ses caractéristiques personnelles) sont difficiles à contrôler.

Cependant, plusieurs recherches (Finkelhor et Berliner, 1995; Kendall-Tackett et *al.*, 1993) démontrent une plus grande amélioration parmi les adolescentes ayant reçu une *thérapie spécifique à l'abus sexuel* comparativement à celles n'ayant été impliquées dans aucun processus thérapeutique. Une étude menée par Gomes-Schwartz et ses collègues (1990 dans Finkelhor et Berliner, 1995) révèle que les clients (15%) ayant démontré un rétablissement total sont ceux qui ont reçu de l'intervention dans un programme spécifique aux agressions sexuelles (Finkelhor

et Berliner, 1995). Ainsi, en nous référant aux écrits sur le sujet, nous considérons que le processus d'intervention du service à l'étude peut avoir eu un impact positif sur l'état des clients. Néanmoins, des recherches plus étendues et approfondies devront être menées.

6.7 RECOMMANDATIONS

Cette étude nous permet d'élaborer certaines recommandations pour les recherches futures dans le domaine. Il serait important qu'un portrait de l'ensemble de l'environnement des sujets soit dressé de façon plus systématique afin d'être en mesure d'identifier de façon plus précise les facteurs intermédiaires, amplificateurs ou modérateurs, qui peuvent influencer l'évolution des victimes (O'Donohue et Elliott, 1991). Une fois identifiés, ces facteurs pourraient être davantage contrôlés dans le processus d'évaluation de l'intervention. Comme le précisent Péladeau et Mercier (1993), les effets d'une intervention se trouvent influencés par une série de facteurs extérieurs lesquels doivent être davantage considérés dans les devis de recherche.

De plus, il serait pertinent d'intégrer d'autres sources de données telles que des parents, des enseignants et des amis afin d'obtenir des informations plus précises notamment en ce qui a trait à l'identification de ces facteurs extérieurs (Wright et *al.*, 1994).

Plus d'études longitudinales doivent être réalisées pour préciser l'évolution temporelle des diverses séquelles conséquentes aux agressions sexuelles (Finkelhor, 1994b; Kendall-Tackett et *al.*, 1993; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992; Tharinger, 1990). Les conséquences sociales et cognitives devraient être davantage analysées pour adapter les modes d'intervention actuels. (Finkelhor, 1994b; Wright et *al.*, 1994)

Finalement, les études devraient aussi porter sur des échantillons de sujets possédant des profils plus homogènes en ce qui a trait à l'âge de l'enfant au moment de l'évaluation et au moment de l'événement traumatique, la fréquence et la durée de l'abus, l'utilisation de la force, le lien entre la victime et l'agresseur, le soutien du ou des parents non abuseurs, le laps de temps écoulé depuis le dernier incident. L'analyse de données homogènes permettraient de généraliser

davantage les résultats des recherches à d'autres victimes possédant un profil semblable. Ainsi, l'intervention pourrait être davantage plus différenciée et adaptée aux besoins des clients.

L'intervention devrait être dispensée par plus d'une intervenante afin d'être en mesure d'évaluer de façon plus rigoureuse le processus thérapeutique. Cette nouvelle composante permettrait d'évaluer le processus même (thèmes, moyens, techniques d'intervention) en faisant abstraction de la personnalité de l'intervenante. De plus, il serait pertinent que tous les sujets participants à ce type d'études soient impliqués dans un processus d'intervention plus homogène en ce qui a trait notamment au nombre de rencontres individuelles et de groupe.

Finalement, des stratégies de diffusion du service devrait aussi être étudiées afin d'augmenter le nombre d'adolescentes intégrées dans les processus d'intervention. D'une part, cela pourrait permettre de rejoindre un plus grand bassin de jeunes ayant un besoin, qui ne connaissent peut être pas le service. D'autre part, un plus grand nombre de sujets permettrait de procéder à des test statistiques plus poussés, donnant ainsi un portrait plus précis de la problématique.

CONCLUSION

La présente étude a pour but de décrire un service dispensé en C.L.S.C. auprès d'adolescents victimes d'agressions sexuelles. Suite à un constat qu'il n'existe pas de ressources spécifiques pour les adolescents victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales, un projet est élaboré par deux organismes concernés par la problématique soit, le C.L.S.C. et les Centres jeunesse. Des intervenants des deux milieux se sont réunis afin d'assurer la complémentarité des services. De plus, les services de police de la région concernée se sont également impliqués dans la mise en œuvre de ce projet.

Afin d'analyser le service à l'étude, deux objectifs sont définis : décrire les services psychosociaux reçus en CLSC et la clientèle rejointe ainsi que l'évolution d'une partie de cette clientèle à travers le temps. Le devis adopté est de type avant-après avec absence de groupe contrôle. Les informations sont recueillies à partir d'instruments de mesure validés notamment le YSR, le TSCC, le PBI et le SPPA. D'autres sources de données sont aussi utilisées telles que les grilles cliniques, les dossiers des clients et une entrevue faite auprès de l'intervenante dispensant le service à l'étude. .

Un portrait global de la problématique est également élaboré notamment en ce qui a trait aux diverses définitions des agressions sexuelles, l'ampleur de la problématique, les indicateurs reliés à la gravité ainsi qu'un cadre de compréhension de l'impact des conséquences que peuvent engendrer les agressions sexuelles chez les adolescentes. Le modèle d'intervention du service, *la thérapie spécifique à l'abus sexuel*, repose sur quatre principes de base : l'expression et la ventilation des émotions et des sentiments, la clarification des croyances erronées, la prévention de la revictimisation ainsi que la diminution du sentiment de stigmatisation par le groupe (Finkelhor et Berliner, 1995).

L'analyse des résultats révèle que la clientèle rejointe est composée non seulement d'adolescents victimes d'agressions sexuelles extrafamiliales mais aussi de jeunes ayant subi des agressions sexuelles intrafamiliales dont le développement n'a pas été évalué comme compromis par la DPJ. Cet état de fait démontre la *flexibilité* du CLSC et le souci de l'établissement de bien

remplir sa mission. Les informations recueillies démontrent également la présence des quatre dynamiques traumatisantes liées aux agressions sexuelles chez les sujets.

L'ensemble des résultats révèle que la majorité des sujets de l'étude semblent avoir enregistré une réduction des éléments problématiques pouvant être considérés comme des séquelles des agressions sexuelles subies. À la fin du processus de recherche, la majorité des sujets rapportent une excellente ou une bonne estime de soi sur plusieurs échelles. La diminution des séquelles et l'augmentation de l'estime de soi peuvent être attribuables au processus d'intervention mais également à d'autres facteurs tels que le soutien, le fonctionnement familial et les caractéristiques personnelles des adolescentes. Néanmoins, le devis adopté ne permet pas d'attribuer sans aucun doute, ces changements à l'intervention et aucune analyse statistique ne peut corroborer les observations faites à partir des différents questionnaires.

Les limites identifiées découlent du devis adopté de type avant-après avec absence de groupe contrôle qui ne permet pas d'attribuer les changements observés chez les sujets à l'intervention pratiquée dans le service et de contrôler l'effet de maturation des sujets dans le temps. La recherche ne comporte pas de follow-up de plus de six mois ce qui ne permet pas d'identifier les séquelles latentes. De plus, le nombre restreint de sujets ne permet pas d'élaborer des tests statistiques valides et fiables ainsi que de dresser des profils homogènes en ce qui a trait au degré de gravité des agressions subies. Enfin, le processus d'intervention est hétérogène en ce qui trait notamment au nombre de rencontres ce qui rend davantage complexe l'interprétation des résultats.

Finalement, plusieurs recommandations sont faites pour les recherches futures : des processus d'intervention et des profils de sujets plus homogènes en ce qui a trait au nombre de rencontres et au degré de gravité des agressions; l'implication d'autres sources de données afin d'identifier des facteurs extérieurs qui peuvent avoir un effet amplificateur ou modérateur chez les adolescentes. De plus, des études longitudinales doivent être réalisées pour préciser l'évolution temporelle des diverses séquelles consécutives aux agressions sexuelles pour ainsi adapter davantage les modes d'intervention actuels à la problématique (Finkelhor, 1994b; Kendall-Tackett et al., 1993; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1992; Tharinger, 1990).

BIBLIOGRAPHIE

ACHENBACH, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*, Burlington (Vermont), University of Vermont, Department of Psychiatry.

ASTIN, M. C.; LAYNE, C. M.; CAMILLERI, A. J.; FOY, D. W. (1994). « Posttraumatic Stress Disorder in Victimization-Related Traumata » : *New Directions for Mental Health Services*, vol. 64, 39-51.

BAGLEY, C.; RAMSAY, R. (1986). « Sexual Abuse in Childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work practice » : *Journal of Social Work and Human Sexuality*, vol. 4, 33-47.

BASS, E.; DAVIS, L. (1988). *The Courage to Heal. A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse*, New York, Harper & Row, Publishers.

BECKER, J. V.; SKINNER, L. J.; ABEL, G. G.; CICHON J. (1986). « Level of Postassault Sexual Functioning in Rape and Incest Victims » : *Archives of Sexual Behavior*, vol. 15 (1), 37-49.

BEITCHMAN, J. H.; ZUCKER, K. J.; HOOD, J. E.; DACOSTA, G. A.; AKMAN, D.; CASSAVIA E. (1992). « A Review of the Long-term Effects of Child Sexual Abuse » : *Child Abuse and Neglect*, vol. 16, 101-118.

BERLINER, L.; STEVENS, D. (1982). « Clinical Issues in Child Sexual Abuse » : *Journal of Social Work and Human Sexuality*, vol. 1 (1/2), 93-108.

BERMAN, P. (1990). « Group Therapy Techniques for Sexually Abuse Preteen Girls » : *Child Welfare*, vol. LXIX (3), 239-252.

BERNARD, P.M. (1987). *Mesures statistiques en épidémiologie*, Sillery, PVQ.

BLOCK, J.; ROBINS, R.W. (1993). « A Longitudinal Study of Consistency and Change in Self-Esteem from Early Adolescence to Early Adulthood » : *Child Development*, vol. 64, 909-923.

BLUME, E.S. (1990). *Secret Survivors. Uncovering Incest and its Aftereffects in Women*, New York, Ballantine Books.

BOUCHARD, C. et al. (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- BRIÈRE, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children. Professional Manual*, Odessa (USA), FL : Psychological Assessment Resources Inc.
- BRIÈRE, J.; ELLIOTT D. M. (1994). « Immediate and Long-term Impacts of Child Sexual Abuse » : *The Future of Children*, vol. 4, 54-69.
- BUTLER, S. (1985). *Conspiracy of Silence. The Trauma of Incest*, Volcano, Volcano Press Inc.
- CELANO, M. P. (1990) « Activities and Games for Group Psychotherapy with Sexually Abused Children » : *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 40 (4), 419-429.
- CHAMPAGNE, D.; LABRÈCHE, J.; MEILLEUR, J. (1991) « L'inceste et l'abus sexuel des enfants en Abitibi-Témiscamingue » : *Le Travailleur Social*, vol. 59 (2), 57-60.
- CHANDY, J. M.; BLUM, R. WM.; RESNICK, M. D. (1996). « Gender-Specific Outcomes for Sexually Abused Adolescents » : *Child Abuse and Neglect*, vol. 20 (12), 1219-1231.
- CLSC SAINT-HUBERT (1994). *La programmation 1992-1997 du CLSC Saint-Hubert*, Saint-Hubert (été 1993), Édition révisée et augmentée (annexes, avril 1994).
- CUFFE, S. P.; ADDY, C. L.; GARRISON, C. Z.; WALLER, J. L.; JACKSON, K. L.; MCKEOWN, R. E.; CHILAPPAGARI, S. (1998). « Prevalence of PTSD in a Community Sample of Older Adolescents » : *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 37 (2), 147-154.
- DAMANT, D. (1993). « La dynamique traumatisante des abus sexuels et leurs conséquences à long terme » : *Service social*, vol. 42 (2), 51-61.
- DAMANT, D. (1996). *Effets de deux programmes d'intervention pour des femmes adultes agressées sexuellement pendant l'enfance*, Québec, Université Laval, PHD.
- DES ROCHES, S. (1998). *Formation sur le partenariat à l'intention des intervenants impliqués en prévention de la violence. Rapport d'évaluation des impacts de cette formation sur les pratiques des intervenants*, Montréal (Québec).
- DEYOUNG, M. (1994). « Immediate Maternal Reactions to the Disclosure or Discovery of Incest » : *Journal of Family Violence*, vol. 9 (1), 21-33.

DOMINELLI, L. (1989). « Betrayal Trust: a feminist analysis of power relationships in incest abuse and its relevance for social work practice » : *British Journal of Social Work*, vol. 19 (4), 291-307.

DU RANQUET, M. (1991). *Les approches en service social*, 2^{ième} édition, Québec, Éd. Marquis.

DWIVEDI, N. K.; BRAYNE, E.; LOVETT, S. (1992). « Group Work with Sexually Abused Adolescent Girls » : *Group Analysis*, vol. 25, 477-489.

FARIA, G.; BELOHLAVEK, N. (1984). « Treating female adults survivors of childhood incest » : *Social Casework*, vol. 65 (8), 465-471.

FEIRING, C.; TASKA, L. S.; LEWIS, M. (1998). « Social Support and Children's and Adolescents's Adaptation to Sexual Abuse » : *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 13 (2), 240-260.

FELDMAN, R.S.; GIROUX, S.; CAUCHY, F. (1994). *Introduction à la psychologie : approches contemporaines*, Montréal (Québec), McGraw-Hill, Éditeurs.

FINKELHOR, D. (1979). *Sexually Victimized Children*, New York, Macmillan Free Press.

FINKELHOR, D. (1990). « Early and Long-Term Effects of Child Sexual Abuse: An Update » : *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 21 (5), 325-330.

FINKELHOR, D. (1994a). « The International Epidemiology of Child Sexual Abuse » : *Child Abuse and Neglect*, vol. 18 (5), 409-417.

FINKELHOR, D. (1994b). « Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse » : *The Future of Children*, vol. 4 (2), 31-53.

FINKELHOR, D. (1995). « The Victimization of Children: A Developmental Perspective » : *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 65 (2), 177-193.

FINKELHOR, D.; BARON, L. (1986). « High-risk children », Dans D. Finkelhor (Ed.) *A sourcebook on Child sexual abuse* (pp. 60-88). Newbury Park, CA : Sage Publications.

FINKELHOR, D.; BERLINER, L. (1995). « Research on the Treatment of Sexually Abused Children: A Review and Recommendations » : *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 34 (11), 1408-1423.

- FINKELHOR, D.; BROWNE, A. (1985). « The Traumatic Impact of Child Sexual Abuse : A Conceptualization »: *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55 (4), 530-541.
- FINKELHOR, D.; DARO, D. (1993). «The Prevention of Child Sexual Abuse » : Papier préparé pour inclure dans l'édition de "*The Battered Child*" (5th Edition) de Mary Edna Helfer, Ruth Kempe et Richard Krugman, pp. 25.
- FINKELHOR, D.; DZIUBA-LEATHERMAN, J. (1994). « Victimization of Children » : *American Psychologist*, vol. 49 (3), 173-183.
- FINKELHOR, D.; HOTALING, G.; LEWIS, I.A.; SMITH, C. (1990). « Sexual Abuse in a National Study of Adult Men and Women : Prevalence, Characteristics and Risk Factors »; *Child Abuse and Neglect*, vol. (14), 19-28
- FINKELHOR, D.; MOORE, D.; HAMBY, S. L.; STRAUS, M.A. (1997). « Sexually Abused Children in a National Survey of Parents: Methodological Issues » : *Child Abuse and Neglect*, vol. 21 (1), 1-9.
- FINNEY, L.D. (1990). *Reach the Rainbow. Advanced Healing for Survivors of Sexual Abuse*, Malibu, Changes Publishing.
- FRIEDRICH, W. N. (1994). « Individual Psychotherapy for Child Abuse Victims » : *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 3 (4), 791-812.
- GAGLIANO, C. K. (1987). « Group Treatment for Sexually Abused Girls » : *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, vol. 68 (2), 102-108.
- GLOD, C. A.; TEICHER, M. H. (1996). «Relationship between Early Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Activity Levels in Prepubertal Children » : *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 34 (10), 1384-1393.
- GOODWIN, J. (1982). *Sexual Abuse : Incest Victims and Their Families*, Boston, John Wright PSG.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (1991). *Loi sur la protection de la jeunesse, L.R.Q.*, Québec, Éditeur officiel du Québec, chapitre P-34.1, mise à jour septembre 1994.
- GRAZIANO, R. (1992). «Treating Women Incest Survivors: a bridge between "cumulative trauma" and "post-traumatic stress" » : *Social Work in Health Care*, vol. 17 (1), 69-85.

HAMEL, S. (1994) *Analyse de la contribution de l'instabilité familiale aux tendances suicidaires chez des adolescents et des jeunes adultes privés d'attention parentale*, Montréal (Québec), Université du Québec à Montréal, Département de psychologie. (Thèse de doctorat).

HARTER, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for adolescents*, Denver (Colorado), University of Denver.

HAVILAND, M. G.; SONNE, J. L.; WOODS, L. R. (1995). « Beyond Posttraumatic Stress Disorder: Object Relations and Reality Testing Disturbances in Physically and Sexually Abused Adolescents » : *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 34 (8), 1054-1059.

HÉBERT, A. (1997). *Effets d'un programme d'intervention pour décrocheurs scolaires sur la valorisation de soi et le sentiment de compétence*, Montréal (Québec), Université de Montréal, École de service social. (mémoire de maîtrise).

HIEBERT-MURPHY, D.; DE LUCA, R. V.; RUNTZ, M. (1992). « Group Treatment for Sexually Abused Girls: Evaluating Outcome » : *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 73, 205-213.

JACKSON, L. T.; FERGUSON, W. P. (1983). « Attribution of blame in incest » : *Social Work in Health Care*, vol. 17 (1), 69-85.

JACOB, J. (1997). *Programme d'intervention offert aux adolescents(es) victimes d'agression sexuelle par un tiers ainsi qu'à leurs familles*, Saint-Hubert (Québec), Centre Local de Services Communautaires de Saint-Hubert.

JOHNSON, B. K.; KENKEL, M. B. (1991). « Stress, Coping, and Adjustment in Female Adolescent Incest Victim » : *Child Abuse and Neglect*, vol. 15, 293-305.

KENDALL-TACKETT, K. A.; WILLIAMS, M. L.; FINKELHOR, D. (1993). « Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies » : *Psychological Bulletin*, vol. 113 (1), 164-180.

KOLKO, J. D. (1987). « Treatment of Child Sexual Abuse: Programs, Progress and Prospects » : *Journal of Family Violence*, vol. 2 (4), 303-318.

LANKTREE, C. B. (1994) « Treating Child Victims of Sexual Abuse » : dans Brière, John; et-al. (1994) *Assessing and treating victims of violence. New directions for mental health services*, No. 64. (pp. 55-66). San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass Inc, Publishers. 107 pp. vol. 2 (4), 303-318.

- LAVERGNE, C.; TOURIGNY, M. (1999). « Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants : études menées à l'échelle internationale » : *sous-presse, présenté à la Revue Criminologie*.
- LERNER, H.E.. (1999). *The Development of Personality; Self and Ego in Adolescence*, New York, Garland Publishing, Inc.
- LINDBERG, F.H.; DISTAD, L.J. (1985). « Post-traumatic stress disorders in women who experience childhood incest » : *Child Abuse and Neglect*, vol. 9 (3), 329-334.
- LINDON, J.; NOURSE C. A. (1994). « A Multi-Dimensional Model of Groupwork for Adolescent Girls Who Have Been Sexually Abused » : *Child Abuse and Neglect*, vol. 18 (4), 341-348.
- LUSTER, T.; SMALL, S. A. (1997). « Sexual Abuse History and Problems in Adolescence: Exploring the Effects of Moderating Variables » : *Journal of Marriage and the Family*, vol. 59, 131-142.
- MACFARLANE, K.; BULKLEY, J. (1982). « Treating Child Sexual Abuse: An Overview of Current Program Models » dans *Social Work and Child Sexual Abuse*, pp.69-91. The Haworth Press, Inc.
- MARTENS, T.; DAILY, B.; HODGSON, M. (1988). *The Spirit Weeps. Characteristics and Dynamics of Incest and Child Sexual Abuse*, Edmonton, Nechi Institute.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C. (1982). *Human Sexuality*. Boston : Little, Brown.
- MAYER, R.; OUELLET, F. (1991) *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville (Québec), Gaétan Morin éditeur.
- MCLEER, S. V.; ROSE, M. (1992). « Extrafamilial Child Sexual Abuse » Chapitre 10, 173-207.: dans Ammerman, Robert T.; Hersen, Michel; et-al. *Assessment of family violence: A clinical and legal sourcebook. Wiley series on personality processes*, New York, USA: John Wiley & Sons. xvi, pp.397
- MENNEN, F. E.; MEADOW, D. (1994). « Depression, Anxiety, and Self-Esteem in Sexually Abused Children » : *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 75 (2), 74-81.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE. (1994). *Cours de psychologie : champs et théories*, vol III, sous la direction de Ghiglione et Richard, Paris, Éditions Dunod.

O'DONOHUE, W. (1991). « Assessing the Effects of Child Sexual Abuse »: *Behavioral Assessment*, vol. 13, 321-324.

O'DONOHUE, W.; ELLIOTT, A. N. (1992). « Treatment of the Sexually Abused Child: A Review »: *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 21 (3), 218-228.

O'DONOHUE, W.; ELLIOTT, A. N. (1991). « A Model for the Clinical Assessment of the Sexually Abused Child »: *Behavioral Assessment*, vol. 13, 325-339.

OATES, K. R.; O'TOOLE, B. I.; LYNCH, D. L.; STERN A.; COONEY G. (1994). «Stability and Change in Outcomes for Sexually Abused Children »: *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 33 (7), 945-953.

PAPALIA, D.; WENDKOS OLDS, S. (1988). *Introduction à la Psychologie*, traduit par Georges Loudière, Montréal (Québec), McGraw-Hill, Éditeurs.

PARKER, G.; TUPLING, H.; BROWN, L.B. (1979). « A Parental Bonding Instrument » : *British Journal of Medical Psychology*, vol. 52, 1-10.

PARKER, G. (1989). « The Parental Bonding Instrument : Psychometric Properties Reviewed » : *Psychiatric Developments*, vol. 4, 317-335.

PÉLADEAU, N.; MERCIER, C. (1993). « Approches qualitative et quantitative en évaluation de programmes » : *Sociologie et sociétés*, vol. 25 (2), 111-124.

PELCOVITZ, D.; KAPLAN, S.; GOLDENBERG, B.; MANDEL, F.; LEHANE, J.; GUARRERA, J. (1994). « Post-Traumatic Stress Disorder in Physically Abused Adolescents » : *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 33 (3), 305-312.

RAY, C. K.; JACKSON, J. I.; TOWNSLEY, R. M. (1991). « Family Environments of Victims of Intrafamilial and Extrafamilial Child Sexual Abuse »: *Journal of Family Violence*, vol. 6 (4), 365-375.

ROESLER, T. A.; SAVIN, D.; GROSZ, C. (1993). « Family Therapy of Extrafamilial Sexual Abuse » : *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, vol. 32 (5), 967-970.

- RUCH, L.O. ; CHANDLER, S.M. (1982). « The Crisis Impact of Sexual Assault on Three Victim Groups: Adult Rape, Child Rape Victims, and Incest Victim »: *Journal of Social Service Research*, vol. 5 (1/2), 83-100.
- ROGERS, C.R. (1951). *Client-centered therapy*, Boston, Ed. Houghton Mifflin.
- RUSSELL, D.E. (1983). « The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children »: *Child Abuse and Neglect*, vol. 7 (2), 133-146.
- RUSSELL, D.E. (1986). *The Secret Trauma : Incest in the Lives of Girls and Women*, New-York, Basic Books.
- SHAPIRO, S. (1987). « Self-Mutilation and Self-Blame in Incest Victims »: *American Journal of Psychotherapy*, vol. 41 (1), 46-54.
- SILVERMAN, A. B.; REINHERZ, H. Z.; GIACONIA, R. M. (1996). « The Long-Term Sequelae of Child and Adolescent Abuse: A Longitudinal Community Study »: *Child Abuse and Neglect*, vol. 20 (8), 709-723.
- STRAND, V.C. (1990). « Treatment of the Mother in the Incest Family: The Beginning Phase »: *Clinical Social Work Journal*, vol. 18 (4), 353-366.
- TALMAN, J.G.; LERNER, R.M. (1994). « The Development of Personality »: *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 64 (1), 177-193.
- THARINGER, D. (1990). « Impact of Child Sexual Abuse on Developing Sexuality »: *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 21 (5), 331-337.
- TURNER, J. (2000). *Analyse descriptive d'un service d'intervention psychosociale en CLSC pour enfants de 6 à 12 ans, victimes d'abus sexuel ou manifestant des comportements sexuels problématiques*, Montréal (Québec), Université de Montréal, École de Service social. (mémoire de maîtrise).
- WELLS, M. (1990). *Canada's Law on Child Sexual Abuse*, Ottawa, Ministère de la Justice (Gouvernement du Canada).
- WRIGHT, J.; FRIEDRICH, W. N.; CYR, M. et THÉRIAULT, C.; PERRON, A.; LUSSIER, Y.; SABOURIN, S. (1997). « The Evaluation of Franco-Quebec Victims of Child Sexual Abuse and their Mothers: The Implementation of a Standard Assessment Protocol », *manuscrit présenté au Fifth International Family Violence Research Conference*, Durham (New-Hampshire), pp.12.

WRIGHT, J.; SABOURIN, S.; LEBEAU, T.; OXMAN-MARTINEZ, J.; PERRON, A.; LUSSIER, Y. (1994) « Les abus sexuels envers les enfants. Jalons dans la formation d'un partenariat » : *Service social*, vol. 43 (2), 7-29.

WRIGHT, J.; SABOURIN, S.; LUSSIER, Y. (1995). *Traduction du Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)* (Brière, 1996), Montréal, Université de Montréal, Département de psychologie.

APPENDICE A

A.1	MANDAT DU COMITÉ AVISEUR	139
A.2	DÉPLIANT PROMOTIONNEL DU SERVICE	140
A.3	FEUILLE SYNTHÈSE PROMOTIONNELLE	141

COMITÉ AVISEUR
MANDAT INITIAL

1. Définir les besoins et services à offrir aux jeunes victimes.
2. Approuver les orientations générales des services et valider les modalités organisationnelles.
3. Définir les protocoles d'entente interétablissement et l'apport de chaque partenaire concernant les services à offrir à la clientèle visée.
4. Participer aux différentes démarches évaluatives du projet.
5. S'assurer que les services offerts à la clientèle (enfants et parents) répondent aux objectifs visés par le projet.
6. S'assurer les développements de la concertation de la complémentarité et de service intégré pour cette clientèle et ce, entre les différents partenaires impliqués.

Ressources:

- ◇ Jeunesse J'écoute 1-800-668-6868
- ◇ Tel-Aide 935-1101
- ◇ Tel-Jeune 288-2266
- ◇ Les jeunes, la vie, la rue . . . 724-3792
- ◇ Centre Jeunesse Montérégie . . 679-0831
- ◇ La Traversée 465-5263
- ◇ CAVAC (Centre d'aide aux
victimes d'actes criminels) . . 670-3400
- ◇ IVAC (Indemnisation des
victimes d'actes criminels) . . 679-8390
- ◇ Service de police Saint-Hubert 445-7711
- ◇ Service de police Brossard . . 926-7920

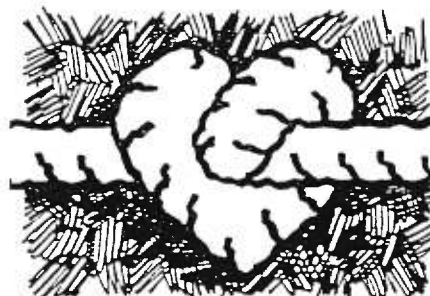


Ce service est offert aux gens des territoires des
CLSC Saint-Hubert et Samuel-de-Champlain.

Ne reste pas
seul(e)
avec cet événement.

Il y a
des ressources
pour
te venir en aide.

Il est important
d'en parler
à quelqu'un de confiance...

Aux ados:

**Tu penses
être victime
d'un abus sexuel
ou
avoir vécu une
agression sexuelle?**

EN PARLER
FAIT PARTIE
DE LA SOLUTION...

Si tu veux, communique
avec **Jo-Anne Jacob**,
au CLSC Saint-Hubert:
443 7418 (boîte vocale)

Et sois assuré(e) que tout
ce que tu diras sera traité
en toute confidentialité.

Tu peux aussi
venir en jaser avec d'autres
ayant vécu une situation semblable.

DESTINATAIRES: Professionnels ou organismes
concernés par la problématique d'abus sexuels



OBJET:

Programme d'intervention spécifique offert aux personnes de 6 à 18 ans, victimes d'abus sexuels commis par un tiers*, ainsi qu'à leur famille.

(le terme "tiers" exclut les figures parentales et la fratrie)

OBJECTIFS DU PROGRAMME:

- ✓ Offrir du soutien à la victime, et à sa famille s'il y a lieu
- ✓ Diminuer les conséquences de l'abus sexuel
- ✓ Prévenir la revictimisation

SERVICES:

Rencontre individuelle, de groupe, rencontre familiale



TERRITOIRE VISÉ PAR CE PROGRAMME:

Territoires desservis par les CLSC
Saint-Hubert et Samuel-de-Champlain

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le programme, ou pour demander les services mentionnés: contacter Jo-Anne Jacob, au CLSC Saint-Hubert (boîte vocale au 443 7418), ou Suzanne Tremblay, au CLSC Samuel-de-Champlain, au numéro 445 4452, poste 441 ou 476.

APPENDICE B

B.1	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	143
B.2	YOUTH SELF-REPORT	144
B.3	TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN	151
B.4.	PARENTAL BOUNDING INSTRUMENT	154
B.5	SELF-PERCEPTION PROFILE FOR ADOLESCENT	158
B.6	L'ENTREVUE	166
B.7	LES GRILLES CLINIQUES	167



Recherche sur les agressions sexuelles dirigée par M. Marc Tourigny et Mme Claire Chamberland

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
(Clientèle « adolescent(e)s » 12-18 ans)

Bonjour,

L'étude pour laquelle nous demandons ta collaboration vise à évaluer le programme d'intervention pour victimes d'agressions sexuelles auquel tu participes présentement. Cette évaluation permettra au CLSC d'améliorer le programme et de continuer à offrir ce type d'intervention aux résidant(e)s de St-Hubert et de Brossard.

Ta participation consistera à compléter à nouveau des questionnaires. Deux rencontres d'environ une heure chacune sont prévues: la première aura lieu dans trois mois et la seconde se tiendra dans six mois.

Il est entendu que les réponses fournies demeureront confidentielles, car les questionnaires seront identifiés par un code chiffré connu seulement des chercheurs. Ainsi, ton nom ne sera donc jamais associé à tes réponses. De plus, tu pourras en tout temps retirer ta participation de cette recherche, et ceci sans qu'il y ait de conséquences de quelque façon que ce soit.

À la fin de chaque entrevue, un montant de 20\$ te sera remis par l'équipe de recherche pour ta participation.

Cette étude est réalisée sous la direction de Monsieur Marc Tourigny, professeur au Département de Psychoéducation de l'Université du Québec à Hull, et Madame Claire Chamberland, directrice de l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes. Si tu désires obtenir des renseignements supplémentaires, n'hésite pas à communiquer avec Julie Turner, coordonnatrice de la recherche, au numéro suivant: 987-3000 poste 6962.

J'accepte de participer à la recherche ci-haut décrite.

Prénom et nom: _____

Date de naissance (jour / mois / année): ____ / ____ / ____

Signature

Date

Signature du témoin

Afin qu'une personne de l'équipe de recherche puisse entrer en communication avec toi indique deux endroits où tu pourras être rejoint(e) facilement.

Endroit (ex: chez moi, à l'école, chez un(e) ami(e), au travail): _____

Adresse: _____ Ville: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

Endroit (ex: chez moi, à l'école, chez un(e) ami(e), au travail): _____

Adresse: _____ Ville: _____

Code postal: _____ Téléphone: _____

CONSIGNES GÉNÉRALES

- Lis bien toutes les instructions données à chaque questionnaire
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses
- Tu ne dois donner qu'une seule réponse par question
- Réponds à toutes les questions dans l'ordre où elles te sont présentées
- Tes réponses resteront confidentielles
- Si tu as des questions, n'hésite pas à demander de l'aide

CR

INVENTAIRE PERSONNEL DE COMPORTEMENTS POUR JEUNES DE 11 À 18 ANS (YSR)

I. Veuillez indiquer les sports auxquels vous aimez le mieux participer. Exemples: balle, natation, patin, bicyclette, pêche, rouli-roulant, etc. Aucun <input type="checkbox"/>	Comparativement aux autres jeunes de votre âge, combien de temps y consacrez-vous?			Comparativement aux autres jeunes de votre âge, jusqu'à quel point êtes-vous habile à la pratique de ce sport?		
	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne
a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Veuillez indiquer vos passe-temps, vos activités et vos jeux favoris autres que les activités sportives. Exemple: jeux de cartes, lecture, piano, etc. (n'inscrivez pas écouter la télé ou de la musique). Aucun <input type="checkbox"/>	Comparativement aux autres jeunes de votre âge, combien de temps y consacrez-vous?			Comparativement aux autres jeunes de votre âge, jusqu'à quel point êtes-vous habile à la pratique de cette activité?		
	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne	Moins que la moyenne	Comme la moyenne	Plus que la moyenne
a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Veuillez inscrire toutes organisations, clubs, équipes ou groupes auxquels vous appartenez. Aucun <input type="checkbox"/>	Comparativement aux autres jeunes de votre âge, jusqu'à quel point participez-vous à chacun?		
	Moins activement	Comme la moyenne	Plus activement
a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Veuillez indiquer les emplois ou les tâches que vous avez. Exemple: garder de jeunes enfants, distribuer les journaux, faire le lit, etc. (Inscrire tout travail rémunéré ou non)

Aucun <input type="checkbox"/>	Moins bien que la moyenne	Comme la moyenne	Mieux que la moyenne
a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. • Environ combien de «véritables» amis(es) avez-vous? Aucun 1 2 ou 3 4 ou plus

• Environ combien de fois par semaine faites-vous des choses avec eux en dehors des heures de classe?

Moins que 1 1 ou 2 3 ou plus

VI. Comparativement aux autres jeunes de votre âge:

	Moins bien que la moyenne	Comme la moyenne	Mieux que la moyenne
a) Comment vous entendez-vous avec vos frères et sœurs? (Je n'ai ni frères ni sœurs) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Comment vous entendez-vous avec les autres jeunes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Comment vous entendez-vous avec vos parents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Comment réussissez-vous à faire des choses par vous-même?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Résultats scolaires

	Échec	Sous la moyenne	Comme la moyenne	Au-dessus de la moyenne
a) Français ou langues et littérature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Histoire ou sciences sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mathématiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sciences (ex: physique, biologie, chimie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres matières: Informatique anglais géographie etc. Ne pas inclure l'éducation physique				
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ne fréquente pas l'école parce que: _____

Veuillez inscrire toutes préoccupations ou problèmes que vous avez concernant l'école.

VIII Vous trouverez plus bas une liste pouvant décrire les jeunes. Si l'item vous décrit bien maintenant ou au cours des derniers six (6) mois, encerclez "2" si l'item est très vrai ou souvent vrai pour vous; encerclez "1" si l'item est assez vrai ou quelquefois vrai pour vous. Si l'item ne vous décrit pas ou n'est pas vrai pour vous, encerclez "0".

0 : Ce n'est pas vrai 1 : Assez vrai ou quelquefois vrai 2 : Très vrai ou souvent vrai

- | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|--|---|---|---|-----|--|
| 0 | 1 | 2 | 1. | J'ai des comportements trop jeunes pour mon âge. | 0 | 1 | 2 | 17. | Je rêve tout éveillé(e). |
| 0 | 1 | 2 | 2. | J'ai des allergies (décrivez):

_____ | 0 | 1 | 2 | 18. | J'ai volontairement tenté de me blesser ou de me suicider. |
| 0 | 1 | 2 | 3. | Je me dispute beaucoup (argumente ou discute). | 0 | 1 | 2 | 19. | J'essaie d'avoir beaucoup d'attention. |
| 0 | 1 | 2 | 4. | Je fais de l'asthme. | 0 | 1 | 2 | 20. | Je détruis les objets qui m'appartiennent. |
| 0 | 1 | 2 | 5. | J'ai des comportements comme les personnes de l'autre sexe. | 0 | 1 | 2 | 21. | Je détruis les choses qui appartiennent aux autres. |
| 0 | 1 | 2 | 6. | J'aime les animaux. | 0 | 1 | 2 | 22. | Je désobéis à mes parents. |
| 0 | 1 | 2 | 7. | Je me vante. | 0 | 1 | 2 | 23. | Je désobéis à l'école. |
| 0 | 1 | 2 | 8. | J'ai de la difficulté à me concentrer ou à être attentif. | 0 | 1 | 2 | 24. | Je ne mange pas aussi bien que je le devrais. |
| 0 | 1 | 2 | 9. | Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses (décrivez):

_____ | 0 | 1 | 2 | 25. | Je ne m'entends pas bien avec les autres jeunes. |
| 0 | 1 | 2 | 10. | J'ai de la difficulté à demeurer assis(e). | 0 | 1 | 2 | 26. | Je ne me sens pas coupable après avoir fait quelque chose que je ne devais pas faire. |
| 0 | 1 | 2 | 11. | Je suis trop dépendant(e) des adultes. | 0 | 1 | 2 | 27. | Je suis jaloux(se) des autres. |
| 0 | 1 | 2 | 12. | Je me sens seul(e). | 0 | 1 | 2 | 28. | Je suis prêt(e) à aider les autres quand ils en ont besoin. |
| 0 | 1 | 2 | 13. | Je me sens confus(e), comme dans le brouillard. | 0 | 1 | 2 | 29. | J'ai peur de certains animaux, situations ou endroits autres que l'école (décrivez):

_____ |
| 0 | 1 | 2 | 14. | Je pleure beaucoup. | 0 | 1 | 2 | 30. | J'ai peur d'aller à l'école. |
| 0 | 1 | 2 | 15. | Je suis assez honnête. | 0 | 1 | 2 | 31. | J'ai peur de penser ou de faire des choses mauvaises. |
| 0 | 1 | 2 | 16. | Je suis mesquin(e) pour les autres. | | | | | |

0:Ce n'est pas vrai 1:Assez vrai ou quelquefois vrai 2:très vrai ou souvent vrai

- 0 1 2 32. J'ai le sentiment que je dois être parfait(e).
- 0 1 2 33. J'ai l'impression que personne ne m'aime.
- 0 1 2 34. J'ai l'impression que les autres me rejettent, m'en veulent.
- 0 1 2 35. Je me sens inutile (sans valeur) ou inférieur(e).
- 0 1 2 36. Je me blesse souvent accidentellement.
- 0 1 2 37. Je me bats souvent.
- 0 1 2 38. Je me fais taquiner (agacer) souvent.
- 0 1 2 39. Je me tiens avec des jeunes qui s'attirent des problèmes.
- 0 1 2 40. J'entends des choses que personne d'autre ne semble capable d'entendre (décrivez):

- 0 1 2 41. J'agis sans penser auparavant.
- 0 1 2 42. J'aime être seul(e).
- 0 1 2 43. Je mens ou je triche.
- 0 1 2 44. Je me ronge les ongles.
- 0 1 2 45. Je suis nerveux(euse) ou tendu(e).
- 0 1 2 46. Certaines parties de mon corps font des mouvements brusques ou des mouvements nerveux (décrivez):

- 0 1 2 47. J'ai des cauchemars.
- 0 1 2 48. Je ne suis pas aimé(e) des autres jeunes.
- 0 1 2 49. Je peux faire des choses mieux que bien d'autres jeunes.
- 0 1 2 50. Je suis trop peureux(euse) ou anxieux(euse).
- 0 1 2 51. J'ai des étourdissements.
- 0 1 2 52. Je ne sens trop coupable.
- 0 1 2 53. Je mange trop.
- 0 1 2 54. Je me sens très fatigué(e).
- 0 1 2 55. Je suis trop gras(se).
56. J'ai des problèmes physiques sans causes médicales connues.
- 0 1 2 a) Des maux ou des douleurs.
- 0 1 2 b) Des maux de tête.
- 0 1 2 c) Des nausées (maux de coeur), je ne sens mal.
- 0 1 2 d) Des problèmes avec mes yeux (décrivez):

- 0 1 2 e) Des éruptions ou autres problèmes de peau.
- 0 1 2 f) Maux d'estomac ou crampes.
- 0 1 2 g) Vomissements.
- 0 1 2 h) Autres (décrivez):

- 0 1 2 57. J'agresse physiquement les autres.
- 0 1 2 58. Je me gratte la peau ou d'autres parties de mon corps (décrivez):

0:Ce n'est pas vrai 1:Assez vrai ou quelquefois vrai 2:Très vrai ou souvent vrai

- 0 1 2 59. Je peux être assez amical(e). 0 1 2 77. Je dors plus que les autres pendant le jour et/ou la nuit (décrivez):

- 0 1 2 60. J'aime essayer de nouvelles choses. _____
- 0 1 2 61. Mes travaux scolaires sont mauvais. _____
- 0 1 2 62. Je suis maladroit(e), mal coordonné(e). 0 1 2 78. J'ai une bonne imagination.
- 0 1 2 63. Je préfère me tenir avec des plus vieux qu'avec des jeunes de mon âge. 0 1 2 79. J'ai des problèmes de langage (décrivez):

- 0 1 2 64. Je préfère me tenir avec des plus jeunes qu'avec des jeunes de mon âge. _____
- 0 1 2 65. Je refuse de parler. 0 1 2 80. Je puis défendre mes droits.
- 0 1 2 66. Je fais souvent certains gestes de façon répétitive (décrivez):

- 0 1 2 67. Je fuge de la maison. 0 1 2 81. Je fais des vols à la maison.
- 0 1 2 68. Je crie beaucoup. 0 1 2 82. Je commets des vols à d'autres endroits que la maison.
- 0 1 2 69. Je suis cachottier(ière), je garde les choses pour moi. 0 1 2 83. J'accumule (ranasse) des choses dont je n'ai pas besoin (décrivez):

- 0 1 2 70. Je vois des choses que personne semble pouvoir voir (décrivez):

- 0 1 2 71. Je manque de confiance, je suis facilement embarrassé(e). 0 1 2 84. Je fais des choses que les autres trouvent étranges (décrivez):
- 0 1 2 72. J'allume des feux. 0 1 2 85. J'ai des pensées que les autres personnes trouvent étranges (décrivez):

- 0 1 2 73. Je travaille bien de mes mains. 0 1 2 86. Je suis obstiné(e), entêté(e).
- 0 1 2 74. Je fais le clown ou je fais des choses pour être remarqué(e). 0 1 2 87. Mes émotions ou mes sentiments changent soudainement, rapidement.
- 0 1 2 75. Je suis timide. 0 1 2 88. J'aime être avec les autres.
- 0 1 2 76. Je dors moins que les autres jeunes. 0 1 2 89. Je suis méfiant(e).
- 0 1 2 90. Je sacre ou j'utilise des mots grossiers.
- 0 1 2 91. Je pense à me suicider.
- 0 1 2 92. J'aime faire rire les autres.

- 0: Ce n'est pas vrai 1: Assez vrai ou quelquefois vrai 2: Très vrai ou souvent vrai
- | | | | |
|------------|---|------------|--|
| o 1 2 93. | Je parle fort. | o 1 2 103. | Je suis triste, malheureux(euse) ou déprimé(e). |
| o 1 2 94. | Je taquine (agace) beaucoup les autres. | o 1 2 104. | Je suis plus bruyant que les autres jeunes de mon âge. |
| o 1 2 95. | J'ai un tempérament bouillant. Je me mets facilement en colère. | o 1 2 105. | Je prends de l'alcool ou des drogues qui ne me sont pas prescrits par un médecin (décrivez):

_____ |
| o 1 2 96. | Je suis trop préoccupé(e) par la sexualité. | o 1 2 106. | J'essaie d'être juste avec les autres. |
| o 1 2 97. | Je menace les gens de les blesser (frapper). | o 1 2 107. | J'aime les bonnes farces. |
| o 1 2 98. | J'aime aider les autres. | o 1 2 108. | J'aime me la couler douce, ne pas m'en faire avec la vie. |
| o 1 2 99. | Je suis trop préoccupé(e) par la propreté. | o 1 2 109. | J'essaie d'aider les autres quand je le peux. |
| o 1 2 100. | J'ai de la difficulté à dormir (décrivez):

_____ | o 1 2 110. | Je souhaiterais être du sexe opposé. |
| o 1 2 101. | Je m'absente de mes cours ou je quitte l'école. | o 1 2 111. | Je me tiens à l'écart des autres. |
| o 1 2 102. | Je n'ai pas beaucoup d'énergie. | o 1 2 112. | Je suis très préoccupé(e). |

CR.:

TSC-C
John Briere, Ph.D.

Instructions:

Les énoncées qui suivent illustrent certaines expériences que tu peux avoir vécues. Pour chacune de ces expériences, encercle le chiffre qui correspond à la fréquence à laquelle tu vis ces différentes situations. Encercle le « 0 » si tu ne vis jamais ce genre d'expériences, « 1 » si cela arrive parfois, « 2 » si cela t'arrive souvent et « 3 » si tu vis ces expériences presque toujours.

0 **1** **2** **3**
Jamais **Parfois** **Souvent** **Presque toujours**

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Faire des mauvais rêves ou des cauchemars	0	1	2	3
2. Avoir peur qu'un événement malheureux se produise	0	1	2	3
3. Des idées ou des images angoissantes me viennent à l'esprit	0	1	2	3
4. Vouloir dire des mots vulgaires	0	1	2	3
5. Prétendre que je suis quelqu'un d'autre	0	1	2	3
6. Trop m'obstiner avec quelqu'un	0	1	2	3
7. Me sentir seul-e	0	1	2	3
8. Trop toucher mes parties intimes	0	1	2	3
9. Me sentir triste ou malheureux-se	0	1	2	3
10. Me rappeler des événements que je n'ai pas aimés	0	1	2	3
11. M'évader dans ma tête, essayer de ne pas penser	0	1	2	3
12. Me rappeler des choses angoissantes	0	1	2	3
13. Vouloir crier et casser quelque chose	0	1	2	3
14. Pleurer	0	1	2	3
15. Avoir peur tout d'un coup, sans savoir pourquoi	0	1	2	3

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16. Me fâcher sans pouvoir me calmer	0	1	2	3
17. Penser à faire à l'amour	0	1	2	3
18. Avoir la tête qui tourne	0	1	2	3
19. Vouloir crier après les gens	0	1	2	3
20. Vouloir me faire mal	0	1	2	3
21. Vouloir faire mal à quelqu'un d'autre	0	1	2	3
22. Penser à toucher les parties intimes de quelqu'un d'autre	0	1	2	3
23. Penser au sexe quand je ne le veux pas	0	1	2	3
24. Avoir peur des hommes	0	1	2	3
25. Avoir peur des femmes	0	1	2	3
26. Me laver parce que je me sens sale à l'intérieur	0	1	2	3
27. Me sentir stupide ou méchant-e	0	1	2	3
28. Il m'arrive d'avoir l'impression d'avoir fait quelque chose de mal	0	1	2	3
29. Avoir l'impression que les choses ne sont pas réelles	0	1	2	3
30. Oublier des choses, ne pas pouvoir m'en rappeler	0	1	2	3
31. Avoir l'impression de ne pas être dans mon corps	0	1	2	3
32. Me sentir nerveux-se ou agité-e à l'intérieur	0	1	2	3
33. Avoir peur	0	1	2	3
34. Ne pas faire confiance aux gens de peur qu'ils désirent une relation sexuelle	0	1	2	3
35. Toujours penser à un événement malheureux qui m'est arrivé	0	1	2	3
36. Me bagarrer avec d'autres	0	1	2	3

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
37. Me sentir méchant-e	0	1	2	3
38. Prétendre que je suis ailleurs	0	1	2	3
39. Avoir peur du noir	0	1	2	3
40. Devenir effrayé-e ou choqué-e en pensant au sexe	0	1	2	3
41. M'inquiéter de quelque chose	0	1	2	3
42. Avoir l'impression que personne ne m'aime	0	1	2	3
43. Me rappeler des choses que je voudrais oublier	0	1	2	3
44. Ressenti des sensations sexuelles dans mon corps	0	1	2	3
45. Ma tête se vide	0	1	2	3
46. Avoir l'impression de haïr les gens	0	1	2	3
47. Ne pas pouvoir m'empêcher de penser au sexe	0	1	2	3
48. Essayer d'éprouver aucun sentiment	0	1	2	3
49. Me sentir fou-folle	0	1	2	3
50. Avoir peur que quelqu'un me tue	0	1	2	3
51. Souhaiter que des événements malheureux ne se soient jamais produits	0	1	2	3
52. Vouloir me tuer	0	1	2	3
53. Rêvasser	0	1	2	3
54. Être choqué-e quand les gens parlent de sexe	0	1	2	3

Note: Ceci est une version pour fins de validation et est, par conséquent, sujette à révision.
 © Copyright 1989, John Brière, Ph.D. Ne peut être utilisé en partie ou en totalité sans le consentement écrit de l'auteur.

Traduction: Sabourin et Wright (1996)

Pour chacune des questions suivantes, peux-tu indiquer par un X si ton père ou l'adulte masculin que tu as identifié précédemment a eu cette attitude très souvent, souvent, quelquefois ou presque jamais.

	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Presque jamais
a) S'est-il intéressé à toi?	()	()	()	()
b) A-t-il eu une attitude froide à ton égard?	()	()	()	()
c) T'a-t-il complimenté(e)?	()	()	()	()
d) A-t-il paru comprendre tes problèmes?	()	()	()	()
e) T'a-t-il fait sentir que tu le dérangeais?	()	()	()	()
f) A-t-il été chaleureux avec toi?	()	()	()	()
g) A-t-il été capable de te remonter le moral?	()	()	()	()
h) T'a-t-il aidé(e) quand tu en avais de besoin?	()	()	()	()
i) A-t-il pris le temps de discuter avec toi?	()	()	()	()

De façon générale, considères-tu que ta relation avec ton père ou avec cet adulte a été:

très bonne..... _____
 bonne _____
 plutôt bonne _____
 plutôt mauvaise _____
 mauvaise..... _____
 très mauvaise..... _____

Parlons maintenant de ta mère

QUESTION # 1

Tu vas nous parler de ta mère naturelle si l'une des trois situations suivantes correspond à la tienne (indique par un X la situation qui correspond à la tienne).

a) tu vis avec elle _____

ou

b) tu ne vis plus avec elle mais tu la vois encore _____
peu importe le nombre de fois

Indique la fréquence à laquelle tu la vois: _____

ou

c) tu ne vis plus avec elle et tu ne la vois plus, mais _____
elle a quand même été l'adulte féminin qui a été le
plus longtemps responsable de toi au cours de ta vie

Si tu as répondu, A, B ou C à la question # 1, passe immédiatement à la page suivante, sinon passe à la question # 2
--

QUESTION # 2

Quel est l'adulte féminin qui a été le plus longtemps responsable de toi au cours de ta vie?

d) ta mère adoptive _____

e) ta grand-mère _____

f) ta tante _____

g) la conjointe ou amie de ton père _____

h) la responsable d'une famille d'accueil _____

i) autre (peux-tu préciser) _____

Pour chacune des questions suivantes, peux-tu indiquer par un X si ta mère ou l'adulte féminin que tu as identifié précédemment a eu cette attitude très souvent, souvent, quelquefois ou presque jamais.

	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Presque jamais
a) S'est-elle intéressée à toi?	()	()	()	()
b) A-t-elle eu une attitude froide à ton égard?	()	()	()	()
c) T'a-t-elle complimenté(e)?	()	()	()	()
d) A-t-elle paru comprendre tes problèmes?	()	()	()	()
e) T'a-t-elle fait sentir que tu la dérangeais?	()	()	()	()
f) A-t-elle été chaleureuse avec toi?	()	()	()	()
g) A-t-elle été capable de te remonter le moral?	()	()	()	()
h) T'a-t-elle aidé(e) quand tu en avais de besoin?	()	()	()	()
i) A-t-elle pris le temps de discuter avec toi?	()	()	()	()

De façon générale, considères-tu que ta relation avec ta mère ou avec cet adulte a été:

très bonne..... _____
 bonne _____
 plutôt bonne _____
 plutôt mauvaise _____
 mauvaise..... _____
 très mauvaise..... _____

CR:

HARTER
(12-18 ans)

Consignes

- ◆ Lis attentivement chaque phrase.
- ◆ Décide ensuite si tu es davantage comme les jeunes du côté gauche, ou davantage comme les jeunes du côté droit.
- ◆ Décide alors si les jeunes du côté que tu as choisi sont « **UN PEU comme moi** » ou bien s'ils sont « **TOUT A FAIT comme moi** ».
- ◆ Fais un X dans la case qui correspond le mieux à ce que tu penses actuellement.
- ◆ Ne coche qu'une seule case par questions.
- ◆ Certaines questions peuvent sembler identiques, mais elles ne le sont pas, alors nous te demandons de répondre à toutes les questions.

Merci

TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi	Exemple d'énoncé	UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes préfèrent écouter de la musique	MAIS D'autres jeunes préfèrent plutôt regarder la télévision	<input type="checkbox"/>

QUI SUIS-JE?

Exemple d'énoncés

	TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi		MAIS		UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes préfèrent aller au cinéma dans leur temps libre.		D'autres préfèrent aller à des événements sportifs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes trouvent qu'ils sont aussi intelligents que les autres jeunes de leur âge.		D'autres jeunes n'en sont pas si sûrs et se demandent s'ils sont aussi intelligents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certaines jeunes trouvent difficile de se faire des ami-e-s.		D'autres jeunes trouvent très facile de se faire des ami-e-s.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes réussissent très bien dans toutes sortes de sports.		D'autres jeunes ne pensent pas être très bons dans les sports.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ne sont pas contents de leur apparence.		D'autres jeunes sont contents de leur apparence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont l'impression d'être prêts à bien accomplir un travail pour un emploi à temps partiel.		D'autres jeunes ont l'impression qu'ils ne sont pas tout à fait prêts à assumer un emploi à temps partiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi				UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont l'impression que, s'ils deviennent amoureux de quelqu'un, cette personne va les aimer en retour.	MAIS	D'autres jeunes s'inquiètent de ne pas être aimés en retour par la personne dont ils sont amoureux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes font habituellement les choses correctement.	MAIS	D'autres jeunes ne font pas souvent les choses correctement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes sont capables de se faire des amis intimes.	MAIS	D'autres jeunes trouvent ça difficile de se faire des amis intimes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes sont souvent déçus d'eux-mêmes.	MAIS	D'autres jeunes sont passablement satisfaits d'eux-mêmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes sont très lents à finir leurs travaux d'école.	MAIS	D'autres jeunes peuvent faire leurs travaux rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certaines jeunes ont beaucoup d'ami-e-s.	MAIS	D'autres jeunes n'ont pas beaucoup d'ami-e-s.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes pensent qu'ils pourraient bien faire à n'importe quelle nouvelle activité sportive qu'ils n'ont jamais essayée auparavant.	MAIS	D'autres jeunes ont peur de ne pas bien faire aux activités sportives qu'ils n'ont jamais essayées auparavant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes aimeraient que leur corps soit différent.	MAIS	D'autres jeunes aiment leur corps comme il est.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi				UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes trouvent qu'ils n'ont pas assez d'habiletés pour bien réussir à un emploi.	MAIS	D'autres trouvent qu'ils ont assez d'habiletés pour bien réussir à un emploi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ne sortent pas avec les personnes qui leur plaisent vraiment sentimentalement.	MAIS	D'autres jeunes sortent avec les personnes qui leur plaisent sentimentalement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont des problèmes à cause des choses qu'ils font.	MAIS	D'autres jeunes ne font habituellement pas de choses qui leur causent des problèmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont un ami intime avec lequel ils peuvent partager des secrets.	MAIS	D'autres jeunes n'ont pas vraiment d'ami intime avec lequel ils peuvent partager des secrets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes n'aiment pas la façon qu'ils mènent leur vie.	MAIS	D'autres jeunes aiment la façon qu'ils mènent leur vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes réussissent très bien leurs travaux scolaires.	MAIS	D'autres jeunes ne réussissent pas très bien leurs travaux scolaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes sont un peu plus difficile à aimer.	MAIS	D'autres jeunes sont vraiment facile à aimer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes pensent qu'ils sont meilleurs dans le sport que les autres de leur âge.	MAIS	D'autres jeunes ne pensent pas qu'ils peuvent jouer aussi bien que les autres dans le sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi				UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes aimeraient que leur apparence physique soit différente.	MAIS	D'autres jeunes aiment leur apparence physique telle qu'elle est.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont l'impression qu'ils sont assez vieux pour obtenir et garder un emploi.	MAIS	D'autres jeunes ont l'impression qu'ils ne sont pas encore assez vieux pour bien assumer un emploi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont l'impression qu'ils peuvent plaire à des personnes du sexe opposé de leur âge.	MAIS	D'autres jeunes s'inquiètent à savoir s'ils peuvent plaire à des personnes du sexe opposé de leur âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes se sentent vraiment bien face à leur comportement.	MAIS	D'autres jeunes ne se sentent pas confortables avec la façon dont ils agissent habituellement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes souhaiteraient avoir un ami très intime avec qui ils pourraient partager des choses.	MAIS	D'autres jeunes ont un ami intime avec lequel ils peuvent partager des choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes sont la plupart du temps contents d'eux-mêmes.	MAIS	D'autres sont souvent mécontents d'eux-mêmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont de la difficulté à solutionner les problèmes présentés en classe.	MAIS	D'autres jeunes peuvent presque toujours solutionner les problèmes présentés en classe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | TOUT
À
FAIT
comme
moi | UN
PEU
comme
moi | | | | UN
PEU
comme
moi | TOUT
À
FAIT
comme
moi |
|-----|-----------------------------------|---------------------------|---|------|--|---------------------------|-----------------------------------|
| 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes sont populaires auprès des autres jeunes de leur âge. | MAIS | D'autres jeunes ne sont pas très populaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes ne réussissent pas bien aux nouveaux jeux extérieurs. | MAIS | D'autres jeunes sont tout de suite bons aux nouveaux jeux extérieurs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes pensent qu'ils sont beaux ou qu'elles sont belles en apparence. | MAIS | D'autres jeunes pensent qu'ils ne sont pas très beaux ou qu'ils n'ont pas belle apparence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dans un emploi, certains jeunes ont l'impression qu'ils pourraient faire un meilleur travail. | MAIS | Dans un emploi, d'autres jeunes ont l'impression qu'ils font un bon travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes ont l'impression d'être amusants et intéressants lorsqu'ils ont un rendez-vous sentimental. | MAIS | D'autres jeunes se demandent s'ils sont vraiment amusants et intéressants lorsqu'ils ont un rendez-vous sentimental. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes font des choses qu'ils savent qu'ils ne devraient pas faire. | MAIS | D'autres jeunes font rarement des choses qu'ils savent qu'ils ne devraient pas faire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes trouvent difficile de se faire des amis en qui ils peuvent avoir confiance. | MAIS | D'autres jeunes sont capables de se faire des amis sur qui ils peuvent compter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	TOUT À FAIT comme moi	UN PEU comme moi			UN PEU comme moi	TOUT À FAIT comme moi	
36.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes aiment le genre de personne qu'ils sont.	MAIS	D'autres jeunes jeunes aimeraient être quelqu'un d'autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes trouvent qu'ils sont "pas mal" intelligents.	MAIS	D'autre jeunes se questionnent à savoir s'ils sont réellement intelligents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes se sentent acceptés par les autres.	MAIS	D'autres jeunes souhaiteraient que plus de personnes de leur âge les acceptent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes n'ont pas l'impression d'être très athlétiques.	MAIS	D'autres jeunes ont l'impression d'être très athlétiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes aiment vraiment leur apparence.	MAIS	D'autres jeunes aimeraient avoir une apparence différente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes ont l'impression qu'ils sont vraiment capables de bien gérer leur travail dans un emploi.	MAIS	D'autres jeunes se demandent s'ils accomplissent le travail qu'ils ont à faire pour leur emploi aussi bien qu'ils le devraient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes sortent habituellement avec des personnes qui ne sont pas vraiment celles avec qui ils aimeraient réellement sortir.	MAIS	D'autres jeunes sortent avec les personnes avec qui ils veulent vraiment sortir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certains jeunes se conduisent habituellement comme ils se doivent.	MAIS	D'autres jeunes ne se conduisent pas souvent comme ils se doivent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | TOUT
À
FAIT
comme
moi | UN
PEU
comme
moi | | | UN
PEU
comme
moi | TOUT
À
FAIT
comme
moi | |
|-----|-----------------------------------|---------------------------|--|------|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 44. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes n'ont pas un ami assez proche pour pouvoir partager leurs pensées intimes. | MAIS | D'autres jeunes ont un ami intime avec lequel ils peuvent partager leurs pensées et leurs sentiments les plus personnels. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certains jeunes sont très heureux d'être comme ils sont. | MAIS | D'autres jeunes voudraient être différents. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

QUESTIONS D'ENTREVUE

- 1- Quelle est votre grille d'analyse des agressions sexuelles? (les causes, l'impact, les dynamiques entre victimes et agresseurs, compréhension du phénomène, etc.)
- 2- Selon vous, quels sont les facteurs pouvant faciliter ou nuire au rétablissement de la cliente outre l'intervention?
- 3- Pourriez-vous nous parler du processus-type d'intervention dans le cadre de vos fonctions dans ce service tant au niveau de l'individuel et du groupe?
- 4- Quels sont les objectifs et les moyens d'intervention que vous adoptez et utilisez dans le cadre de ce service tant au niveau de l'individuel que du groupe?
- 5- Pourriez-vous nous parler des différents thèmes que vous abordez en intervention tant au niveau individuel que du groupe?
- 6- Pourriez-vous nous parler des adolescentes que vous rencontrez dans ce service? (émotions vécues, particularités, dynamiques spécifiques, etc.)
- 7- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous utilisez l'intervention de groupe?

(vérification du cadre d'analyse de David Finkelhor et de la thérapie spécifique à l'abus)

- 8- Encouragez-vous l'expression des sentiments liés à l'abus? (Colère, ambivalence, peur). Si oui, pourquoi et de quelles façons?
- 9- Est-ce que vous effectuez la clarification des croyances erronées qui peuvent en venir à ce que la personne s'attribue des éléments négatifs ? (Se blâmer, se responsabiliser). Si oui, pourquoi et de quelles façons?
- 10- Enseignez-vous une grille de prévention pour prévenir de nouveaux abus? Si oui, pourquoi et de quelles façons
- 11- Est-ce que vous tentez par un processus quelconque à diminuer l'étiquette, l'isolement en réconfortant ou amenant la personne dans un groupe?. Si oui pourquoi et de quelles façons?

**Ne rien inscrire
dans cette section**

<p>8. Quel professionnel a référé la famille</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Travailleur social 2. Psychologue 3. Médecin 4. Infirmier 5. Policier 6. Psycho-éducateur 	<p>ou l'adolescente au service?</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Professeur 8. Autre (précisez) 9. Aucun, la famille a été référée par un parent ou ami qui connaissait ce service. 	<p>1-8 <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Quelle est la nature de la demande des clients(es) ou la raison de la consultation? (ex: un parent pense que son enfant a été agressé et veut faire valider sa perception; un parent sait que son enfant a été agressé et veut savoir s'il a des séquelles; une adolescente veut du soutien pour porter plainte contre l'agresseur, etc.).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>1-9 <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Admissibilité au programme d'intervention:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La famille ou l'adolescente est <u>admissible</u> au programme et <u>accepte</u> de recevoir les services d'intervention 2. La famille ou l'adolescente est <u>admissible</u>, mais <u>refuse</u> de recevoir des services (Indiquez la ou les raisons du refus) _____ <p>_____</p> <p>_____</p> 3. La famille n'est <u>pas admissible</u> au programme (Indiquez la raison) <ol style="list-style-type: none"> A) La victime a moins de 6 ans lors de la référence au programme B) La victime est <u>prise en charge</u> par la DPJ C) Autre _____ <p>_____</p> 		<p>1-10 <input type="checkbox"/></p>

Ne rien inscrire dans
cette section

<p>15. Qui était l'agresseur?</p> <p>1. Pair (ami(e)- chum)</p> <p>2. Famille élargie (oncle, tante, grand-parent, cousin(e)) (précisez) _____ _____</p> <p>3. Compagnon ou compagne du parent</p> <p>4. Un(e) voisin(e)</p> <p>5. Un(e) ami(e) de la famille</p> <p>6. Un professionnel (médecin, enseignant, etc.) (précisez) _____ _____</p>		<p>1-15 <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Un adulte significatif (entraîneur sportif, moniteur(e) de loisirs, gardien(ne), etc.) (précisez) _____</p> <p>8. Un(e) inconnu(e)</p> <p>9. Autre (précisez) _____ _____ _____</p>		

PARTICIPATION À LA RECHERCHE

⇒ **Critères d'admissibilité à la recherche**

- La victime a entre 6 ans et 18 ans
- L'enfant a été victime d'une agression sexuelle extrafamiliale selon la définition suivante:

Le terme « extrafamiliale » exclut les figures parentales et la fratrie. Le terme figure parentale désigne les parents biologiques ou adoptifs de l'enfant et ces personnes ne peuvent pas être considérés comme des agresseurs extrafamiliaux, même lorsqu'ils habitent en dehors du foyer où vit l'enfant. En ce qui concerne les familles où les parents sont séparés ou divorcés, le conjoint ou la conjointe de chacun des parents est aussi considéré(e) comme étant une figure parentale lorsqu'il(elle) habite sous le même toit que l'enfant.

OU

La victime est une adolescente et l'agression peut être intrafamiliale ou extrafamiliale

- L'agression doit être jugée fondée par l'intervenante du programme.
- Les participants(es) doivent avoir une bonne compréhension du français parlé et écrit.

**Ne rien inscrire
dans cette section**

<p>16. Le(la) client(e) est-il(elle) admissible pour participer à la <u>recherche</u>?</p> <p>1. Oui → passez à la question 17</p> <p>2. Non (expliquez): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1-16 <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Le(la) client(e) accepte-t-il(elle) de participer à la <u>recherche</u>?</p> <p>1. Oui (formulaire de consentement)</p> <p>2. Non</p> <p>(Raisons): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1-17 <input type="checkbox"/></p>

CR:

INFORMATIONS GÉNÉRALES

INSTRUCTIONS

Voici quelques questions d'ordre générale. Pour les questions où il y a plusieurs choix de réponses, vous devez choisir celle qui vous convient le mieux. Ne donnez qu'une seule réponse à chaque question.

Nous vous demandons de ne rien inscrire dans la colonne de droite qui est ombragée.

Si vous ne comprenez pas certaines questions, n'hésitez pas à demander de l'aide.

Toutes les informations recueillies dans ce questionnaire resteront confidentielles.

Ne rien inscrire dans cette section
--

1. Date de naissance de l'enfant ou de l'adolescente <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> ____ / ____ / 19 ____ jour / mois / année </div>	2-1 <input type="checkbox"/>
2. Lieu de naissance de l'enfant ou de l'adolescente Québec.....1 Autre province.....2 Précisez: _____ À l'extérieur du Canada.....3 Précisez: _____	2-2 <input type="checkbox"/>

**Ne rien inscrire
dans cette section**

<p>3. Quel est le niveau de scolarité de l'enfant ou de l'adolescente? (Entourez le chiffre correspondant au niveau en cours ou le dernier niveau complété)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">École maternelle..... 0</td> <td style="width: 50%;">Secondaire 1 7</td> </tr> <tr> <td>Première année..... 1</td> <td>Secondaire 2 8</td> </tr> <tr> <td>Deuxième année 2</td> <td>Secondaire 3 9</td> </tr> <tr> <td>Troisième année 3</td> <td>Secondaire 4 10</td> </tr> <tr> <td>Quatrième année 4</td> <td>Secondaire 5 11</td> </tr> <tr> <td>Cinquième année..... 5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sixième année 6</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	École maternelle..... 0	Secondaire 1 7	Première année..... 1	Secondaire 2 8	Deuxième année 2	Secondaire 3 9	Troisième année 3	Secondaire 4 10	Quatrième année 4	Secondaire 5 11	Cinquième année..... 5		Sixième année 6		2-3 <input type="checkbox"/>
École maternelle..... 0	Secondaire 1 7														
Première année..... 1	Secondaire 2 8														
Deuxième année 2	Secondaire 3 9														
Troisième année 3	Secondaire 4 10														
Quatrième année 4	Secondaire 5 11														
Cinquième année..... 5															
Sixième année 6															
<p>4. Quelle langue parle-t-on le plus souvent à la maison (si vous en parlez plus d'une, laquelle parlez-vous le plus souvent) ? (Entourez un chiffre)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 80%;">Français</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Anglais</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Autre, (précisez) _____</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> </tbody> </table>	Français	1	Anglais	2	Autre, (précisez) _____	3	2-4 <input type="checkbox"/>								
Français	1														
Anglais	2														
Autre, (précisez) _____	3														
<p>5-6. Lieu de naissance des <u>parents biologiques</u> de l'enfant ou de l'adolescente. (Entourez un chiffre pour chaque parent)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Mère</th> <th style="width: 50%;">Père</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Québec..... 1</td> <td>Québec..... 1</td> </tr> <tr> <td>Autre province 2 (précisez):</td> <td>Autre province..... 2 (précisez):</td> </tr> <tr> <td>À l'extérieur du Canada..... 3 (précisez) _____</td> <td>À l'extérieur du Canada..... 3 (précisez) _____</td> </tr> </tbody> </table>	Mère	Père	Québec..... 1	Québec..... 1	Autre province 2 (précisez):	Autre province..... 2 (précisez):	À l'extérieur du Canada..... 3 (précisez) _____	À l'extérieur du Canada..... 3 (précisez) _____	2-5 <input type="checkbox"/> 2-6 <input type="checkbox"/>						
Mère	Père														
Québec..... 1	Québec..... 1														
Autre province 2 (précisez):	Autre province..... 2 (précisez):														
À l'extérieur du Canada..... 3 (précisez) _____	À l'extérieur du Canada..... 3 (précisez) _____														
<p>7-8. Origine ethnique des <u>parents biologiques</u> (Entourez un chiffre pour chaque parent)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Mère</th> <th style="width: 50%;">Père</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Québécoise. 1</td> <td>Québécoise 1</td> </tr> <tr> <td>Canadienne 2</td> <td>Canadienne 2</td> </tr> <tr> <td>Autre 3 (précisez)</td> <td>Autre..... 3 (précisez)</td> </tr> </tbody> </table>	Mère	Père	Québécoise. 1	Québécoise 1	Canadienne 2	Canadienne 2	Autre 3 (précisez)	Autre..... 3 (précisez)	2-7 <input type="checkbox"/> 2-8 <input type="checkbox"/>						
Mère	Père														
Québécoise. 1	Québécoise 1														
Canadienne 2	Canadienne 2														
Autre 3 (précisez)	Autre..... 3 (précisez)														

Ne rien inscrire
dans cette section

9-12. Indiquez le plus haut niveau de scolarité complété par chacun des adultes. (Inscrire le numéro correspondant au niveau de scolarité des parents naturels de l'enfant et des conjoints(es) selon le cas.)

9- Mère

10- Père

11- Conjointe

12- Conjoint

2-9

2-10

2-11

2-12

- Aucune scolarité ou uniquement l'école
maternelle.....00
- Première année01
- Deuxième année.....02
- Troisième année.....03
- Quatrième année.....04
- Cinquième année.....05
- Sixième année.....06
- Septième année07
- Huitième année ou secondaire I08
- Neuvième année ou secondaire II09
- Dixième année ou secondaire III.....10
- Onzième année ou secondaire IV11
- Douzième année ou secondaire V12
- Études **partielles** dans un cégep, une
école de métiers ou un collège
commercial privé, un institut technique,
une école de sciences infirmières,
une école normale 13
- Diplôme ou certificat d'études d'un**
cégep, d'une école de métiers, d'un
collège commercial privé, d'un institut
technique, d'une école de sciences
infirmières, d'une école normale..... 14
- Études **partielles** à l'université..... 15
- Certificat universitaire, Baccalauréat,
Maîtrise ou Doctorat acquis 16

CR:

DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE

Section IA. Contexte du dévoilement de l'agressionB. Réactions des parents et de l'entourage**Section II:**Caractéristiques et éléments contextuels de l'agression sexuelle qui est à la source de la demande de service**Section III:**Caractéristiques de(s) l'agresseur(s)**Section IV**Agressions sexuelles antérieures

Le présent questionnaire concerne exclusivement l'agression sexuelle qui est à l'origine de la référence ou de la demande d'aide. La dernière section (IV) est réservée pour les agressions sexuelles antérieures.

NOTES

Pour certaines questions des choix sont offerts, entourez alors le chiffre correspondant. N'entourez qu'un seul chiffre, sauf sur indication contraire.

Lorsque vous verrez ce symbole « ♦ » c'est que vous devez donner des précisions ou des explications supplémentaires sur la question qui est posée.

Les endroits où il est inscrit « notes » vous sont réservés pour ajouter des informations additionnelles si vous jugez que cela est pertinent.

Selon le cas, joindre la grille d'entrevue du PRADS version enfants (4-7 et 8-17) à la Section I B.

SECTION I (A)
Contexte du dévoilement de l'agression

Ne rien inscrire
dans cette section

<p>1. Quand le dévoilement menant à la présente demande de services a-t-il eu lieu? Inscrire la date approximative correspondant au dévoilement fait par l'enfant ou l'adolescente. S'il n'y a pas eu de dévoilement clair de la part de l'enfant inscrire la date approximative où les parents ont appris que leur enfant a été victime d'une agression sexuelle).</p> <p>Date approximative: jour/mois/année ____ / ____ /19 ____</p> <p>Notes: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	3-1 <input type="checkbox"/>		
<p>2. Au près de qui le dévoilement a-t-il été fait? Ou qui a été mis au courant en premier lieu?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>1. Parents (mère, père, conjoint-e)</p> <p>2. Fratrie</p> <p>3. Personnel enseignant</p> <p>4. Professionnel (santé et psychosocial) (précisez): _____</p> <p>5. Pairs</p> <p>6. Parenté (famille élargie, grands-parents, tante, cousine, etc.) (précisez): _____</p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>7. Policier</p> <p>8. Autres adultes significatifs (entraîneur sportif, moniteur(e) de loisirs, gardien(ne), etc.) (précisez) _____</p> <p>9. Autre (précisez) _____</p> </td> </tr> </table>	<p>1. Parents (mère, père, conjoint-e)</p> <p>2. Fratrie</p> <p>3. Personnel enseignant</p> <p>4. Professionnel (santé et psychosocial) (précisez): _____</p> <p>5. Pairs</p> <p>6. Parenté (famille élargie, grands-parents, tante, cousine, etc.) (précisez): _____</p>	<p>7. Policier</p> <p>8. Autres adultes significatifs (entraîneur sportif, moniteur(e) de loisirs, gardien(ne), etc.) (précisez) _____</p> <p>9. Autre (précisez) _____</p>	3-2 <input type="checkbox"/>
<p>1. Parents (mère, père, conjoint-e)</p> <p>2. Fratrie</p> <p>3. Personnel enseignant</p> <p>4. Professionnel (santé et psychosocial) (précisez): _____</p> <p>5. Pairs</p> <p>6. Parenté (famille élargie, grands-parents, tante, cousine, etc.) (précisez): _____</p>	<p>7. Policier</p> <p>8. Autres adultes significatifs (entraîneur sportif, moniteur(e) de loisirs, gardien(ne), etc.) (précisez) _____</p> <p>9. Autre (précisez) _____</p>		
<p>Notes concernant les personnes qui ont été mises au courant de l'agression:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			

La question numéro 3 a été supprimée

Circonstances du dévoilement

3-4

4-A De quelle manière la victime a-t-elle dévoilé l'agression?

(Entourez le chiffre correspondant et expliquez comment le dévoilement s'est produit)

1. Le dévoilement fait par la victime était volontaire et réfléchi

◆ Expliquez _____

2. Le dévoilement s'est fait « accidentellement » (ex: la victime a dévoilé sans le vouloir en disant certaines choses ou en manifestant certains comportements)

◆ Expliquez _____

3. Ni (1) ni (2)

◆ Expliquez _____

4-B. Comment les parents (ou l'adulte responsable de l'enfant) ont-ils appris que leur enfant a été victime d'une agression sexuelle?

◆ Expliquez: _____

5. Quel a été l'élément déclencheur du dévoilement?

(Ex: Événement précédant le dévoilement; ex: participation à un programme de prévention, cours sur la sexualité, émission de télé, etc.)

◆ Expliquez: _____

3-5

SECTION I (B)

Réactions des parents et de l'entourage (perceptions des parents et de l'enfant)

<p>6. Suite au dévoilement, quelle a été la première réaction des parents vis-à-vis l'enfant?</p> <p>◆ Décrivez</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3-6 <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Suite au dévoilement, décrivez les comportements ou attitudes des parents qui sont de l'ordre:</p> <p>A) de la punition: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>B) de la protection: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>C) du soutien ou du réconfort: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>D) de l'abandon ou du rejet _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3-7 A <input type="checkbox"/></p> <p>3-7 B <input type="checkbox"/></p> <p>3-7 C <input type="checkbox"/></p> <p>3-7 D <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Suite au dévoilement, quelles ont été les <u>actions entreprises</u> par les parents pour venir en aide à <u>l'enfant</u>? (Ex: Consultation d'un médecin, d'un professionnel, demander conseil à des proches, contacter la police, etc.).</p> <p>Décrivez dans l'ordre les différentes actions entreprises _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3-8 <input type="checkbox"/></p>

<p>9. Suite au dévoilement, les parents croient-ils ce que leur enfant raconte au sujet de l'abus sexuel?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, les parents croient entièrement ce que l'enfant rapporte au sujet de l'abus sexuel 2. Les parents croient en partie ce que l'enfant rapporte, mais pas totalement 3. Non, les parents ne croient pas du tout l'enfant <p>♦ Expliquez tout en précisant les raisons de la crédibilité ou de la non crédibilité</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>3-9 <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Suite au dévoilement, les parents considèrent-ils que l'enfant est responsable de l'abus sexuel?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oui, les parents croient que l'enfant est responsable de ce qui lui est arrivé 2. Les parents croient que l'enfant et l'agresseur sont tous les deux responsables 3. Non, les parents croient que l'agresseur est entièrement tenu responsable <p>Expliquez: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>3-10 <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Quelles ont été les conséquences de ce dévoilement sur les parents?</p> <p>♦ Décrire les <u>émotions</u> (culpabilité, tristesse, peur, colère...), les <u>pensées</u> (propre victimisation...) et les <u>actions</u> entreprises pour se sentir mieux (consultation d'un professionnel, parler avec une amie...).</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>3-11 <input type="checkbox"/></p>

<p>12. Suite au dévoilement, quels sentiments les parents ont-ils <u>exprimés</u> ou <u>ressentis</u> vis-à-vis <u>l'agresseur</u>?</p> <p>◆ Précisez: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3-12 <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Suite au dévoilement, quelles <u>actions</u> les parents ont-ils entrepris vis-à-vis <u>l'agresseur</u>? (Règlement de compte, interdiction de contacts avec leur enfant, plainte à la police, etc.)</p> <p>◆ Précisez: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3-13 <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Quelles sont les principales <u>inquiétudes</u>, <u>préoccupations</u> ou peurs des parents concernant:</p> <p>A. L'enfant: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>B. La famille: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>C. L'agresseur: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>3-14</p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>C. <input type="checkbox"/></p>

SECTION II:
Caractéristiques et éléments contextuels de l'agression sexuelle qui est à la source de la demande de service.

<p>15. Quelle était la nature de l'agression sexuelle? Entourez tous les chiffres correspondants.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"> 1. Proposition d'accomplir des actes sexuels 2. Exhibitionnisme 3. Utilisation de matériel pornographique (Visionnement de vidéo, revues, internet, etc) 4. L'enfant devait montrer ses parties génitales 5. Baisers sur la bouche 6. Attouchements sexuels par dessus les vêtements 7. Caresses génitales 8. L'enfant devait se masturber </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"> 9. Simulation de pénétration 10. Pénétration digitale dans le vagin ou l'anus 11. Contacts oraux-génitaux (agresseur-enfant) 12. Contacts oraux-génitaux (enfant-agresseur) 13. Pénétration vaginale 14. Pénétration anale 15. Production de matériel pornographique 16. Autre, (précisez): _____ _____ </td> </tr> </table> <p>◆ Précisez: _____ _____</p>	1. Proposition d'accomplir des actes sexuels 2. Exhibitionnisme 3. Utilisation de matériel pornographique (Visionnement de vidéo, revues, internet, etc) 4. L'enfant devait montrer ses parties génitales 5. Baisers sur la bouche 6. Attouchements sexuels par dessus les vêtements 7. Caresses génitales 8. L'enfant devait se masturber	9. Simulation de pénétration 10. Pénétration digitale dans le vagin ou l'anus 11. Contacts oraux-génitaux (agresseur-enfant) 12. Contacts oraux-génitaux (enfant-agresseur) 13. Pénétration vaginale 14. Pénétration anale 15. Production de matériel pornographique 16. Autre, (précisez): _____ _____	3-15 <input type="checkbox"/>
1. Proposition d'accomplir des actes sexuels 2. Exhibitionnisme 3. Utilisation de matériel pornographique (Visionnement de vidéo, revues, internet, etc) 4. L'enfant devait montrer ses parties génitales 5. Baisers sur la bouche 6. Attouchements sexuels par dessus les vêtements 7. Caresses génitales 8. L'enfant devait se masturber	9. Simulation de pénétration 10. Pénétration digitale dans le vagin ou l'anus 11. Contacts oraux-génitaux (agresseur-enfant) 12. Contacts oraux-génitaux (enfant-agresseur) 13. Pénétration vaginale 14. Pénétration anale 15. Production de matériel pornographique 16. Autre, (précisez): _____ _____		
<p>16. Quels sont les principaux endroits où la victime a été agressée?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"> 1. À la maison 2. À l'école ou à la garderie 3. Là où elle se fait garder 4. Au terrain de jeux (parcs) 5. En visite chez la parenté 6. Chez l'agresseur </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 2px;"> 7. Chez un(e) ami(e) 8. Dans une voiture 9. Dans un motel 10. Autre (précisez) _____ </td> </tr> </table>	1. À la maison 2. À l'école ou à la garderie 3. Là où elle se fait garder 4. Au terrain de jeux (parcs) 5. En visite chez la parenté 6. Chez l'agresseur	7. Chez un(e) ami(e) 8. Dans une voiture 9. Dans un motel 10. Autre (précisez) _____	3-16 <input type="checkbox"/>
1. À la maison 2. À l'école ou à la garderie 3. Là où elle se fait garder 4. Au terrain de jeux (parcs) 5. En visite chez la parenté 6. Chez l'agresseur	7. Chez un(e) ami(e) 8. Dans une voiture 9. Dans un motel 10. Autre (précisez) _____		
<p>17. Lors des agressions, y avait-il d'autres victimes?</p> <p>1. Oui 2. Non</p> <p>◆ Si oui, précisez: _____ _____</p>	3-17 <input type="checkbox"/>		
<p>18. Lors des agressions, y avait-il des personnes témoins?</p> <p>1. Oui 2. Non</p> <p>◆ Si oui, précisez: _____ _____</p>	3-18 <input type="checkbox"/>		

<p>19. Quelle est la période de temps durant laquelle les agressions se sont produites?</p> <p>A. Date du premier épisode d'agression: mois/année → ____ / 19 ____</p> <p>B. Date du dernier épisode d'agression: mois/année → ____ / 19 ____</p> <p>20. Quel était l'âge de l'enfant au moment de la première agression? ____ ans</p>	<p>3-19</p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p> <p>3-20</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>21. Quel est le nombre de fois où l'enfant a été agressé durant cette période?</p> <p>1. Une seule fois 2. Plus d'une fois; précisez le nombre ()</p> <p>♦ Expliquez: _____</p> <p>_____</p>	<p>3-21</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>22A. Quelles étaient les <u>stratégies d'approche</u> de l'agresseur auprès de la victime?</p> <p>♦ Expliquez: _____</p> <p>_____</p> <p>22B. Afin que la victime <u>accomplisse des actes sexuels</u>, l'agresseur utilisait-il des incitatifs tels que:</p> <p>A. une plus grande attention, des compliments, de l'affection 1. Oui 2. Non</p> <p>B. des cadeaux, des sorties, de l'argent, de la nourriture 1. Oui 2. Non</p> <p>C. une représentation fautive de la sexualité (ex: l'agresseur dit à la victime qu'elle doit apprendre ces comportements...) 1. Oui 2. Non</p> <p>D. la séduction (ex: l'agresseur dit à la victime qu'elle est attirante sexuellement, que c'est agréable de faire ce genre de comportements, qu'elle va se sentir mieux après...) 1. Oui 2. Non</p>	<p>3-22</p> <p>A <input type="checkbox"/></p> <p>B <input type="checkbox"/></p>
<p>23. Quels comportements de coercition négative l'agresseur a-t-il utilisé...</p> <p>A. afin que la victime <u>accomplisse des actes sexuels</u>? (Ex: Menacer la victime de lui faire du mal, de faire du mal à des personnes de sa famille, utilisation de la force physique, d'une arme, etc.)</p> <p>♦ Expliquez: _____</p> <p>_____</p> <p>B. afin que la victime <u>ne parle pas</u> de ces événements, garde le secret? (Ex: Menacer la victime de lui faire du mal, de faire du mal à des personnes de sa famille, de se venger, de la punir, etc.)</p> <p>♦ Expliquez: _____</p> <p>_____</p>	<p>3-23</p> <p>A. <input type="checkbox"/></p> <p>B. <input type="checkbox"/></p>

<p>24. La victime a-t-elle déjà refusé de participer à des actes sexuels proposés par l'agresseur ou réussi à « s'échapper »?</p> <p>1. OUI 2. NON</p> <p>◆ Si oui, quelles stratégies la victime a-t-elle utilisées (ce qu'elle lui a dit, ce qu'elle a fait...)? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	3-24 <input type="checkbox"/>
<p>25. Quelles étaient les <u>réactions sexuelles</u> de la victime lors des épisodes d'agression?</p> <p>◆ Précisez: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	3-25 <input type="checkbox"/>
<p>26. Quels étaient les <u>comportements</u> de la victime suite à l'agression? (ex: se laver, pleurer, manger, etc.)</p> <p>◆ Précisez: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	3-26 <input type="checkbox"/>
<p>27. Quels étaient les <u>émotions</u> ou sentiments de la victime pendant et suite à l'abus?</p> <p>◆ Précisez: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	3-27 <input type="checkbox"/>
<p>28. Quelles étaient les <u>pensées</u> de la victime suite à l'abus?</p> <p>◆ Précisez: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	3-28 <input type="checkbox"/>

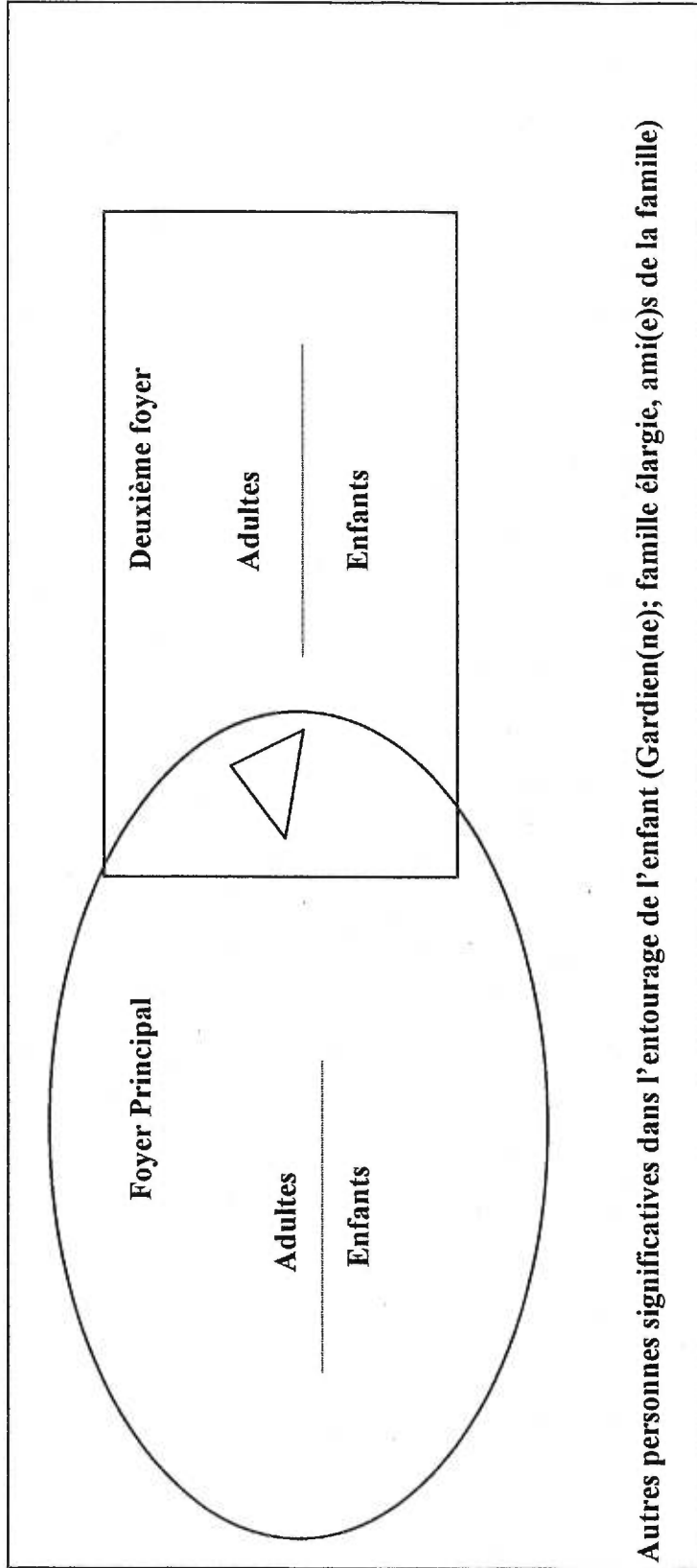
CR:

STRUCTURE FAMILIALE

Ne rien
inscrire
dans cette
section

<p>Catégorisation générale</p> <p>1- Intacte (l'enfant vit avec ses deux parents biologiques)</p> <p>2- Recomposée M (l'enfant vit principalement avec sa mère biologique et le conjoint de madame)</p> <p>3- Recomposée P (l'enfant vit principalement avec son père biologique et la conjointe de monsieur)</p> <p>4- Monoparentale M (l'enfant vit avec sa mère)</p> <p>5- Monoparentale P (l'enfant vit avec son père)</p> <p>6- Famille d'accueil</p> <p>7- Autre (précisez): _____</p>	4-1 <input type="checkbox"/>
<p>Histoire familiale (liens familiaux, séparation, divorce, mortalité, déménagements...)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	4-2 <input type="checkbox"/>
<p>Précisions concernant les modalités de garde de l'enfant et les droits de visite</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	4-3 <input type="checkbox"/>
<p>Autres informations sur la constellation familiale actuelle</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	4-4 <input type="checkbox"/>

Constellation familiale



Conventions: Un individu = ○ Enfant victime = △ Indiquer l'âge de chaque individu

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| Père biologique = PB | Mère biologique = MB | Conjoint du parent = CT | Conjointe du parent = CTE |
| Frère = F ₁ F ₂ | Soeur = S ₁ S ₂ | Demi-frère = DF ₁ DF ₂ | Demi-Socur = DS ₁ DS ₂ |
| Enfant conjoint(e) | | | |
| ECF ₁ ECF ₂ ECG ₁ ECG ₂ | | | |

CR:

**ENTREVUE D'ÉVALUATION
FONCTIONNEMENT FAMILIAL & CHANGEMENTS IDENTIFIÉS
PAR LES MEMBRES DE LA FAMILLE**

6-1 Histoire familiale de la victime

6-2 Modes relationnels dans la famille

6-3 Socialisation

6-4 Intimité familiale

CHANGEMENTS IDENTIFIÉS AU PLAN

1. sexuel, émotionnel, cognitif, somatique, comportemental (scolaire, activités & loisirs).
2. interpersonnel et social (les relations avec les pairs)
3. familial (les relations entre les membres de la famille et entre la famille et l'entourage)

Point de vue des parents

6-5 Quels changements les parents ont-ils identifiés chez leur enfant depuis l'agression?

6-6 Quels changements les parents ont-ils identifiés depuis le dévoilement?

Point de vue de la victime

6-7 Quels ont été les changements identifiés par la victime depuis le premier abus?

6-8 Quels ont été les changements identifiés par la victime depuis le dévoilement?
