

2m11.2886.1

Université de Montréal

Évaluation des effets d'une intervention de groupe effectuée  
auprès d'hommes agressés sexuellement dans leur enfance

par

Marie-Laure Guillot

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.)

Décembre, 2000

© Marie-Laure Guillot, 2000



2011-2012

Université de Montréal

Évaluation des effets de l'intégration de groupes ethniques  
dans le processus de planification des services sociaux

2011

Maria-Laura Gauthier

École de travail social

Faculté des arts et des sciences

HV

13

U54

2001

n.004

2011-2012

Université de Montréal



Université de Montréal  
Facultés des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Évaluation des effets d'une intervention de groupe effectuée  
auprès d'hommes agressés sexuellement dans leur enfance

présenté par  
Marie-Laure Guillot

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Jacques Moreau	Président-rapporteur
Pauline Morissette	Directrice de recherche
Marc Tourigny	Codirecteur de recherche
Claire Malo	Membre du jury

Mémoire accepté le: 30 avril 2001

## SOMMAIRE

Le but de la présente recherche est d'évaluer les effets d'une intervention de groupe qui s'adresse à des hommes agressés sexuellement durant leur enfance ou leur adolescence. Cette étude décrit également la nature des agressions sexuelles subies et l'état psychologique des hommes en début d'intervention.

L'intervention de groupe utilise une approche psychoéducatrice qui vise à briser l'isolement des participants et à leur donner de l'information qui permet de modifier les croyances et les perceptions de soi négatives acquises à travers l'expérience de l'agressions sexuelle.

Pour réaliser cette étude, un devis quasi-expérimental avec des mesures pré-test et post-test a été utilisé. Le groupe expérimental (n=23) est composé des hommes qui ont complété l'intervention de groupe. Le groupe témoin (n=13) est composé quant à lui d'hommes agressés sexuellement dans l'enfance mais qui n'étaient pas en démarche d'aide professionnelle ou autre pour les agressions sexuelles. Les hommes des deux groupes ont été sélectionnés selon les mêmes critères, soit être âgé de 18 ans et plus, avoir vécu une ou plusieurs agressions sexuelles avec contact avant l'âge de 18 ans, avoir le souvenir précis d'au moins une occasion d'agression et ne pas avoir agressé d'enfants à l'âge adulte.

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire comportant des questions sur les caractéristiques sociodémographiques des sujets et sur la nature des agressions sexuelles subies dans l'enfance. Des échelles standardisées mesurant l'état psychologique des sujets ont également été utilisées : le Trauma Symptom Checklist (TSC-40: Elliot & Briere, 1991), le Culture-Free Self-Esteem Inventories for Adults (SEI: Battle, 1981), l'Index de Détresse Psychologique de l'Enquête de Santé Québec (IDPESQ-29 : Prévillle ,

Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992) et le Revised UCLA Loneliness Scale (Russell, Pepleau et Cutrona, 1980).

Les hommes de notre étude ont vécu des agressions sexuelles sévères : les sujets ont subi des agressions multiples perpétrées par un membre de leur famille et ils ont été agressés par au moins deux agresseurs. Ils ont subi des attouchements accompagnés de pénétration anale ou de fellation et les agressions étaient généralement accompagnées de force physique.

Une première série d'analyses révèle qu'au pré-test, les hommes du groupe expérimental éprouvaient des symptômes psychologiques plus intenses que les hommes du groupe contrôle et ce, sur toutes les échelles de mesure.

Une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées indique que l'intervention de groupe produit des changements significatifs ( $p < 0,05$ ) sur les variables estime de soi (SEI) et traumatismes liés aux agressions sexuelles (SATI, TSC-40). Ces résultats indiquent que le niveau d'estime de soi des hommes qui ont complété l'intervention de groupe a augmenté de façon significative par rapport aux hommes du groupe contrôle. Les hommes du groupe expérimental éprouvaient aussi une baisse significative de leurs symptômes traumatiques liés aux agressions sexuelles par rapport aux hommes du groupe contrôle. Les résultats indiquent que l'intervention de groupe permet aux hommes d'améliorer leur bien être.

Cette étude se veut un effort pour combler le manque d'études pour évaluer les interventions s'adressant aux hommes abusés sexuellement dans l'enfance. Elle contribue à l'avancement des connaissances à cet égard. Les résultats suggèrent que l'intervention de groupe à court terme, utilisant une approche psychoéducative, est une modalité d'intervention efficace et qui peut guider les intervenants et les intervenantes intéressé(e)s à venir en aide à cette clientèle.

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	iii
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
REMERCIEMENTS.....	ix
<b>CHAPITRE PREMIER: CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>3</b>
a) Les agressions sexuelles commises envers les garçons.....	3
2.1 L'ampleur des ASE.....	3
2.2 Les caractéristiques des victimes et des agressions sexuelles	6
2.3 Les effets à long terme.....	8
2.4 L'absence de symptômes.....	16
2.5 Les limites des études .....	17
b) Les interventions de groupe et leurs efficacité.....	18
2.6 L'intervention de groupe.....	18
2.7 Les recherches évaluatives.....	25
<b>3. PRÉSENTATION DE L'INTERVENTION DE GROUPE.....</b>	<b>27</b>
3.1 L'historique de PHASE I.....	27
3.2 Les objectifs poursuivis.....	28
3.3 La description de PHASE I.....	28
3.4 Les activités effectuées et les thèmes abordés lors des rencontres.....	31

3.5	La théorie explicative des conséquences des ASE.....	35
3.6	Le modèle d'intervention utilisé.....	36
<b>4.</b>	<b>BUTS ET QUESTIONS DE RECHERCHE.....</b>	<b>38</b>
	<b>CHAPITRE 2: MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>39</b>
<b>1.</b>	<b>DEVIS.....</b>	<b>39</b>
<b>2.</b>	<b>PROCÉDURES.....</b>	<b>39</b>
2.1	Recrutement.....	39
2.2	Dédommagement.....	42
2.3	Passation des questionnaires.....	43
<b>3.</b>	<b>VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE .....</b>	<b>44</b>
3.1	Variable indépendante.....	44
3.2	Variables dépendantes.....	45
3.3	Instruments de mesures.....	45
3.3.1	Questionnaires sur les données sociodémographiques et sur les critères de sélection.....	48
3.3.2	Grille sur les ASE.....	47
3.3.3	Questionnaire sur l'état psychologique des sujets.....	47
<b>4.</b>	<b>PROCÉDURES D'ANALYSE.....</b>	<b>52</b>
	<b>CHAPITRE 3: RÉSULTATS.....</b>	<b>53</b>
<b>1.</b>	<b>LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOLOGIQUES.....</b>	<b>53</b>
<b>2.</b>	<b>LES CARACTÉRISTIQUES DES ASE.....</b>	<b>54</b>
<b>3.</b>	<b>L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES SUJETS AU T1.....</b>	<b>56</b>
<b>4.</b>	<b>LES EFFETS DE L'INTERVENTION DE GROUPE.....</b>	<b>57</b>

<b>5. LES ANALYSES DESCRIPTIVES COMPLÉMENTAIRES....</b>	<b>59</b>
<b>CHAPITRE QUATRE: DISCUSSION.....</b>	<b>61</b>
<b>1. LA NATURE DES ASE.....</b>	<b>61</b>
<b>2. L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES SUJETS.....</b>	<b>63</b>
<b>3. L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION DE GROUPE.....</b>	<b>66</b>
<b>4. LES CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET LES RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES</b>	<b>71</b>
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
<b>ANNEXES</b>	
I Formulaire de consentement pour le groupe expérimental	x
II Formulaire de consentement pour le groupe témoin.....	xiii
III Questionnaire sur les variables socio-démographiques pour le groupe expérimental.....	xvi
IV Questionnaire sur les variables socio-démographiques pour le groupe témoin.....	xxi
V Grille sur les ASE.....	xxv
VI Questionnaire sur l'état psychologique.....	xxix
VII TSC-40, version anglaise.....	xxxix
VIII Questionnaire de l'ÉSUL.....	xli



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Caractéristiques des interventions de groupe.....	21
Tableau II	PHASE I: titres et objectifs généraux des rencontres.....	32
Tableau III	Pourcentage de pertes et d'abandons entre le pré et le post test.....	43
Tableau IV	Variables, méthodes et instruments de mesures.....	46
Tableau V	Caractéristiques socio-démographiques du groupe expérimental et du groupe témoin.....	53
Tableau VI	Caractéristiques des ASE du groupe expérimental et du groupe témoin.....	55
Tableau VII	Différences entre les groupes sur l'état psychologique au T1.....	56
Tableau VIII	Résultats de l'ANOVA à mesures répétées.....	58

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier tous les hommes qui ont accepté de participer à cette recherche. Leur collaboration et leur confiance à mon endroit ont été des éléments indispensables sans lesquels ce mémoire n'aurait pu être fait.

Je tiens à remercier mes co-directeurs, madame Pauline Morissette et monsieur Marc Tourigny pour leur soutien, leurs suggestions avisées et leur grande disponibilité qui ont fait de cette démarche un apprentissage fructueux et enrichissant.

Je tiens aussi à remercier monsieur Hong-Xing Wu et madame Nathalie Kishchuk pour leur soutien aux analyses statistiques, madame Lise Pelletier pour son aide à la rédaction de différentes parties de ce mémoire et madame Catherine Gélinas pour sa disponibilité et ses suggestions en fin de parcours.

Un merci tout particulier à madame Mireille Brais, du *Cran des femmes*, qui m'a permis maintes fois de m'absenter du travail durant ces trois années pour mener à terme cette recherche.

Finalement, merci à Marc Dagenais, pour le soutien moral et logistique et pour les encouragements prodigués tout au long de cette recherche.

## **CHAPITRE PREMIER : CADRE THEORIQUE**

### **1. INTRODUCTION**

Les agressions sexuelles commises envers les enfants ont soulevé l'attention du public et des professionnels de la santé mentale dès les années soixante-dix (Friedman, 1994 ; Finkelhor dans Mendel, 1995) grâce, entre autres, au mouvement féministe qui dénonçait alors la violence sexuelle envers les femmes et les enfants (Herman, 1985, cité dans Damant, 1995). Depuis, plusieurs écrits ont été publiés sur la prévalence et les effets à court et à long terme de l'inceste et des agressions sexuelles dans l'enfance (ASE) (Friedman, 1994 ; Mendel, 1995).

Les recherches liées à la problématique des agressions sexuelles envers les garçons apparaissent dans la littérature scientifique plus tard, soit au milieu des années quatre-vingts (Dhaliwal, Gauzas, Antonowicz et Ross, 1996 ; Mendel, 1995). Cet intérêt relativement récent pour les agressions sexuelles envers les garçons ne peut s'expliquer uniquement par leur faible incidence apparente. Effectivement, des études récentes menées auprès d'hommes adultes démontrent de façon éloquent l'existence d'un nombre important de victimes masculines. Il faut plutôt s'arrêter à l'envergure de l'impact des stéréotypes sexuels sur la méconnaissance sociale des ASE envers les garçons et de la socialisation des hommes sur le dévoilement de ces ASE. Il en résulte que les garçons et les hommes dévoilent peu leurs expériences. D'après certains auteurs, c'est ce qui a laissé croire que cette problématique était peu répandue, expliquant aussi l'intérêt récent des chercheurs (Nasjleti, 1981, cité dans Vander Mey, 1988). Le corollaire de cette situation est que nos connaissances sur les effets des ASE chez les hommes sont relativement éparses et peu

approfondies. L'impact des stéréotypes sexuels et de la socialisation sur le faible taux de dévoilement seront abordés dans ce premier chapitre.

Il faudra ensuite attendre la fin des années quatre-vingts et surtout le milieu des années quatre-vingt-dix pour voir apparaître dans la littérature la description d'interventions de groupe visant à atténuer les effets négatifs des ASE chez les hommes. Jusqu'ici, l'efficacité de ces interventions n'a pas été vérifiée. À cet égard, Dhaliwal et ses collègues (1996) soulignaient le manque systématique de connaissances sur l'efficacité des interventions offertes aux hommes dû à l'absence de recherche évaluative. Il semble donc impossible à ce jour de porter un jugement évaluatif sur l'efficacité des programmes mis de l'avant dans le cadre de cette problématique des ASE chez les hommes.

L'état actuel des connaissances sur la prévalence, sur les conséquences des ASE chez les hommes et sur les besoins de ces hommes est bien résumé par Mendel (1995) : « *Male survivors of child sexual abuse constitute an extremely underidentified, undeserved, and, all too often, misunderstood population* » (p.1).

Le besoin d'études améliorant les connaissances sur l'efficacité des interventions est donc criant si nous voulons offrir des services de qualité qui répondent aux besoins des hommes. La présente recherche s'inscrit dans cette lignée et consiste en une évaluation de l'efficacité d'une intervention de groupe qui s'adresse aux hommes agressés sexuellement dans leur enfance. Dans le premier chapitre, nous situons d'abord l'étendue des ASE commises envers les garçons, nous décrivons ensuite leurs caractéristiques et leurs effets à long terme. Une recension des écrits sur les interventions de groupe s'adressant aux hommes est par la suite présentée de même que la seule étude évaluative identifiée au sein de la littérature scientifique. Pour terminer, nous présentons

l'intervention de groupe PHASE I (Pour Abusés Sexuellement dans leur Enfance), les buts et les questions de recherche.

## **2. ÉTAT DES CONNAISSANCES**

### **A) LES AGRESSIONS SEXUELLES COMMISES ENVERS LES GARÇONS**

#### **2.1 L'ampleur des ASE**

La première étude nous permettant d'avoir des taux de prévalence des ASE pour l'ensemble de la population canadienne a été effectuée en 1984 par le Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes. Cette étude de prévalence a été menée auprès d'un échantillon national sélectionné au hasard. Parmi les 2 135 personnes interrogées, 16% des hommes et 33% des femmes ont déclaré avoir été victimes d'agressions sexuelles avec contact physique avant l'âge de 16 ans.

Une recension des écrits scientifiques de langue anglaise publiés entre 1985 et 1997 nous permet de brosser un tableau des ASE commises envers les garçons en Amérique du Nord. Les objectifs visés par cette recension étaient de clarifier la définition des agressions sexuelles, de mettre à jour sa prévalence, d'examiner ses conséquences et la prise en charge des cas rapportés (Holmes et Slap, 1998). Ces auteurs ont identifié 166 recherches effectuées auprès de victimes masculines de différents groupes d'âge. Les études citées ont été sélectionnées sur la base des critères suivants : avoir été publiées dans des journaux reconnus par des pairs, présenter des résultats différenciés selon les sexes pour les études ayant des échantillons mixtes, présenter une méthodologie de recherche claire et avoir un échantillon minimal de 20 sujets.

Les études rapportent des taux de prévalence variant de 4% à 76% selon la définition de l'agression sexuelle utilisée et la population étudiée. Certaines recherches ont été effectuées auprès de plus de 1 000 sujets. Parmi celles-ci, une étude américaine (sondage téléphonique) effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 1 145 hommes américains âgés de 18 ans et plus a rapporté que 16% des hommes ont dévoilé avoir subi des agressions sexuelles avant l'âge de 18 ans. Une étude menée auprès de la population ontarienne a, quant à elle, indiqué que 7% des hommes ont déclaré avoir subi des agressions sexuelles avant l'âge de 16 ans. D'autres recherches nord-américaines menées dans les écoles auprès de sujets plus jeunes rapportent des pourcentages variant de 4% à 16%.

Une autre recherche canadienne menée auprès d'un échantillon représentatif de 750 hommes de la ville de Calgary tentait d'explorer les liens entre différents types d'agressions subies avant l'âge de 17 ans et les conséquences à long terme sur la santé mentale des sujets (Bagley, Wood et Young, 1994). Elle a évalué que 15,6% des hommes avaient été victimes d'agressions sexuelles avec contact avant 17 ans.

En conclusion, ces résultats issus d'études menées auprès de larges échantillons représentatifs de populations américaine et canadienne nous indiquent des taux de prévalence des hommes agressés sexuellement pendant leur enfance variant de 7% à 16%. Bien que les pourcentages varient considérablement, ils font ressortir que cette problématique mérite notre attention.

Cette variation observée dans les taux s'explique, entre autres, par les particularités méthodologiques de chaque étude, c'est-à-dire les façons de définir les agressions sexuelles, les populations étudiées et le choix des méthodes de cueillette de données (Holmes et al., 1998 ; Ferguson, 1997 ; Dhaliwhal et al., 1996 ; Mendel, 1995). Parmi ces éléments, la population

étudiée semble être le facteur explicatif le plus important. En effet, malgré les taux de prévalence relativement stables au sein des populations étudiantes et de la population en général (Dhaliwal, 1996 ; Mendel, 1995), il ressort que les taux de prévalence issus des échantillons cliniques sont plus élevés (Ferguson, 1997 ; Dhaliwal et al., 1996 ; Mendel, 1995). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que «les hommes recevant des services dans les centres de traitement seraient plus enclins à reconnaître le traumatisme des agressions sexuelles et à admettre avoir vécu ces expériences » (Kendall-Tackett et Simon dans : Dhaliwal et al. ,1996, traduction libre, p. 623).

Par ailleurs, plusieurs auteurs croient que les taux de prévalence ne sont qu'une estimation très partielle de la réalité (Mendel, 1995 ; Dhaliwal et al., 1996, Finkelhor, 1990). Différents éléments propres aux agressions sexuelles envers les garçons feraient en sorte que ces estimations soient en deçà de la réalité. Les éléments les plus souvent mentionnés sont :

1. la réticence des hommes et des garçons à dévoiler les agressions sexuelles (Dhaliwal et al. , 1996 ; Mendel, 1995, Urquiza et Keating, 1990 ; Singer, 1989 ; Dimock, 1988) ;
2. le stigma de l'homosexualité, les victimes agressées par des hommes ayant peur d'être identifiées comme des homosexuels (Mendel, 1995) ;
3. les pertes de mémoire causées par la répression d'événements traumatisants (Dhaliwal et al., 1996) ;
4. le fait que nous vivions dans une société patriarcale où les hommes sont considérés comme des agresseurs sexuels et physiques et non comme des victimes (Dhaliwal et al., 1996 ; Mesey, 1992) ;
5. la peur des hommes d'être étiquetés inadéquats ou d'être considérés comme les initiateurs de l'agression (Dhaliwal et al., 1996) ;

6. la tendance qu'ont plusieurs intervenants et intervenantes du milieu (justice, santé, éducation) à nier l'existence de ce problème ou de ses conséquences (Dhaliwal et al., 1996).

## 2.2 Les caractéristiques des victimes et des ASE

Cette section résume la recension de Holmes et ses collègues (1998) qui ont examiné les caractéristiques des victimes et des agressions sexuelles à partir d'études qui recourent à de larges échantillons. D'abord, l'âge moyen des garçons au moment de la première agression est de 9,8 ans, plus de la moitié des victimes ayant moins de 11 ans. Les agresseurs sont des hommes dans la très grande majorité des cas. Les agressions ont lieu à l'extérieur du cadre familial dans plus de la moitié des cas et les agresseurs ne sont pas connus de leur victime dans des proportions variant de 21% à 40%. L'âge serait lié aux types d'agressions sexuelles, les garçons de moins de six ans étant plus à risque d'agressions intra familiales ou d'agressions commises par des connaissances alors que les garçons de plus de 12 ans seraient, quant à eux, plus susceptibles d'être agressés par des personnes à l'extérieur du cadre familial ou qu'ils ne connaissent pas. Pour ce qui est de la fréquence et de la durée des agressions, les résultats des études ne concordent pas toujours. Des études font part qu'un seul événement est rapporté par 46% à 93% des garçons et d'autres études soulignent que des agressions chroniques sont rapportées par 17% à 53% des garçons. Ces agressions chroniques sont d'une durée variable, certaines s'étalant sur six mois et moins et d'autres allant jusqu'à 48 mois.

Les études font également état des agressions le plus souvent rapportées par les victimes. Les attouchements aux parties génitales (fait à l'enfant ou par l'enfant) seraient plus fréquents alors que les contacts oraux-génitaux et la pénétration anale seraient plus rares, bien qu'il n'y ait pas de consensus à cet égard. Par exemple, la pénétration anale est citée dans 37 à 70% des cas par les



sujets de 13 études tandis que moins de 33% des hommes ou des garçons en font mention dans neuf autres études. Il semble que le risque de ce type d'agression augmente avec l'âge de la victime, en particulier chez les jeunes de neuf à onze ans. Pour ce qui a trait à l'utilisation de la force, elle serait présente dans 10% à 25% des agressions, dans la plupart des études. Toutefois, quatre études établissent des taux beaucoup plus élevés qui varient entre 32% et 56%. Les garçons plus vieux et agressés par un homme seraient plus à risque de subir des gestes sous menace de contraintes ou de blessures physiques. Les femmes qui agressent utiliseraient davantage la persuasion et les promesses de faveurs spéciales.

Toujours selon cette recension, il semble qu'il y ait cooccurrence d'agressions sexuelles et physiques, en particulier chez les jeunes agressés sexuellement par un membre de leur famille. La présence d'agressions sexuelles et d'agressions physiques est rapportée de façon concomitante dans une proportion variant de 36% à 68%.

Par ailleurs, moins du tiers des hommes agressés sexuellement ont dévoilé les ASE commises contre eux. Est-ce que ce faible taux de dévoilement prévaut davantage chez les victimes masculines ? Une étude qui a comparé les effets des ASE entre les hommes et les femmes rapporte que ces dernières étaient significativement plus nombreuses que les hommes à avoir dévoilé, enfants, les agressions sexuelles qu'elles avaient subies ou subissaient (62% comparativement à 31%) (Roesler et McKenzie, 1994). Ce dernier élément tend à renforcer l'hypothèse de la sous-estimation des ASE chez les garçons.

En conclusion, ces données indiquent que les garçons sont agressés tôt puisque la très grande majorité d'entre eux ont moins de 11 ans au moment de la première agression. Les agresseurs sont des hommes connus des victimes et sont dans plus de la moitié des cas extérieurs au milieu familial. Malgré

l'absence de consensus sur la fréquence et la durée des agressions, il semble que les agressions chroniques perpétrées sur une longue période ne soient pas des exceptions. Il en est de même pour la sévérité des AS puisque les jeunes sont confrontés à une variété d'actes, incluant la pénétration anale, les menaces ou l'utilisation de la force chez les plus vieux et les agressions physiques dans plus du tiers des cas. L'âge semble être un facteur associé à différentes caractéristiques dont les agressions intra et extra familiales, la gravité des actes commis et l'utilisation de la force ou de la menace d'utiliser la force. En dépit de la gravité des actes commis, peu de garçons choisissent de dévoiler qu'ils ont été agressés.

### **2.3 Les effets à long terme des ASE**

Une autre recension a identifié 35 études effectuées auprès d'échantillons non cliniques (Bauserman et Rind, 1997). Ces études ont porté sur la perception des ASE par les hommes survivants, sur les effets des ASE ou sur les variables modératrices des effets. Nous rapporterons les résultats de cette recension sur les effets engendrés par les ASE qui ont été mesurés par des outils standardisés (14 études) et sur les variables modératrices de ces effets.

En général, les hommes agressés sexuellement dans l'enfance éprouvent davantage de problèmes que les hommes non agressés sexuellement. Ces problèmes sont les troubles de la personnalité, l'ajustement sexuel, le faible estime de soi, la dépression, l'anxiété et le stress post-traumatique. Bauserman et Rind soulignent cependant que les différences observées ne concernent qu'une minorité de mesures, indiquant que les hommes agressés sexuellement dans leur enfance seraient légèrement moins équilibrés que les hommes non agressés sexuellement. Par ailleurs, ces auteurs constatent que les résultats varient selon la définition des ASE utilisée. Effectivement, les études qui ont défini les expériences sexuelles comme abusives rapportent un plus grand

nombre de liens entre les ASE et les symptômes psychologiques mentionnés plus haut. Les résultats sur les conséquences varient également dans les études qui ont réparti les hommes agressés sexuellement dans des groupes différents selon qu'ils avaient une perception négative ou positive des agressions. Les hommes qui avaient des perceptions négatives des ASE éprouvaient des symptômes plus élevés que les hommes qui avaient des perceptions positives. Bauserman et Rind posent l'hypothèse que le niveau de symptômes varie selon les perceptions des ASE chez les hommes.

Cette hypothèse a été explorée et contredite par Holmes et ses collègues qui rapportent les résultats d'une méta-analyse (n=2451) où les recherches indiquaient que les ASE ne produisaient pas de conséquences négatives selon la perception des hommes. D'autres études, qui utilisaient des outils standardisés, tendaient à démontrer que les hommes agressés sexuellement étaient plus à risque d'éprouver des effets négatifs cliniques. Holmes et ses collègues rapportent les effets suivants :

*«Les symptômes du stress post-traumatique, la dépression majeure, l'anxiété, le trouble de personnalité borderline, le trouble de la personnalité antisociale, les troubles de paranoïa, la dissociation, la somatisation, la boulimie, la colère, des comportements agressifs, une pauvre image de soi, des fugues, des problèmes avec la justice, des tentatives de suicide, des problèmes de consommation abusive de substances psychoactives, des troubles sexuels, et des ruptures maritales. » (Traduction libre, Holmes et al., 1998, p.1858-1859)*

Les auteurs expliquent ce contraste par le fait que les garçons agressés à un âge plus élevé et les garçons victimes d'agressions plus coercitives avaient tendance à se blâmer ou à se responsabiliser. Ils posent l'hypothèse suivante :

*« Les hommes ont l'impression de ne pas avoir répondu à l'attente sociale d'autoprotection et, plutôt que d'accepter cet échec, ils minimisent les conséquences. Une étude révèle d'ailleurs que des étudiants universitaires accordaient moins de responsabilité à l'agresseur lorsque la victime était un homme plutôt qu'une femme.*

*Il est aussi possible que les réactions de plaisir physique compliquent la perception après l'agression. » (Traduction libre, p. 1859).*

Il semble donc incertain que les perceptions des hommes aient une influence sur les effets des ASE mesurés par les tests standardisés. Des recherches plus approfondies sur la possibilité d'un tel lien sont nécessaires pour nous permettre d'émettre une conclusion à cet égard.

Bauserman et Rind (1997) rapportent que les variables associées à des réactions et à des conséquences négatives sont l'utilisation de la force ou de menaces et les contacts entre un enfant et un parent. Les attouchements sexuels et la pénétration sont des gestes plus souvent associés à des effets négatifs. Les résultats sont inconsistants pour la durée et la répétition des agressions, la différence d'âge entre l'agresseur et la victime et l'âge du jeune au moment de l'agression sexuelle.

Ces auteurs concluent que les études qui se servent d'échantillons non cliniques rapportent des résultats différents des études qui recourent à des échantillons cliniques. Ces dernières font état d'un plus large éventail de problèmes émotifs, comportementaux et sexuels. Selon eux, les résultats des recherches effectuées auprès d'échantillons cliniques ne peuvent prétendre décrire l'expérience de l'ensemble des hommes agressés sexuellement puisque

1. les sujets des échantillons cliniques sont peut-être ceux qui ont le plus souffert des AS et ;
2. les hommes dévoilent peu les ASE dans un contexte autre que clinique.

Il est à mentionner que cette recension ne tient pas compte des variables modératrices ou concomitantes lorsqu'elle rapporte les résultats des études sur les effets des ASE. Ceci nous aurait permis de relativiser l'interprétation des

résultats de ces études selon la présence des variables qui peuvent influencer le niveau des symptômes liés aux ASE.

Une autre recension, qui porte sur les résultats de 16 études empiriques effectuées auprès de populations cliniques et non cliniques, a examiné la prévalence des agressions sexuelles, leurs caractéristiques et les effets à long terme pouvant y être liés (Dhaliwal et autres, 1996). Cette recension rapporte que les résultats des études varient selon les effets mesurés. C'est le cas pour les problèmes de santé mentale où cinq études sur huit relatent que les hommes agressés sexuellement présentaient un niveau plus élevé de symptômes que les hommes qui n'avaient pas d'histoire d'agression. Il en va de même pour la dépression où quatre études sur six ont trouvé un plus haut taux de dépression chez les hommes agressés sexuellement. Parmi les quatre études recensées qui ont porté sur l'estime de soi, une seule conclut que les hommes agressés sexuellement ont une plus faible estime de soi.

Une seule étude empirique, effectuée auprès d'une population non clinique, s'est penchée sur les relations interpersonnelles et la capacité d'entrer en relation d'intimité. Les hommes agressés sexuellement ne se différenciaient pas des hommes qui n'avaient pas été agressés sexuellement quant au fait d'être en relation, de ne pas avoir eu un rendez-vous amoureux avant le mois précédent l'enquête et sur l'âge auquel ils ont débuté leurs fréquentations amoureuses.

La cohérence des résultats d'études, effectuées auprès de populations cliniques et non cliniques et mesurant les effets des ASE sur les tentatives de suicide, les problèmes de fonctionnement sexuel et la consommation abusive d'alcool et de drogue, nous permet d'établir quelques constats. Les tentatives de suicide étaient significativement plus élevées chez les hommes agressés sexuellement

comparativement aux autres. Il en est de même pour les problèmes sexuels (comportements compulsifs, problèmes érectiles), bien que la spécificité et l'étendue de ces difficultés soient encore peu connues. Aussi, il y a peu de soutien empirique relativement au fait que les hommes agressés sexuellement développent davantage de problèmes de consommation abusive de substances psychoactives.

Dhaliwal et ses collègues (1996) soulignent les lacunes méthodologiques importantes des études portant sur les effets des ASE chez les hommes: le petit nombre d'études empiriques, l'absence de groupe contrôle, le manque de réplification des études, l'absence de résultats distincts entre les hommes et les femmes dans les études utilisant des échantillons mixtes, le manque d'information sur la nature exacte des ASE et l'absence de considération de variables qui peuvent influencer les résultats (autres types d'agression, traitements antérieurs, soutien, contexte familial). Ces auteurs indiquent que ces lacunes rendent difficile de déterminer exactement la nature et l'étendue de certains effets. Ils affirment toutefois que les conclusions des études qu'ils ont recensées soutiennent :

1. *« qu'il y a une proportion significative d'hommes agressés sexuellement dans leur enfance ;*
2. *qu'une proportion significative de ces hommes sont affectés négativement par ces agressions dans leur vie adulte;*
3. *que des programmes de traitement doivent être développés pour contrer les effets négatifs »* (traduction libre, p.636).

Des études non identifiées par les recensions précédentes qui ont porté sur des variables peu explorées à ce jour (comme le risque de revictimisation à l'âge adulte), ou encore sur des liens entre des variables et les effets des ASE, seront maintenant abordées.

Coxell, King, Mezey et Gordon (1999) ont effectué, en Grande-Bretagne, une recherche rétrospective et comparative auprès de 2474 hommes bénéficiaires de services de 28 cliniques médicales de pratique générale. Leurs objectifs étaient de cerner la prévalence des expériences sexuelles non-consenties pendant l'enfance et à l'âge adulte et d'explorer les liens entre ces expériences et certaines conséquences psychologiques vécues pendant plus de deux semaines, et ce, à n'importe quel moment de la vie. Ils ont aussi examiné la présence de liens entre les expériences sexuelles non-consenties et les demandes d'aide auprès d'un professionnel en santé mentale, l'alcoolisme et l'automutilation. Cette recherche rapporte que les relations sexuelles non-consenties avant l'âge de 16 ans constituaient un prédicteur significatif de relations sexuelles non-consenties à l'âge adulte. Les relations sexuelles non-consenties avant 16 ans étaient aussi un prédicteur significatif d'une demande d'aide auprès d'un professionnel en santé mentale. Les résultats de cette recherche semblent démontrer que le risque de victimisation à l'âge adulte est plus élevé chez les hommes agressés sexuellement dans l'enfance comparativement aux autres, qu'ils éprouvent aussi plus de difficultés psychologiques et qu'ils demandent davantage de l'aide auprès d'un professionnel en santé mentale.

Une recherche canadienne a été effectuée à Calgary auprès de 750 hommes sélectionnés au hasard dans le but d'explorer les liens entre les agressions sexuelles, physiques et émotionnelles subies avant 17 ans et les conséquences à long terme sur la santé mentale des sujets (Bagley, Wood et Young, 1994). Ces auteurs ont utilisé des outils standardisés mesurant la dépression, les idéations suicidaires, les tentatives de suicides et les symptômes liés aux traumatismes tels le stress post-traumatique, la dissociation, l'anxiété et les troubles de sommeil. Les hommes agressés sexuellement présentaient des scores significativement plus élevés que les hommes non agressés sexuellement à toutes les échelles de mesure. Ceci indique que les hommes ayant vécu des ASE présentaient un plus haut niveau de dépression, d'anxiété, de symptômes

liés au choc post-traumatique, d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide.

Chez les hommes victimes d'agressions sexuelles multiples, l'anxiété, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide étaient plus présentes que chez les hommes agressés à une seule occasion. Aussi, près de 20% des hommes agressés plus d'une fois souffraient d'une dépression sévère au moment de l'entrevue et le tiers avaient déjà tenté de se suicider. Ces résultats indiquent que les agressions sexuelles répétées causent généralement de plus lourdes conséquences à long terme.

Cette étude souligne aussi que la présence de violence psychologique, combinée aux ASE, augmente les symptômes. Effectivement, la cooccurrence d'agressions sexuelles et psychologiques est fortement liée à la dépression, à l'anxiété, aux tentatives de suicide, aux idéations suicidaires, au stress post-traumatique et à la dissociation.

Une étude effectuée en Norvège, auprès de 996 étudiants et étudiantes sélectionnés au hasard, s'est intéressée aux liens entre les ASE et les problèmes de nature psychologique et psychosomatique à l'âge adulte (Bendixen, Muus et Schei, 1994). Les auteurs ont validé un questionnaire sur lequel les étudiants devaient inscrire à quelle fréquence (souvent, parfois et jamais) ils éprouvaient des difficultés psychologiques, des problèmes de santé physique et des troubles de nature psychosomatique. Les étudiants devaient aussi indiquer s'ils avaient consulté un professionnel pour ces problèmes au cours de l'année précédant la recherche et s'ils s'étaient absentés de l'école ou du travail en raison de ces difficultés. Ce dernier élément est une conséquence peu documentée dans la littérature. Les hommes agressés sexuellement étaient significativement plus nombreux que les autres à ressentir de la honte, de la culpabilité, de la peur envers les femmes, des problèmes sexuels, de l'anxiété et des troubles de



sommeil. Ces hommes ont aussi consulté davantage un professionnel pour des problèmes d'anxiété, de pensées suicidaires, de maux de tête et de ventre, de même que pour des douleurs musculaires. La sévérité des agressions sexuelles était associée à l'augmentation des problèmes de santé et au nombre d'absences au travail. Les auteurs concluaient ainsi :

*«Les effets négatifs des agressions sexuelles ne sont pas seulement psychologiques mais incluent un large éventail de maladies somatiques et psychosomatiques. La capacité de la personne à participer à des activités sociales, comme la présence aux cours et au travail, se trouve affectée»* (traduction libre, p. 846).

En conclusion, et malgré certaines différences au sein des résultats exposés dans les études et les recensions consultées, il semble que les agressions sexuelles pendant l'enfance aient des effets négatifs à long terme chez une proportion relativement importante d'hommes, bien qu'on ne puisse quantifier cette proportion à ce jour (Ferguson, 1997). Il semble par ailleurs que cette proportion soit plus importante au sein des populations cliniques que des populations non cliniques (Bauserman et Rind, 1997). Les conséquences des ASE sont multiples et sont de l'ordre de problème d'ajustement sexuel, d'idéation suicidaire, de tentative de suicide, de dépression, d'anxiété, de symptôme lié au stress post-traumatique, de trouble de sommeil, de symptôme de dissociation et de problème de santé qui affectent la participation à des activités sociales. De plus, il semble que ces symptômes sont plus sévères lorsque les hommes subissent, en plus des agressions sexuelles, des agressions physiques et émotionnelles. Un consensus semble se dégager à l'effet que les agressions sexuelles multiples et sévères, qui comprennent soit l'utilisation de la force et de menaces, la présence d'une agression perpétrée par une personne détenant une certaine autorité parentale ou encore la présence de d'autres types d'agressions, telles les agressions physiques et psychologiques, ont des conséquences persistantes.

#### **2.4. *L'absence de symptômes***

Si Finkelhor (1990) souligne que presque toutes les études portant sur les conséquences des agressions sexuelles font état d'une importante proportion d'enfants qui présentent peu ou pas de symptômes, on remarque que cette situation existe aussi chez les sujets adultes. La proportion des personnes qui n'éprouvent pas de symptômes varie entre le quart et le tiers des répondants. L'auteur croit qu'il est possible que l'absence de symptôme soit attribuable à des ASE moins sévères, perpétrées sur des individus qui avaient les ressources psychologiques et sociales adéquates pour gérer le stress ainsi provoqué. Plusieurs recherches ont, par ailleurs, démontré que des sujets agressés pendant une plus courte période, sans présence de violence, de force ou de pénétration anale, par un agresseur qui n'était pas une figure paternelle et qui avaient reçu le soutien des parents dans un contexte familial relativement fonctionnel, présentaient également peu ou pas de symptômes.

#### **2.5 *Les limites des études***

Parmi les principales limites observées au sein des recensions et des études répertoriées, l'absence de mesure des variables concomitantes potentielles qui augmentent la sévérité des symptômes, comme la présence de d'autres types d'agressions durant l'enfance, est l'une des plus courantes. Cette omission limite la compréhension des effets spécifiques des ASE et du rôle de ces variables sur les symptômes. L'importance de mesurer ces variables a été soulignée par différents auteurs (Mendel, 1995 ; Roesler et McKenzie, 1994 ; Bagley et al., 1994).

Aussi, les caractéristiques spécifiques des ASE et leur sévérité ne sont pas toujours définies. Ceci limite notre compréhension du rôle que peut jouer la nature spécifique des ASE au sein des effets rapportés. Un portrait plus élaboré

de ces caractéristiques nous permettrait d'émettre des hypothèses sur les liens entre la nature des ASE et la présence ou l'absence de symptômes rapportée dans les études. L'importance de bien définir la nature exacte des ASE a été suggérée par plusieurs auteurs (Dhaliwal et al., 1996 ; Mendel, 1995).

Les recensions et les études font aussi très peu mention du type de ressources disponibles suite au dévoilement. Plusieurs auteurs ont rapporté que le soutien offert aux victimes, une fois les agressions dévoilées, peut influencer la présence et la persistance des effets des ASE (Dhaliwal et al., 1996 ; Finkelhor, 1990).

L'omission d'un groupe de comparaison dans les recherches empiriques rend difficile l'émission de conclusions sur les liens entre les ASE et les symptômes. L'importance de comparer les hommes agressés sexuellement dans leur enfance avec des hommes non agressés sur une variété de symptômes a été soulignée par maints auteurs (Holmes et al., 1998; Ferguson, 1997 ).

Finalement, l'absence d'outil standardisé pour mesurer les variables étudiées constitue une autre limite importante des études. En effet, la fiabilité des outils standardisés et validés auprès de d'autres populations assure la précision et la compréhension des concepts qu'ils mesurent (Beulter, 1994). De plus, l'homogénéité des mesures permettrait de comparer les résultats de différentes études et de tracer ainsi un portrait plus spécifique de la nature exacte des effets négatifs des ASE (Dhaliwal et al., 1996). D'autres auteurs ont souligné la pertinence d'utiliser des outils standardisés dans les études qui portent sur les effets des ASE (Ferguson, 1997 ; Dhaliwal et al., 1996).

## B) LES INTERVENTIONS DE GROUPE ET LEUR EFFICACITÉ

### 2.6 L'intervention de groupe

L'intervention de groupe étant celle évaluée dans cette étude, nous présentons ici certains aspects de la littérature permettant de décrire les interventions de groupe à ce jour et de préciser les modalités privilégiées. À cet égard, nous avons examiné 13 textes recensés qui décrivent une intervention de groupe offerte aux hommes agressés sexuellement dans leur enfance. Dix d'entre elles proviennent des États-Unis et les autres du Canada.

Rationnel: Les groupes ont été créés afin de répondre à deux besoins considérés essentiels pour les hommes AS : (1) briser l'isolement et (2) composer avec les conséquences négatives engendrées par les agressions afin d'en diminuer les effets sur les différents aspects de la vie quotidienne. Le premier besoin est justifié en partie par le déni social de cette réalité, le silence entourant l'agression sexuelle des garçons et les mythes sur la masculinité où les garçons sont davantage perçus comme proactifs en ce qui a trait à la sexualité. Les stéréotypes sexuels et les rôles sexuels, où les garçons et les hommes sont rarement considérés comme des victimes impuissantes ou en perte de contrôle sur une situation, contribueraient aussi à l'isolement des victimes masculines (Dimock, 1988 ; Singer, 1989, Isely, 1992). Tous ces éléments décourageraient les garçons de dévoiler leurs expériences, les contraignant au silence et à l'isolement. L'absence de dévoilement limiterait aussi l'accès des garçons et des hommes aux traitements (Harrison & Morris, 1995) ce qui pourrait amplifier la gravité et la durée des conséquences (Dimock, 1988). Le groupe apparaît donc comme une méthode de choix pour briser l'isolement des personnes (Friedman, 1994). Le groupe possède aussi des facteurs thérapeutiques particulièrement aidant pour cette clientèle. Ces facteurs sont l'universalité, l'altruisme, l'apprentissage vicariant et l'espoir

(Iseley, 1992). Selon la théorie des systèmes, ces facteurs ne peuvent se retrouver dans l'intervention individuelle puisqu'ils sont générés par le processus et les interactions même de l'intervention de groupe (Iseley, 1992).

Structures et approches : Bien que les interventions de groupe se distinguent quant à leur durée et leur approche, des caractéristiques communes se dégagent selon qu'elles soient à court terme, à long terme ou qu'elles combinent ces deux modalités en utilisant des groupes de première étape à court terme et des groupes de deuxième étape à long terme. Voici leurs caractéristiques spécifiques.

Les groupes à court terme sont d'une durée variant de 6 à 12 semaines. Ils sont de type fermé car ils n'acceptent aucun membre une fois le processus de groupe enclenché, même s'il y a des abandons au cours de la démarche. Leur approche, principalement psychoéducative, se distingue par les objectifs et la structure préétablie des rencontres qui permettent d'actualiser les tâches à effectuer au sein du groupe. Le rationnel derrière ce type de groupe est de limiter l'intervention dans le temps afin de contenir l'anxiété et de favoriser l'autonomie des membres dans leur rétablissement. Il permettrait aussi de réduire la dépendance au groupe et de favoriser l'utilisation des autres ressources au sein de la communauté (Brown, 1990). Les groupes à court terme misent sur la capacité de la personne à s'en sortir, augmentent le sentiment de compétence, de pouvoir sur sa vie et normalisent les difficultés rencontrées (Brown, 1990).

Les groupes à long terme sont en grande majorité continus, sans limite de temps. Ils sont de type ouvert, acceptant de nouveaux membres au cours de la démarche. Leur approche est de nature psychodynamique et ils se distinguent par la souplesse de leurs structures, les objectifs et le déroulement des rencontres pouvant varier afin de répondre aux besoins des membres tels qu'ils

se présentent au fur et à mesure de la démarche. Ces groupes visent un changement profond de la personnalité des membres : modifier les comportements et les stratégies de survie pour enrayer les symptômes et changer les perceptions de soi qui ont été façonnées par les expériences d'agressions.

Finalement, on retrouve des programmes d'intervention qui combinent les approches du court et du long terme. Ils s'inscrivent dans un processus de traitement qui se divise en deux étapes. Les hommes doivent d'abord s'inscrire au groupe de première étape, qui est à court terme et de type fermé. Ces groupes utilisent l'approche psychoéducative dont les objectifs sont de modifier les perceptions de la personne sur elle-même, de dévoiler les agressions, de permettre aux participants d'identifier les effets des agressions et les stratégies de survie qu'ils ont mises en place. La deuxième étape est un groupe à long terme qui s'inscrit dans l'approche psychodynamique. Ce sont des groupes semi-ouverts qui acceptent des nouveaux membres à des étapes prédéterminées au cours du processus. L'objectif de cette deuxième étape est le changement en profondeur des stratégies de survie et des comportements qui en découlent.

Le tableau I qui suit présente les caractéristiques spécifiques des interventions de groupe recensées.

**TABLEAU 1 : Caractéristiques des interventions de groupe**

Référence	Type de groupe	Intervenants Nombre et sexe	Approche	Objectifs	Critères de sélection
Gartner (1997) Etats-Unis	Ouvert Continu 4 à 7 participants	1 Homme	Thérapeutique Non-structurée	Briser l'isolement Diminuer le blâme de soi Améliorer les relations interpersonnelles	Sobriété depuis 12 mois Engagement à travailler les ASE Capacité à entrer en relation Stabilité émotionnelle Participer à une thérapie individuelle
Harrison et Morris (1995) Etats-Unis	Semi-ouvert Continu Nombre de participants ND	ND	Semi-structurée Tâches pré- définies	Briser l'isolement Diminuer les conséquences Améliorer les relations interpersonnelles Modifier les comportements	Pré-requis : Thérapie individuelle sur l'ASE
Friedman (1994) Etats-Unis	Ouvert Continu 6 à 8 participants	1 Homme	Thérapeutique Non-structurée	Enrayer les symptômes Modifier la personnalité Améliorer les relations interpersonnelles	Sobriété Participer à une thérapie individuelle
Thomas, Nelson & Sumners (1994) Etats-Unis	Semi-ouvert Continu Nombre de participants ND	1 Homme ou Femme	Variée, basée sur les besoins des participants	Briser l'isolement Diminuer la honte et la culpabilité Modifier les stratégies de survie Augmenter l'estime de soi Briser le cycle de l'agression	Sobriété <i>Critères d'exclusion</i> : Idéations suicidaires Comportements autodestructeurs Perpétration d'agression sexuelle Troubles de santé mentale
Tremblay et Lebeau (1995) Canada	Ouvert 36 rencontres Mixte (H et F) 8 participant (e) s	2 Homme et Femme	Structurée par thèmes	Augmenter l'estime de soi Améliorer les relations interpersonnelles Reconnaître les symptômes liés aux ASE et amoindrir ces symptômes	Pré-requis : Thérapie individuelle sur l'ASE
Kreider et Fluarty (1994) Etats-Unis	Long terme 50 rencontres 10 participants	ND	Approche systémique et familiale	Modifier les perceptions de soi et les comportements adoptés au sein de la famille d'origine	Pré-requis : Thérapie individuelle sur l'ASE
Zaidi (1994) Etats-Unis	Fermé 10 rencontres 5 participants	ND	Psycho- éducative, Structurée par thèmes	Améliorer les relations interpersonnelles Éduquer sur les méthodes disciplinaires envers les enfants (prévention)	<i>Critères d'exclusion</i> : Troubles de santé mentale Idées suicidaires Comportements violents

**Caractéristiques des interventions de groupe (suite)**

<b>Référence</b>	<b>Type de groupe</b>	<b>Intervenants Sexe et nombre</b>	<b>Approche</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Critères de sélection</b>
Sullivan (1993) Canada	Fermé 12 rencontres 9 participants	2 Homme et Femme	Psycho- éducative Semi-structurée par thèmes	Augmenter l'estime de soi Diminuer la honte et la culpabilité Clarifier la confusion sur l'identité sexuelle et augmenter le sentiment de pouvoir sur la vie des participants	Sobriété
Isely (1992) Etats-Unis	Fermé 12 rencontres 4 à 6 participants	2 Homme	Psycho- éducative Structurée par thèmes	Conscientiser sur les stéréotypes sexuels Modifier les perceptions négatives de soi Modifier les stratégies de survie	<i>Critères d'exclusion :</i> Troubles de santé mentale
Brown (1990) Etats-Unis	Fermé 6 rencontres Mixte (H et F) 8 participant (e) s	2 Homme et Femme	Psycho- éducative Structurée par thèmes	Dévoiler les ASE Valider les ASE Identifier les stratégies de survie	Sobriété Stabilité émotionnelle Ressources extérieures <i>Critères d'exclusion :</i> Situation de crise
Singer (1989) Etats-Unis	Ouvert Continu Nombre de participants ND	ND	Psycho- dynamique	Briser l'isolement Modifier les perceptions négatives de soi et les comportements dysfonctionnels Favoriser l'expression des émotions	ND
Dimock (1988) Etats-Unis	Fermé 8 rencontres 6 participants	1 Homme	Psycho- éducative Structurée par tâches	Exprimer émotions liées aux ASE Éducation sur la socialisation Développer et maintenir des relations d'intimité	Pré-requis : Thérapie individuelle sur L'ASE
Bruckner et Johnson (1987) Canada	Fermé 6 rencontres 5 à 6 participants	2 Homme et Femme	Structurée par thèmes	Briser l'isolement Augmenter l'estime de soi Travailler les difficultés relationnelles Éducation sexuelle Briser le cycle de l'agression	Habiletés de communication Fonctionnement au niveau social



Caractéristiques des interventions de groupe : De façon générale, les groupes acceptent en moyenne de 6 à 8 membres. Il n'existe pas de consensus sur le sexe ni le nombre d'intervenants et d'intervenantes qui serait le plus approprié pour animer les rencontres. Certains groupes prônent une co-animation homme-femme. La mixité de l'équipe est justifiée par l'apport de modèles positifs d'échanges et d'interactions hommes-femmes. D'autres préfèrent un ou deux intervenants masculins afin de proposer des modèles masculins positifs en position d'autorité et de favoriser le rapprochement et l'entraide entre les hommes. Dimock (1988) insistait à cet effet sur l'image de masculinité erronée que possèdent les hommes, image construite à travers les agressions et véhiculée par les stéréotypes sexuels. Aussi, le fait que la majorité des agressions aient été commises par des hommes contribuerait aux difficultés d'établir des relations de confiance avec d'autres hommes (Dimock, 1988). Le groupe, qui permet aux hommes de se retrouver entre eux, permettrait la démystification des rôles et des stéréotypes sexuels entourant la masculinité.

Dans l'ensemble, les groupes que nous avons recensés sont composés de membres exclusivement masculins à l'exception de deux groupes qui favorisent une mixité au niveau de la clientèle (Brown, 1990 ; Tremblay et Lebeau, 1995). Ces derniers décrivent des groupes comptant environ deux hommes et six femmes.

Buts poursuivis par les interventions de groupe : Malgré la variété des théories sous-jacentes aux approches thérapeutiques et des structures de groupe utilisées, des similitudes apparaissent aux niveaux des buts et des thèmes abordés en thérapie auprès des hommes. Il s'agit: (1) de briser l'isolement; (2) d'encourager le dévoilement dans un milieu sécuritaire ; (3) de recadrer les agressions afin de diminuer le blâme, la honte et la culpabilité ressenties par les victimes; (4) de favoriser la compréhension des effets des agressions sexuelles; (5) d'identifier les stratégies de survie et de modifier celles qui peuvent

désormais nuire à la personne ; (6) d'améliorer les relations interpersonnelles et de diminuer les problèmes liés à l'intimité ; (7) d'augmenter l'estime de soi ; (8) d'identifier et d'exprimer les émotions.

Contenu des interventions de groupe : Presque tous les groupes offrent un volet éducatif qui porte sur la socialisation des hommes afin que les membres prennent conscience de son influence sur leurs perceptions des agressions, sur leur capacité à dévoiler les agressions et à composer avec leurs conséquences. Les stéréotypes et les rôles sexuels sont aussi abordés dans ce volet et sont présentés comme des entraves à l'identification et à l'expression des émotions. Il en résulte que les hommes éprouveraient de la difficulté avec les thérapies où la parole et l'expression verbale constituent les principaux outils pour effectuer les tâches et les activités au sein du groupe (Harrison et Morris, 1995).

Certains groupes utilisent un exercice de confrontation directe ou symbolique (écrire une lettre) envers l'agresseur dont le but est la reprise de pouvoir sur sa vie. Certains font aussi une remise en question des stéréotypes culturels qui associent la victimisation à la féminité afin de diminuer la honte ressentie et d'expliquer le déni social des agressions sexuelles à l'égard des garçons (Gartner, 1996 ; Mendel, 1995). L'identité, l'orientation sexuelle et les dysfonctions sexuelles sont aussi abordés (Thomas et ses collègues, 1994).

Critères de sélection : Tous les groupes utilisent une entrevue individuelle pré-groupe afin de maximiser le travail au sein du groupe. Lors de ces rencontres sont abordés la nature de la démarche, la motivation du candidat et ses aptitudes pour le travail de groupe. Les critères de contre-indication à l'intervention de groupe y sont aussi vérifiés. Ce sont les problèmes courants de consommation abusive de drogue ou d'alcool, le manque de stabilité émotionnelle, la présence de pensées suicidaires avec un risque de passage à l'acte, les troubles de santé mentale, le manque d'habiletés de communication,

les difficultés de fonctionnement social et finalement la présence d'une situation de crise. Aussi, certains groupes exigent que les hommes participent de façon conjointe à une thérapie individuelle, le groupe devenant alors un complément à celle-ci (Gartner, 1997, Friedman, 1994) alors que d'autres groupes sont un processus de deuxième étape qui fait suite à l'intervention individuelle (Harrison & Morris, 1995). Finalement, certains groupes exigent que les hommes aient complété une démarche individuelle comme pré-requis à leur participation au groupe (Brown, 1990 ; Kreider & Fluarty, 1994).

## 2.7 Recherches évaluatives

Plusieurs chercheurs ont souligné le manque systématique d'évaluation scientifique sur l'efficacité des traitements offerts (Holmes et ses collègues, 1998 ; Dhaliwal et al., 1996 ; Cahill, Llewelyn et Pearson, 1991 et Finkelhor et Browne, 1986)<sup>1</sup>. En effet, parmi les écrits qui décrivent une intervention de groupe, certaines mentionnent l'efficacité de leur intervention en rapportant uniquement l'appréciation ou la satisfaction des membres du groupe. Cependant, Fike (1980) faisait remarquer que la satisfaction des membres ne confirme pas l'atteinte des objectifs du groupe. Une seule étude empirique portant sur l'efficacité des traitements de groupe offerts aux hommes agressés sexuellement a été recensée (Sullivan, 1993).

Sullivan a évalué une intervention de groupe s'adressant à des hommes agressés sexuellement dans leur enfance (offerte dans une clinique de santé communautaire au Manitoba) pour la réalisation d'un mémoire en service social. L'intervention de groupe est composée de 12 rencontres hebdomadaires d'une durée de deux heures. Les objectifs de l'intervention de groupe étaient

---

<sup>1</sup> Nous avons consulté plusieurs banques de données (OVID-Medline, PsycInfo, Currents-Contents, Eric, Repères, Francis et Dissertation Abstract) et fait notre recherche à partir des mots-clés suivants :

d'augmenter l'estime de soi, de diminuer les sentiments de honte et de culpabilité, de clarifier la confusion quant à l'identité sexuelle, de renforcer l'identité masculine et d'accroître le sentiment de pouvoir sur sa vie. Le devis utilisé était une étude de cas combinée avec des mesures standardisées pré et post test, complétées par les participants du groupe (N=9). La dépression, l'estime de soi et la colère ont été mesurées par les outils suivants : le « Beck Depression Inventory », le « Rosenberg Self-Esteem Scale » et le « State-Trait Anger Expression Inventory ».

Les membres du groupe et l'intervenant devaient aussi compléter des questionnaires à intervalles réguliers au cours de l'intervention. Les questionnaires complétés par le groupe comportaient une auto-évaluation de l'estime de soi, de l'expression de ses sentiments et du nombre de relations interpersonnelles positives. Ces questions ont été élaborées à partir des objectifs déterminés par le client au cours de la rencontre pré-groupe. Le questionnaire complété par l'intervenant à la fin de chaque rencontre, indiquait dans quelle mesure les membres avaient partagé leurs émotions et émis des commentaires positifs sur eux-mêmes. La satisfaction des clients a aussi été évaluée à l'aide d'une version modifiée du « Consumer Satisfaction Questionnaire – 8 » (Larsen, Attkinson, Hargreaves et Nguyen, 1979).

Les analyses démontrent une diminution significative de la dépression et une augmentation de l'estime de soi et de sentiments de colère. Toutefois, si les membres du groupe ont rapporté plus de sentiments de colère à la fin du processus d'intervention, l'animateur observait qu'ils avaient, par contre, tendance à contenir et à nier ces émotions dans le groupe. Selon Sullivan, cette colère serait engendrée par des situations précises lorsque les membres du groupe perçoivent des affronts et des critiques négatives à leur égard. Il n'y

---

*"evaluation", "treatment outcomes", "treatment effects". Le nombre d'études évaluatives et scientifiques identifiées (une), confirme les propos des auteurs mentionnés.*

avait pas de différence significative quant à l'expression des sentiments telle qu'évaluée par les participants alors que cette expression de sentiment, outre la colère, avait augmentée selon les perceptions de l'intervenant mesurées par le questionnaire créé à cet effet. Finalement, les hommes ont indiqué avoir plus de relations interpersonnelles positives, ce qui, selon l'auteur, serait relatif aux échanges et aux contacts entre les membres du groupe.

En conclusion, il semble que l'intervention ait eu des effets bénéfiques pour les participants. Les analyses révèlent une baisse de la dépression et une augmentation de l'estime de soi. L'absence de groupe contrôle empêche toutefois de conclure que les améliorations détectées étaient uniquement dues à l'intervention de groupe. Il est à déplorer qu'aucune critique méthodologique ou recommandation dans le but d'orienter les devis de recherche future n'ait été formulée.

### **3. PRÉSENTATION DE L'INTERVENTION DE GROUPE PHASE I**

#### **3.1 L'historique**

L'intervention de groupe PHASE I (Pour Hommes Abusés Sexuellement dans leur enfance) est destinée aux hommes de 18 ans et plus qui ont subi des agressions sexuelles au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Créée en 1996 par l'auteure de cette recherche et un psychologue, monsieur Denis René, le groupe a d'abord été chapeauté par le CAVAC de Montréal (Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels) pour répondre au besoin exprimé par des hommes survivants qui voulaient participer à une intervention de groupe. À ce moment, aucun service de groupe s'adressant exclusivement aux hommes n'était offert. Depuis 1997, PHASE I est administré par un organisme communautaire, CRIPHASE (Centre de Ressources et d'Intervention Pour Hommes Abusés Sexuellement dans leur Enfance), qui a

été mis sur pied par des intervenants et des intervenantes ainsi que d'anciens participants en vue de consolider et d'assurer la survie du groupe et ainsi répondre aux besoins d'une clientèle toujours croissante. Depuis sa création, 14 groupes PHASE I ont eu lieu.

### **3.2 Les objectifs poursuivis par PHASE I**

Les objectifs généraux des groupes PHASE I sont de briser l'isolement des participants, d'améliorer le sentiment de sa valeur personnelle et d'aborder les conséquences négatives engendrées par les agressions passées sur le fonctionnement actuel des hommes. De façon plus spécifique, les objectifs de PHASE I sont :

1. de diminuer le sentiment d'isolement ;
2. d'atténuer le sentiment d'être différent des autres ;
3. d'amoindrir les sentiments de honte et de culpabilité ;
4. de connaître les effets de l'agression sexuelle sur sa vie adulte ;
5. d'augmenter le sentiment de sa valeur personnelle ;
6. de reconnaître ses propres stratégies adaptatives et ;
7. de formuler ses objectifs de rétablissement.

### **3.3 La description de PHASE I**

L'intervention de groupe PHASE I s'échelonne sur dix semaines, à raison d'une rencontre hebdomadaire d'une durée de trois heures. Le nombre maximal de participants est de huit et le groupe est fermé, c'est-à-dire qu'aucune autre personne ne peut y être admise même s'il y a abandon en cours de route. Cette stratégie favorise le climat de sécurité et de confiance essentiel à une bonne participation.

Les critères de sélection pour la composition des groupes PHASE I sont :

1. être âgé de 18 ans et plus ;
2. avoir vécu une ou plusieurs agressions sexuelles avec contact avant l'âge de 18 ans ;
3. avoir le souvenir précis d'au moins une occasion d'agression et ;
4. ne pas avoir agressé d'enfants à l'âge adulte afin de maintenir un climat sécurisant au sein du groupe.

Des critères de contre-indication à l'intervention de groupe ont aussi été retenus :

1. ne pas vivre une situation de crise (séparation, perte d'emploi) ;
2. ne pas avoir un problème de consommation abusive courant de drogue ou d'alcool non résolu depuis au moins un an (les candidats doivent eux-mêmes déterminer si leur consommation nuit à leur fonctionnement quotidien);
3. ne pas avoir fait de tentative de suicide récente ou éprouver des idées suicidaires avec risque de passage à l'acte et ;
4. ne pas éprouver de problèmes de santé mentale apparents ou incapacitants.

Ces critères répondent avant tout à un besoin clinique puisqu'ils assurent le bon fonctionnement de la démarche et minimisent les risques d'abandon. Les dangers de créer une situation de crise en exacerbant l'instabilité présente des sujets sont aussi diminués. En effet, il est préférable que les hommes aient résolu leurs problèmes plus immédiats avant de commencer à travailler sur l'agression (Crowder, 1993).

L'intervention de groupe PHASE I utilise l'approche psychoéducative qui vise à briser l'isolement des hommes et à leur donner l'information qui permet de modifier les croyances et les perceptions de soi négatives acquises à travers l'expérience de l'agression sexuelle. Cette approche se caractérise par un volet éducatif sur la dynamique de l'agression sexuelle et sur son influence sur le mode de fonctionnement émotif et comportemental des hommes. L'information donnée facilite le processus de réflexion et de compréhension de la situation. Ainsi, les membres du groupe peuvent recadrer leurs expériences et améliorer leur perception d'eux-mêmes.

Cette intervention de groupe est structurée en fonction de rencontres pour lesquelles des thèmes, des objectifs et des tâches ont été prédéterminés afin que le temps consacré à la démarche maximise les apprentissages réalisés. Le groupe structuré se caractérise par «une situation d'apprentissage dans laquelle un but est prédéterminé et un plan d'action est mis en place afin de rendre chaque membre capable d'atteindre ce but et de parvenir, avec un minimum de frustrations, à un maximum de capacités de transposer la connaissance et l'expérience acquises dans un grand nombre de ses situations de vie » (Drum et Knot dans Papell et Rothman, p. 14 1983). La feuille de route du groupe est donc clairement établie dans ce but. De plus, la démarche est planifiée de façon à établir un équilibre entre les besoins des membres et ceux de l'ensemble du groupe.

Une co-animation homme-femme a été privilégiée. La présence d'une femme vise, entre autres, à sécuriser les membres agressés par un homme. La présence d'un homme suggère un modèle positif d'autorité qui ne repose pas sur l'abus de pouvoir et finalement, la combinaison des deux sexes sert à démontrer un modèle d'interaction non basé sur l'abus de pouvoir entre les sexes et où la concertation et le respect mutuel sont mis de l'avant. Les rôles de l'intervenant et de l'intervenante sont, entre autres, de faciliter et de stimuler les échanges et le



travail de chacun sur soi-même. Elle ou il peut aussi jouer un rôle d'enseignante et d'enseignant selon les besoins du groupe (Papell et Rothman, 1983).

### **3.4 Les activités effectuées et les thèmes abordés lors des rencontres**

Les activités du groupe s'articulent autour d'outils d'animation qui visent à susciter la réflexion, le partage et le travail sur soi. Par exemple, l'intervenant et l'intervenante font de brefs exposés sur un thème spécifique pour susciter la discussion, proposent des exercices de groupe et des exercices écrits individuels pendant les rencontres et à la maison. Un partage sur l'expérience est ensuite proposé aux participants. La lecture de textes entre les rencontres est aussi suggérée et sert de point de départ pour des discussions portant sur ce que les hommes vivent et ressentent.

Les thèmes abordés lors des rencontres et les objectifs spécifiques liés à ces thèmes sont présentés dans le tableau II. Ces thèmes touchent principalement l'expérience de la victimisation, ses effets tant dans l'enfance qu'à l'âge adulte et les stratégies adaptatives. Ils sont exposés au groupe lors de la première rencontre. Les règles établies pour le groupe (confidentialité, sobriété, ponctualité) et les comportements souhaités pour favoriser le processus de groupe sont également présentés et discutés.

La structure de travail dans le groupe est d'abord centrée sur le passé. La dynamique de l'agression sexuelle est explorée : les pièges tendus par l'agresseur, la manipulation, la différence de pouvoir entre un enfant et un adulte, les messages erronés envoyés à l'enfant quant à sa valeur personnelle et sa responsabilité face aux agressions. Ensuite, les membres sont encouragés à

**Tableau II: PHASE I : titre et objectifs généraux des rencontres**

TITRE DES ATELIERS	OBJECTIFS GÉNÉRAUX
ATELIER 1 : PRISE DE CONTACT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant de prendre contact avec les autres membres du groupe et de commencer à établir la base d'une confiance mutuelle.</li> <li>• Permettre aux membres du groupe de bien prendre connaissance des objectifs de la démarche du groupe et de son mode de fonctionnement.</li> </ul>
ATELIER 2 : L'EXPÉRIENCE DE LA VICTIMISATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant de bien identifier et situer les différents facteurs faisant partie de l'expérience globale et générale de la victimisation.</li> <li>• Objectiver la situation de victimisation.</li> </ul>
ATELIER 3 : HISTOIRES PERSONNELLES DE L'ABUS SEXUEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant de partager avec les membres du groupe son propre vécu d'abus sexuel.</li> <li>• Permettre à chaque participant de briser le secret de son vécu d'abus face à un groupe de personnes.</li> <li>• Favoriser la conscientisation du sentiment de ne pas «être seul ».</li> </ul>
ATELIER 4 : LES PERTES VÉCUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant d'identifier les pertes subies dues à son vécu d'abus sexuel.</li> <li>• Aider les participants à clarifier leur situation personnelle face au deuil à réaliser.</li> </ul>
ATELIER 5 : LE PROCESSUS DE DEUIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant d'acquérir des connaissances sur le processus de deuil par rapport aux pertes vécues.</li> <li>• Aider les participants à clarifier leur situation personnelle face au deuil à réaliser.</li> <li>•</li> </ul>

**PHASE I : titre et objectifs généraux des rencontres (suite)**

TITRE DES ATELIERS	OBJECTIFS GÉNÉRAUX
ATELIER 6 : RÉACTIONS DÉFENSIVES ET STRATÉGIES DE VIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant d'identifier les mécanismes psychodynamiques et relationnels qu'il a mis en place pour se protéger et pour s'adapter à sa situation de victime d'abus sexuel.</li> <li>• Favoriser la conscientisation par le participant du recours salutaire aux mécanismes d'adaptation et des effets à long terme de leur utilisation.</li> </ul>
ATELIER 7 : SEXUALITÉ ET INTIMITÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant de prendre conscience de la manière dont son expérience d'abus sexuel module l'expérience qu'il fait, à l'âge adulte, de la sexualité et la manière dont sont affectés ses rapports interpersonnels.</li> </ul>
ATELIER 8 : FAIRE LE BILAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant de réaliser le chemin parcouru dans son rétablissement.</li> <li>• Permettre à chaque participant d'identifier ses objectifs dans la poursuite de son rétablissement.</li> </ul>
ATELIER 9 : SE DONNER DES MOYENS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant de réaliser que ses objectifs de rétablissement entraînent des changements dans sa vie et de s'y préparer.</li> <li>• Emmener chaque participant à identifier et à reconnaître les ressources dont il dispose ou auxquelles il peut recourir pour augmenter son bien-être.</li> </ul>
ATELIER 10 : CONCLUSION DE LA DÉMARCHE DU GROUPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre à chaque participant de synthétiser l'expérience qu'il a vécue à l'intérieur du groupe.</li> <li>• Faire en sorte que chaque participant quitte le groupe avec un sentiment de confiance et, dans la mesure du possible, de réussite dans cette première démarche de guérison</li> </ul>

dévoiler leur histoire personnelle et les émotions rattachées peuvent être exprimées. Cette étape permet aussi de démystifier et de mieux situer les perceptions liées à l'agression et à l'agresseur.

Les membres du groupe explorent ensuite leur situation présente afin de tracer le bilan des conséquences vécues par chacun, et ce, dans le but de normaliser les comportements en établissant des liens entre la présente réalité et les agressions passées. Pour ce faire, les conséquences de l'agression sont mises à jour afin que chaque homme puisse visualiser où il en est et ainsi réaliser l'ampleur des effets causés par des gestes commis contre lui. Cet exercice permettra de plus de repérer quels sont les aspects de leur vie actuelle qui sont le plus affectés et qui commandent des changements pour leur apporter plus de bien-être. Les stéréotypes sexuels et leurs effets sont alors identifiés de même que les pertes vécues par l'enfant agressé. L'homme adulte peut enfin enclencher le processus de deuil nécessaire.

Les stratégies de survie sont alors définies afin d'aider les participants à reconnaître celles qu'ils ont mises en place. Chacun est maintenant encouragé à déterminer quelles sont les stratégies encore utiles et profitables et celles qui nuisent désormais. Les thèmes de l'intimité et de la sexualité permettent aux participants de discuter de leurs relations, des liens de confiance qu'ils réussissent ou non à établir et de la satisfaction quant à leur vie sexuelle.

Finalement, les participants sont invités à évaluer les apprentissages réalisés au cours de la démarche, à définir leurs objectifs de rétablissement et à explorer différents moyens pour y arriver. Cette étape favorise l'espoir de s'en sortir et attise la compétence des membres du groupe en misant sur leurs capacités à effectuer des changements.

### 3.5 Théorie explicative des conséquences des ASE

La théorie explicative des conséquences des agressions sexuelles sur laquelle repose les objectifs de l'intervention de groupe est celle d'Epstein (1991), la « *Cognitive-Experiential Self-Theory* ». Selon Epstein, l'être humain se construit une théorie personnelle de la réalité subdivisée en une théorie sur soi-même et sur le monde. Cette théorie personnelle se forme à travers le développement de schémas cognitifs qui interprètent et structurent les événements auxquels nous sommes confrontés. Ces schémas cognitifs regroupent les croyances fondamentales et les attentes envers soi-même et le monde et vont déterminer les émotions, les pensées, les perceptions et les comportements.

Les croyances fondamentales présentes dans les schémas cognitifs constituent le point central de cette théorie. La première est la croyance en un monde sécuritaire et bienveillant et la deuxième en un monde significatif, c'est-à-dire juste et prévisible. La troisième est la croyance en sa valeur personnelle et la quatrième est la croyance que les gens sont dignes de confiance. Ces croyances sont garantes d'une bonne santé mentale puisqu'elles permettent d'abord à la personne de s'adapter aux diverses situations et ensuite de rehausser l'estime de soi (Poudrette, 1995).

L'événement traumatisant va affecter et invalider les schémas cognitifs puisqu'il ne cadre pas avec ces croyances fondamentales. L'agression sexuelle constitue "un traumatisme qui bouleverse profondément les schèmes de représentation de soi et du monde en général" (Poudrette, p.8). C'est tout le système conceptuel qui sera ainsi déstabilisé, et afin de le rétablir, les croyances fondamentales devront être modifiées. De cette façon, l'expérience traumatisante qui, jusque-là, était inassimilable, pourra être assimilée et permettre l'accommodation de la personne à sa réalité désormais transformée.

Epstein résume bien ce processus:

*« To successfully master a trauma, it is necessary to accommodate a personal theory of reality so that it can assimilate the trauma in a manner that makes life liveable and worthwhile. This means cutting the inductively-derived beliefs from the traumatic experience down to size, so that they are recognised as only representative of part of reality, not all of it, and modifying the extant personality structure accordingly » (p. 84).*

### **3.6 Le modèle d'intervention utilisé**

Les interventions mises de l'avant au sein du groupe repose sur le modèle du stress post-traumatique. Ce modèle normalise les stratégies adaptatives et valorise l'individu dans son pouvoir personnel puisqu'il est considéré comme un être sain qui essaie de survivre dans des conditions traumatiques. La démarche vise «l'empowerment», soit la prise de décision, l'autonomie, la collectivisation des expériences et l'utilisation des ressources personnelles (Brown, 1990). Le modèle d'intervention consiste en deux stratégies principales, soit l'intégration des faits en modifiant leur signification, ce qui permet l'accommodation de la personne, et en second lieu, l'intégration des émotions.

La première stratégie vise d'abord à favoriser l'intégration des expériences traumatiques en accompagnant la personne dans la diminution du déni face aux événements. Cette stratégie permet de briser le silence et la honte entourant l'agression sexuelle. L'intervention consiste à encourager la personne à explorer la signification de l'agression pour remodeler les croyances de base malgré les messages destructeurs reçus sur elle-même, sur les autres et sur le monde. Elle pourra de cette façon développer de nouvelles stratégies adaptatives (Brown, 1990).

La deuxième stratégie consiste en l'intégration des émotions reliées aux agressions. Il s'agit ici de permettre aux émotions de faire surface, de les nommer, de les mettre en lien avec ce qui les a provoquées et d'encourager la personne à les vivre dans un endroit sécuritaire et accueillant. De cette façon, les émotions seront normalisées et comprises. L'intervention visera ainsi à faciliter l'acquisition de nouveaux moyens pour faire face aux émotions. Cette stratégie permettrait à la victime de maîtriser davantage ses relations avec les autres et sa vie (Poudrette, 1995).

Les buts de l'intervention sont d'aider les clients à redéfinir leur vie, à faire des choix et à réagir en fonction du présent et non du passé (Poudrette, 1995). Une intégration réussie consiste en l'acquisition d'habiletés à composer avec l'agression d'une façon plus réaliste, c'est-à-dire d'avoir accès aux émotions sans éprouver de sentiment de responsabilité "irraisonnable", et de placer l'événement dans le passé (Brown, 1990).

Les techniques d'intervention privilégiées sont le recadrage et la démystification des agressions sexuelles pour remettre la responsabilité à l'agresseur, le travail cognitif sur les perceptions reliées à l'agression et aux conséquences, l'expression des émotions (colère, tristesse, honte), l'encouragement et le soutien. Le partage sur des vécus difficiles et l'aide mutuelle sont encouragés, les expériences des membres sont réutilisées et collectivisées afin de réduire les sentiments d'anormalité.

Enfin, les participants qui veulent poursuivre le processus de prise de conscience initié par PHASE I sont invités à participer au groupe de traitement PHASE II, groupe de deuxième étape qui vise la résolution des symptômes et l'atteinte des objectifs de rétablissement identifiés dans PHASE I.

#### 4. BUTS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette recherche vise à vérifier l'efficacité de l'intervention de groupe PHASE I. Maints auteurs ont formulé l'urgence de développer des traitements pour les hommes agressés sexuellement dans l'enfance et d'en vérifier l'efficacité. Nos connaissances sur la portée des groupes d'intervention offerts aux hommes sont limitées car il y a peu de recherches empiriques à ce sujet. Cette étude veut donc contribuer à l'avancement des connaissances sur l'efficacité des modalités d'intervention auprès des hommes agressés sexuellement dans leur enfance et ainsi appuyer les efforts visant à soutenir les hommes qui vivent des effets négatifs persistants.

Cette étude vise aussi à décrire la clientèle des groupes PHASE I quant à la nature des ASE et aux symptômes psychologiques présents.

En somme, l'étude tente de répondre aux deux questions suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques des agressions sexuelles et les symptômes psychologiques des hommes qui font partie des groupes ?
- L'intervention de groupe entraîne-t-elle des effets bénéfiques pour les hommes qui la complètent ?



## **CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE**

### **1. DEVIS**

Un devis quasi-expérimental incluant des mesures pré-test et post-test a été utilisé afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention de groupe PHASE I. Les sujets du groupe expérimental ont complété des questionnaires standardisés qui mesurent différents symptômes et comportements au début (T1) et à la fin de l'intervention de groupe (T2). Le groupe témoin a été soumis aux mêmes mesures que le groupe expérimental.

Selon Mohr (1992), ce type de devis est particulièrement important pour les études évaluatives puisqu'il est à la fois pratique, accessible et qu'il offre un niveau de puissance intéressant dans le cas où il serait impossible de sélectionner un échantillon au hasard ou de répartir aléatoirement les sujets dans le groupe soumis au traitement et dans le groupe témoin. Effectivement, Mohr explique que les biais de sélection et les biais liés à l'histoire menaçant la validité interne du devis sont diminués. En outre, le pré-test permet de diminuer les biais de sélection quant aux variables mesurées lorsque les groupes ont des scores différents au départ. Le groupe de comparaison permet quant à lui de neutraliser en partie les biais liés à l'histoire, c'est-à-dire lorsque les changements observés peuvent être dus à des variables autres que le traitement (événements extérieurs par exemple).

### **2. PROCÉDURES**

#### **2.1 Recrutement**

Groupe expérimental : Tous les sujets ont été recrutés entre le mois de juin 1997 et le mois de janvier 1999. Dans le but d'évaluer l'efficacité de

l'intervention de groupe, il a été convenu d'étudier ses effets auprès de la population pour laquelle le groupe a été créé. Le groupe expérimental est donc composé des participants inscrits à PHASE I. Les critères de sélection de l'échantillon étaient les mêmes que ceux utilisés pour la composition des groupes PHASE I:

1. être âgé de 18 ans et plus;
2. avoir vécu une ou plusieurs agressions sexuelles avec contact avant l'âge de 18 ans;
3. avoir le souvenir précis d'au moins une agression sexuelle;
4. ne pas avoir agressé d'enfants à l'âge adulte.

Les critères de contre-indication à l'intervention de groupe ont aussi été retenus :

1. vivre une situation de crise (séparation, perte d'emploi);
2. avoir une consommation abusive de drogue ou d'alcool non résolu depuis au moins un an (les candidats doivent eux-mêmes déterminer si leur consommation nuit à leur fonctionnement quotidien);
3. avoir fait une tentative de suicide récente ou éprouver des idées suicidaires avec risque de passage à l'acte;
4. présenter des problèmes de santé mentale apparents ou incapacitants.

Le recrutement a eu lieu lors des rencontres individuelles pré-groupe. Seuls les hommes qui rencontraient les critères de sélection du groupe et qui désiraient toujours s'y inscrire, après avoir été informés de son déroulement et de ses objectifs, ont été considérés comme des sujets éligibles à la recherche. Ils ont été sollicités à la fin de cette rencontre par la co-animatrice du groupe qui était

aussi la responsable de l'étude. Le contexte de l'étude, ses objectifs, son déroulement et son caractère confidentiel leur ont été expliqués. Il a été clairement établi que le refus d'un candidat de prendre part à l'étude n'empêchait en rien sa participation à la démarche PHASE I (voir le formulaire de consentement à l'annexe I).

Quatre groupes ont été évalués entre le mois de septembre 97 et le mois de janvier 99 et tous les participants (26) des groupes ont accepté de faire partie de la recherche. Parmi ces derniers, un sujet n'a pu remettre le questionnaire du pré-test dans le délai prescrit et deux sujets ont abandonné le groupe avant la fin. Au total, 23 sujets composent le groupe expérimental.

Groupe témoin : Les sujets du groupe témoin ont été recrutés entre les mois de mai et décembre 1999. Ce groupe est composé d'hommes adultes qui ont subi au moins une agression sexuelle avec contact avant l'âge de 18 ans et qui n'ont jamais participé à l'intervention de groupe PHASE I. L'étude a été présentée de la même façon qu'au groupe expérimental. Afin de s'assurer de l'équivalence des deux groupes, les mêmes critères de sélection ont été retenus. Un critère supplémentaire a toutefois été ajouté: ne pas être en suivi thérapeutique pour des agressions sexuelles durant les 10 semaines comprises entre les mesures du pré et du post tests, et ce, afin de minimiser les risques de contamination.

Trois stratégies de recrutement ont été mises de l'avant afin de maximiser le nombre de sujets au sein du groupe témoin. La première stratégie consistait à solliciter la participation des hommes inscrits sur la liste d'attente du groupe PHASE I et identifiés lors d'une entrevue pré-groupe. Ils ont été informés de l'étude par le biais d'un contact téléphonique.

La deuxième stratégie reposait sur l'offre de participation de tous les nouveaux inscrits à la liste d'attente suite à leur entrevue pré-groupe. Une entente a été prise avec le nouvel intervenant du groupe afin qu'il informe les hommes de l'étude lors de l'entrevue pré-groupe.

La troisième stratégie consistait à publiciser la recherche par différentes annonces affichées dans des universités, des entreprises et des organismes communautaires de Montréal. L'étude a aussi été annoncée dans différents journaux et sur deux sites Internet susceptibles d'être visités par des hommes agressés sexuellement durant l'enfance. Ces annonces décrivaient brièvement la recherche et invitaient les hommes intéressés à contacter la chercheuse pour obtenir plus de détails.

Dix-sept (17) hommes ont accepté de participer à la recherche. Ils ont tous complété les questionnaires du T1. De ce nombre, deux sujets ont été exclus puisqu'ils ont commencé une thérapie entre le T1 et le T2. Deux sujets ont abandonné la recherche et n'ont pas complété le T2. Au total, 13 sujets composent le groupe témoin.

## **2.2 Dédommagement**

Un rapport synthèse des principales conclusions et recommandations de la recherche a été offert à tous les sujets. Ce rapport leur sera envoyé par la poste une fois l'étude complétée. Une somme de 20 dollars devait aussi être offerte à chaque participant en guise de dédommagement. Ce montant était remis en deux versements, soit 10 dollars au pré-test et 10 dollars au post-test. Les sujets des deux premiers groupes évalués, totalisant 12 sujets, ont reçu ce montant. Toutefois, l'argent alloué par le biais d'un fond discrétionnaire n'a pu être renouvelé. Les sujets des autres groupes évalués et les sujets du groupe témoin n'ont pu être dédommagés.

Le tableau III illustre la répartition des pertes de sujets (ceux que nous avons exclus) et des abandons de sujets (ceux qui ont abandonné l'intervention de groupe ou la recherche) pour chacun des groupes.

**Tableau III. Pourcentage de pertes et d'abandons entre le pré et le post test**

	Nombre de sujets au T1 N	Pertes N (%)	Abandons N (%)	Nombre de sujets au T2 N
Groupe expérimental	26	1 (3,8)	2 (7,8)	23
Groupe témoin	17	2 (11,8)	2 (11,8)	13

Le pourcentage d'abandon du groupe expérimental est moins élevé (7,8%) que celui du groupe témoin (11,8%). Notons que les douze personnes qui ont été dédommagées font partie du groupe expérimental. Ainsi, un peu moins de la moitié du groupe expérimental a reçu le montant prévu. Un seul des deux membres qui ont abandonné l'étude a été dédommagé. Il semble que cette différence n'ait pas eu d'effet sur les taux d'abandon. Si on compare les taux d'abandon entre les groupes, un sujet du groupe expérimental non dédommagé a abandonné et deux sujets du groupe témoin ont abandonné la recherche. Il est possible que la participation bénévole du groupe témoin ait influencé le taux d'abandon. D'autres facteurs peuvent aussi avoir contribué au taux d'abandon (situation de crise entre le pré test et le post test). Il est toutefois difficile de les identifier puisque nous n'avons pu entrer en contact avec ces deux sujets.

### 2.3 Passation des questionnaires

Les outils standardisés qui mesurent les différents symptômes ont été assemblés pour former un questionnaire unique d'une durée d'environ 45 minutes. L'anonymat des informations a été assuré par l'utilisation d'un code

d'identification, connu uniquement de la chercheure, et apparaissant sur le questionnaire. Ce questionnaire a été rempli par les sujets du groupe expérimental avant le début de la première rencontre de groupe (mesure pré test). Les participants ont été invités à se rendre sur les lieux 40 minutes avant la rencontre. Ils ont d'abord signé deux copies du formulaire de consentement. Une copie leur a été remise et l'autre a été gardée par la chercheure. Les sujets ont complété par la suite le questionnaire au post-test, soit lors de la dernière rencontre de groupe, 10 semaines plus tard.

Les sujets du groupe témoin ont complété le formulaire de consentement (voir l'annexe II) et les questionnaires selon les mêmes modalités que le groupe expérimental. Les sujets ont été rencontrés individuellement dans un local réservé pour la recherche ou dans un autre endroit accommodant les sujets.

Les questionnaires sur les variables socio-démographiques ont été complétés par la chercheure au moment de l'entrevue pré-groupe auprès des sujets du groupe expérimental et lors d'une entrevue semi-structurée auprès des sujets du groupe témoin. Les caractéristiques des ASE ont été mesurées à l'aide d'une grille complétée par les sujets de l'étude lors du pré test.

### **3. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE**

#### **3.1 Variable indépendante**

L'intervention de groupe PHASE I constitue la variable indépendante. La présentation de l'intervention de groupe a été faite dans le premier chapitre (voir la section 3 du document ).

### **3.2 Variables dépendantes**

Afin d'évaluer les effets de l'intervention de groupe, l'évolution de l'état psychologique des sujets des deux groupes entre le T1 et le T2 a été mesurée par des instruments standardisés et comparée. L'état psychologique des sujets est mesuré par l'ensemble des symptômes liés à l'agression sexuelle fréquemment rapportés au sein de la littérature : le faible estime de soi, la dépression, l'anxiété, la dissociation, les troubles sexuels et de sommeil, ainsi que les symptômes traumatiques. Nous avons également mesuré le sentiment de solitude et la détresse psychologique.

Le choix des mesures standardisées pour établir l'état psychologique des sujets a été fait conformément à deux critères : les objectifs de l'intervention et les symptômes des ASE identifiés dans la littérature. Ces deux critères sont étroitement reliés puisque l'intervention de groupe a été créée pour diminuer certains de ces symptômes. Les recommandations issues de la littérature à l'effet d'utiliser plusieurs tests standardisés mesurant une variété de symptômes ont aussi été retenues (Finkelhor, 1990 ; Dhaliwal et al. 1996).

### **3.3 Instruments de mesure**

Le tableau IV présente les variables étudiées, leurs dimensions et la méthode de cueillette de données utilisée. Les questionnaires ayant servis à la recherche sont également identifiés.

#### **3.3.1 *Questionnaire sur les données sociodémographiques et sur les critères de sélection***

Les caractéristiques socio-démographiques des participants ont été mesurées à l'aide de questions créées pour les fins de l'étude.

Tableau IV: Variables, méthodes et instruments de mesure

Variables	Dimensions	Méthode de collecte de données	Mesures
Caractéristiques des participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractéristiques socio-démographiques               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Âge</li> <li>➤ Statut civil</li> <li>➤ Occupation</li> </ul> </li> <li>• Traitements antérieurs pour les ASE</li> </ul>	Entrevue semi-structurée	Questionnaire maison
	Caractéristiques des ASE		
Variables dépendantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes Traumatiques               <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anxiété</li> <li>➤ Dépression</li> <li>➤ Dissociation</li> <li>➤ Troubles sexuels</li> <li>➤ Troubles de sommeil</li> <li>➤ SATI</li> </ul> </li> </ul>	Questionnaire autoadministré	TSC-40 (Elliot et Briere, 1991)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détresse psychologique</li> <li>• Estime de soi</li> <li>• Sentiment de solitude</li> </ul>		IDPEQS-29 (Préville et al, 1992) SEI (Battle, 1981) UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1980)



Un questionnaire a été utilisé pour les sujets du groupe expérimental (voir à l'annexe III) et un autre pour les sujets du groupe témoin (voir à l'annexe IV). La différence entre les deux questionnaires réfère uniquement aux questions spécifiques à l'entrevue pré-groupe pour les sujets du groupe expérimental (c'est-à-dire les objectifs poursuivis par la personne qui s'inscrit au programme d'intervention par exemple). Ces questions se sont révélées non pertinentes pour les sujets du groupe témoin. Les informations compilées pour la présente étude sont l'âge du sujet, son statut civil et son occupation.

### **3.3.2 Grille sur les ASE**

Cette grille (voir à l'annexe V) comprend une série de questions construites par Briere (1992) que nous avons traduites de l'anglais au français. Elle se divise en deux sections relatives à la nature des gestes sexuels. La première section porte sur les attouchements aux parties génitales. La première question est la suivante: «Avant l'âge de 17 ans, est-ce que quelqu'un vous a touché de façon sexuelle ou vous a fait toucher ses parties génitales ? ». La deuxième section touche les relations sexuelles de type orale, anale ou vaginale et débute par la question suivante: «Avant l'âge de 17 ans, est-ce que quelqu'un a eu avec vous des relations sexuelles de type orale, anale ou vaginale ou inséré un doigt ou un objet dans votre anus ? ». À la suite de chacune de ces questions, des questions complémentaires tentent de cerner les paramètres suivants: les agressions extra ou intra familiales, le lien entre la victime et l'agresseur, l'âge au moment de la première agression, le nombre d'agresseurs, l'utilisation de la force et le nombre d'agressions.

### **3.3.3 Questionnaire sur l'état psychologique des sujets**

Les échelles suivantes mesurent les symptômes qui ont servi à établir l'état psychologique des sujets de notre étude (voir à l'annexe VI).

### Échelle des symptômes traumatiques (*Trauma Symptom Checklist, TCS-40*)

Cette échelle des symptômes traumatiques (TSC-40 : Elliot et Briere, 1991) mesure les effets psychologiques à long terme des ASE. Cet instrument regroupe des symptômes fréquemment associés à des individus agressés sexuellement dans l'enfance (Roesler et McKenzie, 1994). Son utilisation est suggérée comme un instrument de recherche qui permet de déterminer l'étendue des effets traumatiques à long terme des ASE (Elliot et Briere, 1992).

L'instrument est un questionnaire autoadministré. Il est composé d'énoncés traduisant 40 symptômes spécifiques dont on mesure l'occurrence au cours des deux derniers mois, sur une échelle ayant des scores variant de 0 à 3 (0= jamais, 1= à l'occasion, 2= souvent, 3= très souvent). Ces symptômes forment une échelle globale qui indique un score variant de 0 à 120. Plus le score est élevé, plus les symptômes traumatiques sont sévères. Le coefficient de cohérence interne (Alpha de Cronbach) est de 0,93 pour notre échantillon. Cette échelle se divise en six sous-échelles qui mesurent les dimensions suivantes : l'anxiété (Alpha .78), la dépression (Alpha .79), la dissociation (Alpha .69), les effets traumatiques liés aux ASE (Alpha .74), les troubles sexuels (Alpha .71) et les troubles de sommeil (Alpha .84). Les auteurs du TSC-40 rapportent que les scores sont plus élevés au sein des populations cliniques que non cliniques .

Le TSC-40 est la nouvelle version du TSC-33 développé par Briere et Runtz (1989) où l'on a introduit de nouveaux items afin (1) de créer une échelle mesurant les troubles sexuels et (2) d'améliorer la validité des échelles de troubles de sommeil et des impacts traumatiques liés aux ASE. Ces instruments ont été utilisés et validés auprès de populations variées autant chez les hommes que chez les femmes (Cole et Briere et al.: Dans Briere et Runtz, 1989 ; Roesler et McKenzie, 1994).

Puisque le TSC-40 n'existait qu'en version anglaise, nous avons contacté un des auteurs du test (Briere) afin d'obtenir son consentement pour traduire l'instrument en français. Suite à son approbation, le test a été traduit par la méthode de traduction inversée: une première version française du test a été faite par l'auteure de cette étude et l'intervenant de l'intervention de groupe PHASE I. Cette traduction a été soumise à deux traducteurs professionnels qui l'ont retraduit en anglais afin de comparer la similitude de leur version. Ces deux versions se sont avérées presque identiques et très proches de la version originale anglaise, indiquant la fiabilité de la version française. La version française a été ensuite finalisée par l'auteure de cette étude et son co-directeur de maîtrise. La version originale anglaise peut être consultée à l'annexe VII.

#### L'indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-29)

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-29: Prévile, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992) est le nouveau nom de l'échelle de détresse psychologique utilisée lors de l'enquête de Santé Québec en 1987. Cette échelle est la version française du Psychiatric Symptom Index (PSI) construite par Ilfeld en 1976 et traduite et validée par Kovess en 1985 (Santé Québec, 1995). Prévile et al. (1992) ont évalué les qualités psychométriques de l'échelle. La détresse psychologique se définit par une «grande intensité de souffrance psychologique, mais, qu'il est présumément possible de prévenir ou de guérir à l'aide d'une infrastructure légère de soins et de services » (Perrault, 1987, p.15). La détresse psychologique a un impact sur la santé mentale, sa forte intensité étant associée à des troubles psychologiques légers. Ces derniers se définissent comme «toute manifestation chez un individu de comportement associé à de la souffrance psychologique et à une diminution de la capacité d'accomplir des tâches usuelles » (Perrault, p.15).

L'IDPESQ-29 est composé de 29 énoncés qui mesurent des symptômes psychologiques et physiques. Ces énoncés indiquent les symptomatologies suivantes : dépressive, anxieuse, irritabilité et troubles cognitifs. Le répondant doit indiquer à quelle fréquence il a ressenti ou expérimenté ces symptômes au cours de la dernière semaine et ce, à l'aide d'une échelle à cinq niveau de fréquence (de 0 = jamais à 5 = très souvent). Plus le score est élevé, plus grand est le niveau de détresse psychologique. Le coefficient de cohérence interne (Alpha de Cronbach) est de 0,93 pour notre échantillon.

Il existe des niveaux normatifs des indices de détresse psychologique pour la population du Québec qui ont été établis à partir des résultats de l'enquête de Santé Québec en 1987 (Boyer, Prévaille, Légaré et Valois, 1993). Bien que Santé Québec ait effectué une enquête dans les années 1992 et 1993, aucun exercice des niveaux normatifs n'a été effectué pour ces données. Les indices de détresse psychologique de notre échantillon seront comparés avec ceux de la population québécoise.

#### Questionnaire sur l'estime de soi (Culture-Free Self-Esteem Inventory for Adults, SEI)

Le SEI (Battle, 1981) est un outil standardisé qui mesure l'estime de soi. Il a été traduit en français et validé par Tourigny, Péladeau et Doyon (1993). Les trente-deux items qui composent l'instrument sont des énoncés qui reflètent la perception de la personne sur sa valeur. Le répondant doit répondre par «oui» ou par «non» aux énoncés selon la façon dont il se perçoit d'habitude. Le coefficient de cohérence interne (Alpha de Cronbach) est de .88 pour notre échantillon. Le score de l'échelle s'obtient en faisant la somme des valeurs numériques associées à chacune des réponses. Le «oui» et le «non» équivalent à 1 point selon que l'énoncé est positif ou négatif. Le score maximal est de 32 et plus le score est élevé, meilleur est l'estime de soi. Battle indique que ce

questionnaire est un bon indice de l'amélioration ou non de l'estime de soi de la personne à la fin d'un processus thérapeutique.

#### L'échelle de solitude (UCLA Loneliness Scale, révisée)

La version révisée du UCLA Loneliness Scale (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) est un instrument standardisé et autoadministré qui mesure le sentiment de solitude. Cette dimension repose sur la conception cognitive de la solitude par la personne qui complète l'instrument (Peplau et Perlman, 1982: Dans De Grâce et al, 1993):

*« L'insatisfaction de l'individu qui souffre de solitude est directement reliée aux facteurs évaluatifs qui opèrent en lui, c'est-à-dire à l'écart entre la quantité et la qualité des relations interpersonnelles qu'il a de fait et ce qu'il souhaiterait connaître » (p. 14).*

Cette échelle comprend 20 énoncés où le répondant doit indiquer à quelle fréquence il expérimente chacun de ces énoncés sur une échelle à quatre niveaux ( de 1 = jamais à 4 = souvent). Le score se calcule en additionnant la valeur numérique de chaque question et les valeurs des énoncés positifs doivent être inversées. Le score maximal de l'échelle est de 80 et plus il est élevé, plus les sujets éprouvent un sentiment de solitude. Le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,87 pour notre échantillon.

La version française du *Revised UCLA Loneliness Scale*, utilisée dans cette étude, a été traduite par la méthode de traduction inversée et soumise à un pré test lors d'un mémoire de maîtrise en psychologie de l'Université de Montréal (Bordeleau, 1990). Nous avons découvert par la suite qu'il existait une version québécoise validée: l'échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL: De Grâce, Joshi et Pelletier, 1993). La version que nous avons utilisée a un coefficient de cohérence interne de 0,87. Ce coefficient est identique à ceux obtenus dans le cadre de trois études de validation effectuées par ces auteurs auprès de la population étudiante (premier cycle universitaire) et auprès de

personnes âgées. Il y a peu de différences entre la formulation et le sens des énoncés des deux versions. Les différences existantes se retrouvent aux énoncés #1, 3, 9, 17 qui peuvent avoir un sens distinct. Par exemple, l'énoncé #3 de notre version «*il n'y a personne à qui je peux me confier*» et celui du ÉSUL «*il n'y a personne à qui je peux avoir recours*» se distinguent dans les termes «*me confier*» et «*avoir recours*» qui n'ont pas la même signification. Nous avons placé à l'annexe VIII l'ÉSUL à des fins de comparaison.

#### **4. PROCÉDURES D'ANALYSE**

Dans un premier temps, l'équivalence entre les groupes sur les variables socio-démographiques et les variables descriptives des agressions sexuelles a été vérifiée. Des analyses statistiques bi-variées (tests t et chi carré) ont été réalisées.

Dans un deuxième temps, nous avons comparé l'état psychologique des groupes expérimental et témoin au pré-test en utilisant des tests t dans le but de vérifier les distinctions entre les deux groupes sur cette variable.

Finalement, une analyse de variance inter groupe et intra groupe (ANOVA) à mesures répétées a été effectuée afin d'évaluer l'effet du traitement sur la variance des moyennes entre les groupes. Le seuil de signification pour tous les tests est établi à  $p < 0,05$ .

## CHAPITRE 3: RÉSULTATS

### 1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Le tableau V présente les données socio-démographiques des sujets du groupe expérimental et du groupe témoin. Les sujets du groupe expérimental sont âgés de moins de 40 ans dans une proportion de 56,5%. Ils sont célibataires, séparés ou divorcés dans une proportion de 65,2%. De plus, 47,2% des sujets ne travaillaient pas au moment de l'étude. Par ailleurs, 91,3% des hommes du groupe expérimental n'ont jamais eu recours à une aide thérapeutique relative aux ASE.

**Tableau V: Caractéristiques socio-démographiques du groupe expérimental et du groupe témoin.**

	<b>Groupe expérimental</b> N=23 n (%)	<b>Groupe témoin</b> N=13 n (%)	$\chi^2$ (df=1)	<i>p</i>
<b>Âge</b>				
Moins de 40 ans	13 (56,5)	9 (69,2)	0,56	0,45
40 ans et plus	10 (43,5)	4 (30,8)		
<b>État civil</b>				
Célibataire, séparé ou divorcé	15 (65,2)	11 (84,6)	1,56	0,21
Marié/union de fait	8 (34,8)	2 (13,4)		
<b>Occupation</b>				
Travaille	12 (52,2)	11 (84,6)	3,79	0,05
Autres	11 (47,2)	2 (15,4)		
<b>Thérapie antérieure spécifique aux ASE</b>				
Oui	2 (8,7)	4 (30,8)	2,91	0,09
Non	21 (91,3)	9 (69,2)		

La seule distinction identifiée entre les deux groupes est relative à la variable "occupation" ( $\chi^2(1, 36) = 3,79, p=0,05$ ). Au moment de l'étude, les hommes du groupe expérimental étaient significativement moins nombreux à occuper un emploi à temps plein ou à temps partiel que les hommes du groupe témoin (52,2% comparativement à 84,6 %, ). Aucune différence significative n'a été trouvée quant aux variables «âge», «état civil» et «thérapie antérieure» entre les groupes.

## 2. LES CARACTÉRISTIQUES DES ASE

Le tableau VI décrit les caractéristiques des ASE du groupe expérimental. Ces hommes ont vécu leur première agression à 7,4 ans en moyenne. Les agressions se sont échelonnées sur une période d'un an et plus chez 87% d'entre eux. Les sujets ont subi des agression multiples, soit plus de 10, dans une proportion de 78,3%. Ils ont été agressés par un membre de leur famille dans une proportion de plus de 65% (figure parentale, fratrie, cousin, oncle), ce qui représente près du 2/3 des agresseurs. Parmi les agressions ayant eu lieu à l'extérieur du cadre familial (34,8%), seulement 5,5% des agresseurs n'étaient pas connus des victimes. Les hommes du groupe expérimental ont été agressés par au moins deux agresseurs dans plus de la moitié des cas (56,5%) et par des hommes uniquement dans une proportion de 83%. Les hommes du groupe expérimental ont été agressés par des hommes et par des femmes dans une proportion de 17%. Les agressions sont sévères puisque 82,6% des hommes ont subi des attouchements accompagnés de pénétration anale ou de fellation et que 60,9% des hommes ont vécu des agressions accompagnées de force physique.

Lorsque l'on examine les résultats en comparaison à ceux du groupe témoin, on note une différence de proportion sur la variable «durée des agressions» ( $\chi^2(1, 36) = 6,89, p=0,01$ ). Les hommes du groupe expérimental sont plus



**Tableau VI: Caractéristiques des ASE du groupe expérimental  
et du groupe témoin.**

	Groupe expérimental		Groupe témoin		Tests statistiques et valeur de <i>p</i>	
	N=23		N=13			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> ( <i>dl</i> =34)	<i>p</i>
<b>Âge au moment de la première agression</b>	7,39	2,73	8,54	3,91	-1,04	0,31
<b>Durée des ASE</b>	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)		$\chi^2$ ( <i>dl</i> =1)	<i>p</i>
Moins de 1 an	3 (13)		7 (53,8)		6,89	0,01
1 an et plus	20 (87)		6 (46,2)			
<b>Lien agresseur/victime</b>					0,49	0,83
Membre de la famille	15 (65,2)		8 (61,5)			
Personne extérieure à la Famille	8 (34,8)		5 (38,5)			
<b>Fréquence des ASE</b>					1,16	0,3
10 fois et moins	5 (21,7)		5 (38,5)			
Plus de 10 fois	18 (78,3)		8 (61,5)			
<b>Sexe de l'agresseur</b>					- <sup>2</sup>	-
Homme	19		11			
Femme	0		1			
Homme et femme	4		1			
<b>Nombre d'agresseurs</b>					1,08	0,3
1	10 (43,5)		8 (61,5)			
2 et plus	13 (56,5)		5 (38,5)			
<b>Gestes subis</b>					1,17	0,7
Attouchements	4 (17,4)		3 (23,1)			
Attouchements et Pénétrations ou Fellations	19 (82,6)		10 (76,9)			
<b>Utilisation de la force</b>					0,73	0,4
Oui	14 (60,9)		6 (46,2)			
Non	9 (39,1)		7 (53,8)			

<sup>2</sup> Aucune analyse statistique n'a pu être effectuée étant donné un nombre insuffisant de sujets pour 2 catégories.

nombreux à avoir été agressé sur une période d'un an et plus que les hommes du groupe témoin (87% comparativement à 46, 2% ). Aucune différence significative n'a été identifiée entre les groupes sur les variables «âge au moment de la première agression», «lien agresseur/victime», «fréquence des ASE», «nombre d'agresseurs», «gestes subis» et «utilisation de la force».

### 3. L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES SUJETS AU T1

Le tableau VII montre que les scores moyens entre le groupe expérimental et le groupe témoin sont significativement différents sur toutes les échelles mesurant l'état psychologique des sujets au T1

**Tableau VII: Différences entre les groupes sur l'état psychologique au T1**

	Groupe expérimental		Groupe témoin		Différences de moyennes entre les groupes		
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>T</i>	<i>dl</i>	<i>p</i>
<b>TSC-40</b>	54,43	(16,17)	31,62	(13,55)	4,3	34	0,000
Dissociation	8,09	(2,91)	4,85	(2,27)	3,46	34	0,001
Anxiété	8,79	(4,56)	4,54	(2,96)	3,01	34	0,005
Dépression	12,96	(4,77)	7,46	(3,67)	3,59	34	0,001
SATI	9,57	(2,87)	4,38	(2,72)	5,29	34	0,000
Troubles de sommeil	9,65	(4,10)	6,00	(3,70)	2,66	34	0,012
Troubles sexuels	11,26	(3,95)	8,15	(4,28)	2,20	34	0,035
<b>PSI: Détresse psychologique</b>	42,98	(16,26)	28,29	(17,02)	3,11	34	0,004
<b>SEI: Estime de soi</b>	13,39	(5,91)	21,85	(6,12)	-4,07	34	0,000
<b>UCLA: Sentiment de solitude</b>	51,33	(7,54)	40,38	(9,49)	3,59	29 <sup>3</sup>	0,001

<sup>3</sup> Données disponibles pour 18 sujets du groupe expérimental.

Ces résultats indiquent que les hommes du groupe expérimental ont une symptomatologie significativement plus élevée que les hommes du groupe témoin sur l'ensemble des variables mesurées, soit les symptômes traumatiques, la dissociation, l'anxiété, la dépression, les symptômes traumatiques liés aux ASE, les troubles de sommeil, les troubles sexuels, la détresse psychologique, l'estime de soi et le sentiment de solitude.

#### **4. LES EFFETS DE L'INTERVENTION DE GROUPE**

Les résultats de l'ANOVA à mesures répétées sont rapportés dans le tableau VIII. Les résultats révèlent que le temps a une influence sur certaines variables. Le score global du TSC-40 est significatif ( $F(1,34) = 5,69, p = 0,023$ ), indiquant une diminution de l'ensemble des symptômes traumatiques au cours des dix semaines entre le pré et le post test. Deux des sous échelles du TSC-40, soit les troubles sexuels ( $F(1,34) = 12,05, p = 0,001$ ) et la dépression ( $F(1,34) = 4,88, p = 0,034$ ) ont aussi des scores significatifs, indiquant que ces symptômes ont également diminués au cours des dix semaines entre le pré et le post test. L'échelle mesurant l'estime de soi présente aussi un score significatif ( $F(1,34) = 8,86, p = 0,01$ ), indiquant que l'estime de soi a augmenté au cours des dix semaines entre le pré et le post test. Ces résultats indiquent qu'il y a une diminution de ces symptômes dans le temps entre le pré-test et le post-test.

Par ailleurs, même si le temps a eu un effet significatif sur certaines variables, l'effet d'interaction est significatif pour la variable estime de soi ( $F(1,34) = 6,17, p = 0,018$ ) et pour la sous-échelle SATI concernant les effets traumatiques liés aux ASE ( $F(1,34) = 4,70, p = 0,037$ ). Ces résultats indiquent que l'intervention de groupe permet aux sujets d'augmenter leur estime de soi et de voir diminuer leurs symptômes traumatiques liés aux AS entre le pré-test et le post-test. Ces changements sont statistiquement plus importants pour le groupe expérimental que le groupe témoin, démontrant l'efficacité de l'intervention de

Tableau VIII: Résultats de l'ANOVA à mesures répétées

	Groupe Expérimental				Groupe témoin				Effets d'interactions temps X groupe		Effets du temps	
	T1		T2		T1		T2		F (1,34)	P	F (1,34)	P
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)				
<b>TSC-40</b>	54,43	(16,17)	47,17	(14,72)	31,62	(13,55)	27,08	(18,32)	0,30	0,59	5,69	0,02
Dissoziation	8,09	(2,91)	7,49	(3,57)	4,85	(2,27)	4,77	(3,00)	0,21	0,65	0,34	0,56
Anxiété	8,79	(4,56)	7,13	(3,60)	4,54	(2,96)	3,92	(3,93)	0,84	0,37	4,01	0,06
Dépression	12,96	(4,77)	11,09	(3,67)	7,46	(3,67)	6,00	(4,73)	0,73	0,79	4,88	0,03
SATI	9,57	(2,87)	7,91	(3,04)	4,38	(2,72)	4,92	(3,17)	4,70	0,04	1,21	0,28
Troubles de sommeil	9,65	(4,10)	8,96	(3,59)	6,00	(3,70)	4,54	(3,18)	0,41	0,52	3,28	0,08
Troubles sexuels	11,26	(3,95)	9,17	(6,46)	8,15	(4,28)	6,46	(4,70)	0,13	0,72	12,05	0,00
<b>PSI: Détresse psychologique</b>	42,98	(16,26)	41,28	(17,84)	28,29	(17,02)	21,84	(17,22)	0,6	0,45	1,75	0,2
<b>SEI: Estime de soi</b>	13,39	(5,91)	17,65	(5,14)	21,85	(6,12)	22,23	(6,67)	6,17	0,02	8,86	0,01
<b>UCLA: Sentiment de solitude</b>	51,33	(7,54)	48,06	(8,71)	40,38	(9,49)	38,69	(9,06)	F (1,29)		F (1,29)	
								0,35	0,56	3,48	0,07	

groupe sur ces aspects. L'effet d'interaction est non significatif pour les variables suivantes: les symptômes traumatiques, la dissociation, la dépression, les troubles de sommeil, les troubles sexuels, la détresse psychologique et le sentiment de solitude. Ces résultats indiquent que l'intervention de groupe n'a pas eu d'effet significatif sur ces symptômes entre le pré-test et le post-test.

## **5. LES ANALYSES DESCRIPTIVES COMPLÉMENTAIRES**

Des analyses descriptives complémentaires ont été effectuées dans le cadre de cette étude afin de vérifier l'évolution individuelle de l'état psychologique des hommes qui ont participé à l'intervention de groupe PHASE I. Il s'agit d'une démarche exploratoire qui nous permet d'obtenir des valeurs descriptives de l'évolution individuelle des sujets puisqu'il n'existe pas de normes cliniques québécoises pour la majorité des instruments de mesure utilisés. Nous avons calculé l'écart entre les résultats du pré-test et du post-test de chaque sujet, et ce, pour les quatre échelles utilisées dans l'étude. L'écart entre ces scores nous permet d'établir la proportion des hommes qui ont vécu une diminution, une augmentation ou une stabilisation de leurs symptômes suite au groupe. Nous avons établi la valeur minimale des écarts pour chacune des échelles entre le T1 et le T2 afin de conclure ou non à un changement. Un écart de 6 points est requis pour l'échelle TSC-40. Si l'écart des scores entre le T1 et le T2 est d'une valeur qui varie entre moins 6 et 6, les symptômes sont considérés comme stables. Si l'écart des scores entre le T1 et le T2 est d'une valeur de 7 points et plus, cela signifie qu'il y a une diminution des symptômes. Si l'écart des scores entre le T1 et le T2 est d'une valeur de moins 7 points et plus, ceci signifie qu'il y a une augmentation des symptômes. La valeur de l'écart du SEI est établi à 2 points, celle du UCLA à 4 points et celle du PSI à 6 points. La valeur des écarts de ces échelles est interprétée de la même façon que celle indiquée pour le TSC-40. Les seuils sont arbitraires mais ils nous permettent néanmoins d'observer l'évolution individuelle des sujets en cours d'intervention.

#### Les symptômes traumatiques: TSC-40

Cet exercice nous permet de constater que la proportion des hommes qui ont vécu une diminution des symptômes traumatiques est de 52% suite à l'intervention de groupe. Ces symptômes sont demeurés stables pour 39% des hommes et ils ont augmenté pour 9% des hommes.

#### L'estime de soi: SEI

La proportion des hommes qui ont augmenté leur estime de soi est de 61%. Vingt-six pourcent (26%) des hommes ont un niveau d'estime de soi semblable après l'intervention à celui en début d'intervention et l'estime de soi a diminué auprès de 13% des hommes.

#### Le sentiment de solitude: UCLA Loneliness Scale

La proportion des hommes qui ont diminué leur sentiment de solitude suite à l'intervention de groupe est de 50%. Ce sentiment de solitude est resté stable pour 44% des hommes et 6% des participants ont un sentiment de solitude plus élevé suite à l'intervention de groupe.

#### La détresse psychologique: IDPESQ-29

Le niveau de détresse psychologique a diminué pour 30% des hommes suite à l'intervention de groupe et il est demeuré stable pour 35% d'entre eux. La détresse psychologique a augmenté pour 35% des hommes.

Ces résultats nous indiquent que dans l'ensemble, la moitié des hommes et plus qui ont participé à l'intervention de groupe ont éprouvé un apaisement de leurs symptômes, indiquant un état psychologique amélioré. Entre le quart et le tiers des hommes ont des symptômes qui demeurent stables et les symptômes se détériorent pour environ 10% d'entre eux, à l'exception de la détresse psychologique qui a augmenté pour 35% des hommes.

## **CHAPITRE 4 : DISCUSSION**

La présente étude a pour objectif d'évaluer les effets d'une intervention de groupe s'adressant aux hommes agressés sexuellement durant leur enfance. Elle vise également à décrire la nature des ASE subies et l'état psychologique des sujets ayant participé à l'intervention de groupe. Tous les hommes qui ont participé aux groupes PHASE I ont accepté de prendre part à la recherche. Le taux d'acceptation étant de 100%, il est donc possible de généraliser à l'ensemble des hommes qui participent à PHASE I les données concernant la nature des ASE, l'état psychologique des sujets et l'efficacité de l'intervention de groupe .

### **1. LA NATURE DES ASE**

Les sujets de l'étude ont subi en moyenne une première agression sexuelle à l'âge de 8 ans et moins. D'autres études ont souligné que les garçons subissent une première agression à un jeune âge, la majorité des garçons étant âgé en moyenne de 11 ans et moins (Holmes et al., 1998 ; Dhaliwal et al., 1996).

Plus de la moitié des sujets ont été agressés à l'intérieur du cadre familial. Le fait que les garçons aient été agressés en majorité par des membres de leur famille a été souligné dans d'autres études (Mendel, 1995 ; Roesler et McKenzie, 1994). Les recensions identifiées rapportent, quant à elles, que les garçons sont en majorité agressés par des agresseurs extérieurs au milieu familial (Holmes et al., 1998 ; Dhaliwal et al., 1996). Une hypothèse pour expliquer cette différence du lien agresseur/victime entre les sujets de notre étude et ceux des recensions citées est que les hommes qui demandent de l'aide pour les ASE ont été agressés majoritairement par un membre de leur famille. Une recension des écrits rapporte les hommes qui ont été agressés par un

membre de leur famille éprouvent plus de symptômes psychologiques (Bauserman et al., 1997). D'autres recensions ont rapporté que ces symptômes sont plus élevés au sein des population cliniques comparativement aux populations non-cliniques (Bauserman et al., 1997 ; Ferguson, 1997). Ainsi, il est possible que les hommes agressés sexuellement par un membre de leur famille aient davantage besoin d'un soutien psychologique, dû à leur niveau élevé de symptômes, et ils seraient donc plus nombreux au sein des échantillons cliniques. À cet effet, soulignons que les sujets de l'échantillon de Mendel (1995) sont issus d'une population clinique et qu'ils ont été, en majorité, agressés par un membre de leur famille. Cette hypothèse expliquerait la différence observée de la variable agresseur/victime entre notre groupe expérimental et les échantillons des études identifiées dans les recensions. Cette hypothèse pourrait aussi s'appliquer aux sujets du groupe témoin, puisque le tiers d'entre eux ont fait une demande d'aide dans le passé et comme nous le verrons plus loin, ils ne sont pas sans symptômes. Des recherches sont nécessaires pour vérifier si les hommes qui reçoivent ou qui ont reçu un soutien psychologique ont été agressés en majorité par un membre de leur famille.

Les agresseurs qui n'étaient pas des membres de la famille de la victime étaient connus de celle-ci. Comme il a été trouvé dans d'autres études, peu de garçons sont agressés par des agresseurs qu'ils ne connaissent pas (Holmes et al., 1998, Dhaliwal, 1996).

Les agressions ont surtout été commises par des hommes. Ceci rejoint à nouveau la littérature à l'effet que les garçons sont agressés en majorité par des hommes (Holmes et al., 1998).

Les sujets du groupe expérimental ont subi des agressions sur une période d'un an et plus. D'autres recherches ont souligné le fait que les garçons vivent des



agressions sexuelles sur une longue période de temps (Holmes et al., 1998 ; Mendel, 1996 ; Roesler et al., 1994).

Les sujets du groupe expérimental sont plus nombreux à avoir rapporté des agressions qui ont duré un an et plus comparativement aux sujets du groupe témoin. Ce résultat semble cohérent avec l'état psychologique plus détérioré des sujets du groupe expérimental comparé aux sujets du groupe témoin.

Les sujets ont vécu des agressions multiples et ont subi des attouchements combinés à des pénétrations anales ou à des fellations. Plus de la moitié des sujets ont été agressés par au moins deux agresseurs différents et ont déclaré avoir fait face à des gestes de contraintes physiques lors d'un ou de plusieurs événements. Les caractéristiques des ASE subies par les sujets de notre étude ont été identifiées auprès d'échantillon de survivants de d'autres études (Holmes et al., 1998, Roesler et McKenzie, 1994).

Les ASE rapportées par les sujets sont sévères. La sévérité des ASE est définie par la présence d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes, telles que choisies par différents auteurs: (1) les agressions à l'intérieur du cadre familial, (2) les agressions répétées et perpétrées sur une longue période de temps, (3) la présence de pénétration anale ou de fellation, (4) l'utilisation de la force ou la menace de son utilisation et finalement, (5) la présence de plus d'un agresseur (Boudewyn et Huser Liem, 1995 ; Roelser et al., 1994 ; Bagley et al., 1993 ; Bauserman et al. 1997 et Beitchman, et al., 1992).

## **2. L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE DES SUJETS**

Les scores élevés obtenus par les mesures pré test effectuées (TSC-40, SEI, IDPESQ-29, UCLA) révèlent que les sujets du groupe expérimental présentent des symptômes importants tels qu'une faible estime de soi, une

détresse psychologique élevée, un sentiment de solitude, des troubles sexuels, des troubles de sommeil, de l'anxiété, de la dissociation et des symptômes traumatiques reliés aux ASE. Ces résultats suggèrent l'effet persistant des symptômes liés aux ASE dans l'enfance démontré dans d'autres études (Holmes et al., 1998 ; Ferguson, 1997 ; Bagley et al., 1994 ; Bendixen et al., 1994, Roesler et al., 1994). De plus, l'ampleur de ces symptômes semble cohérente avec la gravité des agressions sexuelles subies.

L'état psychologique des sujets du groupe expérimental au pré test est significativement différent de celui des sujets du groupe témoin, ils ont des résultats significativement plus élevés sur l'ensemble des mesures effectuées. Ceci indique que les sujets du groupe expérimental ont une symptomatologie plus sévère que les sujets du groupe témoin. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les sujets du groupe expérimental étaient plus nombreux à avoir été agressés sur une période d'un an et plus comparativement aux sujets du groupe témoin. Nous avons vu plus haut que les ASE perpétrées sur une longue période de temps sont associées à des effets négatifs plus importants. Bagley, Wood et Young (1994) rapportent, à cet effet, que les hommes qui ont vécu des ASE à long terme, comparativement aux hommes agressés à une occasion, avaient des problèmes psychologiques plus élevés tels que de l'anxiété et de la dépression sévère. Ceci pourrait donc être mis en lien avec l'état psychologique plus détérioré des sujets du groupe expérimental.

Les symptômes plus élevés du groupe expérimental pourraient aussi expliquer le fait que les sujets du groupe expérimental étaient significativement moins nombreux à occuper un emploi à temps plein ou à temps partiel que les sujets du groupe témoin. Une étude a rapporté que les effets négatifs des ASE dans l'enfance limitaient la capacité des survivants à participer à des activités sociales comme le travail (Bendixen et al., 1994).

Par ailleurs, il apparaît que les participants de notre étude présentent des symptômes psychologiques plus importants que les hommes en général. En effet, les sujets de notre étude se distinguent des hommes de la population québécoise sur la variable détresse psychologique. Boyer, Prévaille, Légaré et Valois (1993) ont établi des indices normatifs de détresse psychologique de la population du Québec non institutionnalisée d'après les résultats de l'enquête de Santé Québec (1987). Le seuil de détresse psychologique qualifié de sévère par ces auteurs varie entre 18,39 et 21,06 selon les groupes d'âges et s'établit en moyenne à 19,54 pour les hommes de 15 ans et plus. Dans la présente étude, les sujets du groupe expérimental ont un indice moyen de détresse psychologique de 42,98 et les sujets du groupe témoin ont un indice moyen de détresse psychologique de 28,29. Ces indices sont plus élevés que le seuil de détresse psychologique qualifiée de sévère pour l'ensemble des hommes québécois selon les normes utilisées par Santé Québec. Les ASE semblent donc avoir un effet important sur la détresse psychologique.

Parmi les autres facteurs qui peuvent expliquer un indice de détresse psychologique élevé, Santé Québec (92-93) rapporte l'état matrimonial. Les célibataires étaient significativement plus nombreux à afficher un seuil de détresse psychologique élevé. Soixante-douze pour-cent (72,2%) de notre échantillon est formé d'hommes célibataires, séparés ou divorcés, ce qui pourraient expliquer en partie la différence sur la variable détresse psychologique entre notre échantillon et la population masculine du Québec.

Un autre facteur associé à un haut niveau de détresse psychologique est le statut d'activité (Santé Québec, 1992-1993). Les personnes sans emploi étaient significativement plus nombreuses à afficher un niveau de détresse psychologique élevé que les personnes occupant un emploi. Ainsi, le fait que les sujets du groupe expérimental étaient significativement moins nombreux à occuper un emploi que les sujets du groupe témoin pourrait expliquer qu'ils

éprouvaient un niveau plus élevé de détresse psychologique que les sujets du groupe témoin.

Ces résultats indiquent que les hommes des groupes PHASE I sont nettement en besoin de soutien psychologique et le portrait psychologique de ces hommes montre la nécessité et le bien fondé de développer des interventions visant à répondre à leurs besoins.

### **3. L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION DE GROUPE**

Les résultats de l'ANOVA à mesures répétées démontrent que l'estime de soi (SEI) a augmenté de façon significative suite à l'intervention de groupe. Ceci nous permet d'affirmer que l'intervention de groupe PHASE I permet aux participants d'augmenter leur estime de soi. Il semble ainsi que l'intervention de groupe structurée par thèmes, qui utilise une approche psychoéducative visant à donner aux hommes de l'information leur permettant de modifier leurs perceptions de soi négatives acquises à travers l'expérience de l'agression sexuelle soit efficace, et ce, malgré la courte durée de l'intervention de groupe. Une autre intervention de groupe à court terme utilisant une approche semblable a aussi trouvé que l'estime de soi des sujets avait augmenté de façon significative entre le pré-test et le post-test (Sullivan, 1993).

Les résultats de l'ANOVA indiquent également que les symptômes traumatiques liés aux ASE (SATI) ont diminué de façon significative suite à l'intervention de groupe. Ceci démontre que l'intervention de groupe PHASE I permet aux participants de diminuer les symptômes traumatiques liés aux ASE. La diminution de ces symptômes traumatiques s'avère particulièrement importante. En effet, le *Sexual Abuse Traumatic Index* (SATI) du TSC-40 serait, selon Elliot et Briere (1992), l'échelle la plus révélatrice des symptômes traumatiques des ASE et constituerait un indicateur important de la présence

d'un stress post-traumatique directement lié aux ASE. Les symptômes traumatiques des ASE mesurés par le SATI sont les problèmes sexuels, les flashbacks (images du passé soudaines, précises et déconcertantes), les cauchemars, la peur des hommes, les problèmes de mémoire, les pensées ou sentiments négatifs durant les relations sexuelles et l'impression que les choses ne sont pas réelles. Les interventions basées sur le modèle du stress post-traumatique utilisées dans les groupes PHASE I permettent aux participants d'intégrer les ASE en modifiant leur signification. Ces interventions visent à remodeler les croyances de base de la personne, et ce, malgré les messages destructeurs reçus sur elle-même, les autres et le monde en général. Les croyances de base désormais transformées favoriseraient l'apaisement des symptômes traumatiques liés aux ASE. L'intervention de groupe PHASE I semble donc diminuer l'intensité du stress post-traumatique engendré par les ASE.

Par ailleurs, des améliorations significatives dans le temps, indépendantes du traitement, apparaissent sur l'ensemble des symptômes traumatiques mesurés par le TSC-40, ainsi que sur deux de ses sous-échelles qui mesurent les troubles sexuels et la dépression. Ces résultats indiquent que ces symptômes diminuent avec le temps. En ce qui concerne la dépression, Sullivan (1993) avaient aussi observé que les sujets de son étude avaient des scores de dépression significativement moins élevés suite à l'intervention de groupe. Il avait donc conclu que la participation au groupe avait permis de diminuer les symptômes de dépression. Il est cependant possible que ces symptômes aient aussi diminué avec le temps. Ce constat démontre bien l'importance d'un groupe témoin.

#### ESTIME DE SOI

Les diminutions des symptômes avec le temps pourraient s'expliquer par la régression vers la moyenne, compte tenu des scores extrêmes du départ. Mohr (1992) explique cependant que ce phénomène s'applique uniquement pour les

scores standards établis ou pour les populations pour lesquelles la moyenne et la déviation standard ne changent pas durant la période de temps où les variables sont mesurées. Ceci implique que nous devons connaître ces paramètres pour conclure à la régression vers la moyenne, ce qui n'est pas le cas pour la population des hommes agressés sexuellement. Toujours selon Mohr, les diminutions de scores observés dans les évaluations seraient attribuables non pas à des procédures statistiques mais à deux raisons principales : l'effet du traitement et l'effet de régression courant ou tout autre facteur qui menace la validité interne, tel la maturation des sujets, les événements extérieurs et les biais de sélection.

Les diminutions des symptômes entre le pré-test et le post-test des sujets du groupe expérimental peuvent donc s'expliquer par des événements de vie extérieurs au groupe, tels que la présence d'une nouvelle relation amoureuse, l'obtention d'un emploi, la réconciliation avec une personne, etc. Il est aussi possible que cette diminution des symptômes dans le temps puisse s'expliquer par le fait que les sujets du groupe expérimental étaient en période d'instabilité ou de crise au début de l'intervention de groupe, ce qui aurait influencé les résultats à la hausse au pré-test. Cette crise a pu s'estomper avec le temps, faisant en sorte que le niveau des symptômes au post-test soit moins élevé

Les diminutions des symptômes entre le pré-test et le post-test des sujets du groupe témoin peuvent être dues à un biais de sélection. La recherche a peut-être attiré un sous-groupe non-clinique d'hommes encore très sensibles à la problématique et qui éprouvent encore certaines difficultés. Il est possible qu'ils aient accepté de rencontrer la chercheuse en espérant que cela débouche sur autre chose. À cet effet, deux sujets du groupe témoin ont été retirés de la recherche parce qu'ils étaient en besoin de soutien psychologique et qu'ils ont commencé PHASE I.

Malgré la durée limitée de l'intervention de groupe, il semble qu'elle ait eu un effet bénéfique pour les participants. En effet, les résultats de l'ANOVA indiquent un effet d'interaction significatif qui résulte en une diminution des symptômes tels que mesurés par deux des quatre instruments standardisés. De plus, cet effet d'interaction demeure même si le passage du temps a eu une influence sur la diminution de certains symptômes. Ces éléments tendent à démontrer que l'intervention de groupe PHASE I atteint ses objectifs d'améliorer l'estime de soi et de diminuer les symptômes liés aux ASE.

Les analyses complémentaires qui ont été effectuées dans le cadre de cette étude confirment la tendance à l'amélioration des symptômes pour les sujets ayant participé à l'intervention de groupe et ce, malgré l'absence de différence statistiquement significative. À l'exception de la détresse psychologique, la moitié et plus des sujets avaient des symptômes moins élevés après l'intervention de groupe, ce qui indique une amélioration de leur état psychologique.

Les symptômes sont demeurés stables pour environ le tiers des sujets à l'exception du sentiment de solitude qui n'a pas changé pour près de la moitié des sujets. Ceci peut s'expliquer par la difficulté de créer des liens de confiance avec d'autres personnes et d'établir un réseau social en 10 semaines.

Les symptômes ont augmenté pour environ 10% des sujets qui ont participé à l'intervention de groupe, à l'exception, encore une fois, de la détresse psychologique. Il est possible que les symptômes aient augmenté ou soient restés stables en raison de l'existence même du groupe. Effectivement, les témoignages et les échanges à l'intérieur du groupe peuvent engendrer des prises de conscience qui soulèvent de fortes réactions émotives. Il en est de même en ce qui concerne les thèmes abordés lors des rencontres. Poudrette (1995) indiquait d'ailleurs : "qu'en étant témoin de l'expérience émotive des autres, la personne peut être amenée à revivre certaines émotions auxquelles

habituellement, elle a difficilement accès" (p. 5). Ainsi, il est possible qu'une intervention à plus long terme soit requise pour certains hommes afin qu'ils puissent acquérir les habiletés nécessaires pour gérer ces émotions, ce qui permettrait un apaisement de leurs symptômes.

Il est aussi possible que des événements extérieurs influencent les résultats : le manque de soutien de la famille ou de l'entourage face au processus de guérison enclenché par la participation à l'intervention de groupe, le dévoilement à la famille ou à l'entourage des ASE, le déni de l'entourage de l'existence des ASE, la décision de confronter l'agresseur allant parfois jusqu'à la poursuite judiciaire, la perte d'emploi ou encore la difficulté à trouver un emploi. Nous n'avons malheureusement pas d'informations sur les événements extérieurs au groupe vécus par les participants. Ces informations nous auraient permis d'explorer la présence de liens entre les événements extérieurs et la variation des symptômes.

Le fait que la détresse psychologique ait augmenté ou soit demeurée stable pour le tiers des sujets semble indiquer que le groupe réveille ou maintient la détresse psychologique chez les participants. Nous avons posé l'hypothèse que cette situation pouvait être provoquée par le contenu hautement émotif du groupe. Si tel était le cas, il est aussi possible que la durée de l'intervention de groupe soit insuffisante pour permettre un apaisement. Le groupe thérapeutique de plus longue durée, PHASE II, qui utilise une approche psychodynamique, apparaît comme un moyen pertinent pour poursuivre le travail enclenché et favoriser une résolution des symptômes. L'approche psychodynamique et une intervention de groupe plus longue pourrait favoriser la diminution de la détresse psychologique.

Par ailleurs, ces interprétations sur les variations des symptômes réalisées précédemment sont faites à titre indicatif seulement. La prudence ici s'impose,



l'absence de normes cliniques précises sur plusieurs des mesures utilisées ne nous permet pas d'établir dans quelle proportion les sujets du groupe expérimental passent des scores cliniques à des scores dits normaux.

#### **4. LES CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET LES RECOMMANDATIONS POUR LES RECHERCHES FUTURES**

Notre recherche contient des aspects méthodologiques qui assurent sa validité interne et externe. D'abord, l'utilisation d'un groupe témoin s'avère importante pour interpréter les changements de symptômes qui pourraient être observés au sein du groupe expérimental au cours de l'intervention. Le groupe témoin permet d'amoindrir, bien qu'il ne les annule pas complètement, les biais qui peuvent influencer l'interprétation des résultats. Il en est de même en ce qui concerne l'utilisation de mesures pré-tests et post-tests qui permettent d'observer l'évolution de l'état psychologique des sujets du groupe expérimental avant et après l'intervention de groupe et aussi de comparer cette évolution avec celle des sujets du groupe témoin. L'utilisation d'un groupe témoin et des mesures pré-tests et post-tests augmentent la fiabilité des interprétations en diminuant les biais qui menacent la validité interne et externe de l'étude (Mohr, 1992).

L'utilisation, dans cette étude, d'instruments standardisés qui ont été validés auprès d'autres populations, assure que les mesures sont fiables et qu'elles reflètent bien les concepts étudiés (Dhaliwal et al., 1996 ; Beutler, 1994).

Une autre force de cette étude est l'utilisation de différents outils qui mesurent une variété de symptômes. Ces éléments ont été suggérés par plusieurs études afin de bien cerner les différentes facettes des effets des ASE (Dhaliwal et al., 1996 ; Beutler, 1994)

La nature bien documentée des ASE dans cette étude permet de broser un tableau détaillé des ASE vécus par les sujets. L'importance de bien cerner les caractéristiques des ASE a été suggérée par différents auteurs (Dhaliwal et al, 1996 et Briere, 1992). Ceci permet aussi de vérifier l'équivalence du groupe expérimental et du groupe témoin sur la nature des ASE et ainsi de s'assurer qu'ils se ressemblent suffisamment pour comparer l'état psychologique des sujets qui les composent.

Finalement, le taux d'acceptation élevé assure la validité externe de l'étude puisqu'il nous permet de généraliser les résultats à l'ensemble de la clientèle desservie par PHASE I.

Cette étude constitue ainsi un apport important aux connaissances actuelles sur les interventions de groupes à court terme offertes aux hommes agressés sexuellement dans leur enfance. Le devis quasi-expérimental de l'étude constitue une amélioration de la recherche à ce jour en évaluation d'intervention de groupe auprès des hommes agressés sexuellement dans leur enfance. En outre, elle est la seule recherche empirique à avoir utilisé un devis quasi-expérimental en recherche évaluative auprès de cette clientèle.

Toutefois, les résultats de cette étude doivent être interprétés en considérant les limites méthodologiques qu'elle comporte. Une de ses limites est le petit nombre de sujets. Cette situation peut avoir eu un effet sur les analyses statistiques. En effet, la comparaison des scores individuels du pré-test et du post-test nous permet de constater que les symptômes ont diminué sur la presque totalité des mesures et ce, malgré l'absence d'effet d'interaction significatif mesuré par l'ANOVA. Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le petit nombre de sujets qui forment notre échantillon, et plus particulièrement le nombre de sujets du groupe témoin. Un nombre insuffisant de sujets peut influencer la puissance statistique de l'analyse (Beulter, 1994) et

ainsi diminuer les chances de trouver des différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin. Il est suggéré d'explorer de nouvelles stratégies afin d'augmenter le nombre de sujets recrutés pour les recherches futures

Il serait important dans l'avenir que les recherches évaluatives documentent mieux l'ensemble de la victimisation et de ses conséquences. Des recherches sur les effets des ASE ont souligné l'influence de d'autres types d'agression sur le niveau observé des symptômes (Boudewyn et al., 1995 ; Bagley et al. 1994). À titre d'exemple, Bagley et ses collègues ont démontré que la présence d'agressions émotionnelles combinées aux ASE était fortement corrélée avec la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique et la dissociation. La variable «agression émotionnelle» pourrait mieux documenter les écarts entre l'état psychologique des sujets du groupe expérimental et du groupe témoin. Nous ne savons pas dans quelle proportion les hommes qui ont vécu des ASE et des agressions émotionnelles de façon concomitante, autant dans notre échantillon que dans la population d'intérêt. Elle s'avère donc une variable importante dans l'interprétation des résultats. Cette information favoriserait aussi l'implantation de programmes adéquats qui pourraient prendre en considération cette variable dans l'élaboration de leurs objectifs d'intervention.

Il est également suggéré d'utiliser un suivi longitudinal afin de vérifier la stabilité des améliorations qui peuvent être observées. Ceci permettrait de vérifier l'apport à plus long terme de l'intervention sur la variation des symptômes.

D'autre part, nous avons posé l'hypothèse que la variation des symptômes au sein du groupe expérimental sur certaines variables peut être liée aux événements extérieurs au groupe. Il est donc suggéré que les recherches

évaluatives futures recueillent ces informations afin qu'elles puissent contrôler les biais sur les résultats que peuvent engendrer ces événements.

## CONCLUSION

Ce mémoire est le fruit de trois années d'efforts soutenus pour évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe unique à Montréal. Le groupe Pour Hommes Abusés Sexuellement dans leur Enfance (PHASE) a été mis sur pied en 1996 pour combler une absence quasi totale de services venant en aide à cette clientèle. Cette recherche se veut avant tout un support aux efforts prodigués par des intervenants et intervenantes et des membres de la clientèle pour assurer la survie de ce groupe. Elle souligne la sévérité des agressions sexuelles vécue par la clientèle desservie, elle met en lumière les symptômes psychologiques élevés des hommes qui souscrivent au groupe et propose une modalité d'intervention efficace. Elle sera jointe aux demandes de subventions futures et nous espérons qu'elle convaincra les bailleurs de fonds de la pertinence de subventionner ce groupe.

La clientèle ciblée présente des besoins de soutien psychologique important et l'intervention de groupe révèle ici toute son importance puisqu'elle s'avère bénéfique pour les survivants. Elle apparaît comme une première étape adéquate pour permettre le soulagement de certains symptômes.

L'état psychologique des sujets au post-test justifie l'implantation de services à plus long terme. Des procédures d'évaluation de l'état psychologique des sujets devrait être effectuée de façon systématique après l'intervention de groupe. L'information obtenue devra être partagée avec les participants et permettra une ré-évaluation des besoins des hommes. Les hommes qui éprouvent des symptômes psychologiques nécessitant davantage de soutien pourront être référés à des services d'aide adéquats. L'existence d'un groupe de deuxième étape à plus long terme, comme PHASE II, qui poursuit le travail initié dans le groupe PHASE I et utilise une approche centrée sur la résolution des symptômes, semble être une alternative intéressante. Les hommes du groupe

devraient être encouragés à y participer. Soulignons par ailleurs que l'efficacité de cette intervention devra aussi être évaluée. Cette recherche évaluative constitue un modèle intéressant pouvant inspirer les responsables du groupe PHASE II. Il est fortement proposé que les suggestions méthodologiques faites dans cette étude pour améliorer la qualité des recherches évaluatives futures soient considérées et mises en place.

Malgré le développement d'interventions de groupe offertes aux hommes agressés sexuellement dans leur enfance, il y a un manque évident d'information sur leur efficacité. Cet état complexifie l'élaboration d'interventions adéquates et essentielles pour contrer les effets négatifs des ASE qui semblent persister longtemps au cours de la vie. Il serait aussi intéressant de voir l'apport d'un suivi individuel, combiné à l'intervention de groupe, sur la variation des symptômes. On peut espérer que cette recherche favorisera la création de recherches futures sur les modalités efficaces d'intervenir auprès des hommes.

Nos efforts devraient aussi être dirigés vers la dénonciation des ASE envers les garçons. Le dévoilement des ASE pour un nombre substantiel de victimes est freiné par le déni social et le silence entourant l'existence de cette problématique. L'accès aux services d'aide se trouve par la même occasion limité. Cette situation hypothèque le bien-être des survivants qui éprouvent des effets négatifs importants. Seule la reconnaissance des ASE, impliquant un changements de nos mentalités et une dénonciation des stéréotypes sexuels, permettra aux victimes de prendre le risque de briser le silence. De plus, cette reconnaissance rendra légitime la création de services subventionnés et surtout la demande d'aide des hommes et des garçons dans le futur.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bagley, C., Wood, M., & Young, L. (1994). Victim to abuser: Mental health and behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse & Neglect, 18*, 683-697.
- Battle, J. (1981). *Culture-free SEI self-esteem inventories for children and adults*. Seattle, WA: Special Child Publication.
- Bauserman, R. & Rind, B. (1997). Psychological correlates of male child and adolescent sexual experiences with adults: A review of the nonclinical literature. *Archives of Sexual Behavior, 26* (2), 105-141.
- 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 & Neglect, 16*, 101-118.
- Bendixen, M., Muus, K. M., & Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse-A study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse & Neglect, 18* (10), 837-847.
- Beulter, L.E. (1993). Designing outcomes studies: Treatment of adult victims of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 8* (3), 402-414.
- Bolton, F. G., Morris, L. A., & MacEachron, A. E. (1989). *Males at risk*. Newbury Park: Sage Publications.
- Bordeleau, L. (1990). Relations entre la solitude, l'estime de soi et le réalisme de la confiance. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Boudewyn A.C. & Huser Liem J. (1995). Childhood sexual abuse as precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress, 8* (3), 445-459.
- Boyer, R., Prévile, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête de Santé Québec. *Revue canadienne de psychiatrie, 38*, 339-343.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park: Sage Publications.

- Briere, J. & Runtz, M. (1989). The trauma symptom checklist (TSC-33): Early data on a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (2), 151-163.
- Briere, J., Evans, D., Runtz, M., & Wall, T. (1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58 (3), 457-461.
- Brown, J. (1990). The treatment of male victims with mixed-gender, short-term group psychotherapy. In Hunter (Ed.) *The sexually abused male: Vol. 2*. Lexington, MA: Lexington, 137-169.
- Bruckner, D. & Johnson, P. (1987). Treatment for adult male victims of childhood sexual abuse. *Social Casework*, 81-87.
- Crowder, A. (1995). *Opening the door: Treatment model for therapy with male survivors of sexual abuse*. New York: Brunner/Mazel,.
- Damant, D. (1995). *Effets de deux programmes d'intervention pour des femmes adultes agressées sexuellement pendant leur enfance*. Thèse de doctorat, Université Laval.
- De Grâce, G. R., Joshi, P., & Pelletier, R. (1993). L'échelle de solitude de l'Université Laval (ESUL): validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25,1, 12-27.
- Dhaliwal, G. K., Gauzas, L., Antonowicz, D. H., & Ross, R. R. (1996). Adult male survivors of childhood sexual abuse: Prevalence, abuse characteristics, and long-term effects. *Clinical Psychology Review*, 16 (7), 619-639.
- Dimock, P.T. (1988). Adult males sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 203-221.
- Elliot, D.M. & Briere, J. (1991). Studying the long-term effects of sexual abuse: the trauma symptom checklist (TSC) scales. In *Rape and sexual assault III : A research handbook*. New York: Garland, 57-75.
- Elliot, D.M. & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: validating the Trauma Symptom Checklist (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, Vol. 16, 391-398.
- Faculté des études supérieures (1994). *Procédures d'acceptation et guide de présentation des mémoires et des thèses*. Université de Montréal.



- Ferguson, A. G. (1997). How good is the evidence relating to the frequency of childhood sexual abuse and the impact such abuse has on the lives of adult survivors? *Public Health, 111* (6), 387-391.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice, 21* (5), 325-330.
- Friedman, R. M. (1994). Psychodynamic group therapy for male survivors of sexual abuse. *Group, 18* (4), 225-234.
- Fromuth, M. E. & Burkhart, B.R. (1989). Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. *Child Abuse & Neglect, 13*, 533-542.
- Fromuth, M. E & Burkhart, B.R. (1987). Childhood sexual victimization among college men: Definitional and methodological issues. *Violence and Victims, 2* (4), 241-253.
- Gartner, R. B. (1997). An analytic group for sexually abused men. *International Journal of Group Psychotherapy, 47* (3), 373-383.
- Harrison, J. B. & Morris, L. A. (1996). Group therapy for adult male survivors of child sexual abuse. In *Men in group: Insights, interventions, and psychoeducational work*. Ed. Michael P. Andronico. American Psychological Association, Washington, DC, 339-356.
- Hilton, M. R. & Mezey, G. C. (1996). Victims and perpetrators of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry, 169* (4), 408-415.
- Holmes, W. C. & Slap, G. B. (1998). Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA, 280* (21), 1855-62.
- Hunter, M. (Ed.). (1990a). *The sexually abused male: Vol. 1. Prevalence, impact and treatment*. Lexington, MA: Lexington.
- Hunter, M. (Ed.). (1990b). *The sexually abused male: Vol. 2*. Lexington, MA: Lexington.
- Isely, P. J. (1992). A time-limited group therapy model for men sexually abused as children. *GROUP, 16* (4), 233-246.
- Kazdin, A.E. (1995). Preparing and evaluating research reports. *Psychological Assessment, 7* (30), 228-237.

- Ketring, S. A. & Feinauer, L. L. (1999). Perpetrator-victim relationship: Long-term effects of sexual abuse for men and women. *American Journal of Family Therapy*, 27 (2), 109-120.
- Kovess, V. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski*. Tomes I et II, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun.
- Kreidler, M. C. & Barnes Fluarthy, L. (1994). The "New family" model: The evolution of group treatment for adult survivors of childhood sexual abuse. *The Journal for Specialists in Group Work*, (19) 3, 175-181.
- Mendel, M.P. (1995). *The male survivor. The impact of sexual abuse*. Thousand Oaks: Sage.
- Mohr, L.B. (1992). *Impact analysis for program evaluation*. Sage Publication.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *American Journal of Psychiatry*, 155 (6), 806-811.
- Papell, C. & Rothman, C. (1983). Le modèle du courant central. *Service social*, 32 (1 et 2).
- Perreault, C. (1987). *Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée*. Cahier technique, 87-06, Santé Québec, Montréal.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*. Enquête Santé Québec 87, Les cahiers de recherche, no 7, ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Poudrette, E. (1995). *Pour sortir de l'abus. Guide d'intervention pour les groupes d'entraide à l'intention des survivantes d'inceste*. Montréal : Centre des Femmes de Montréal.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., Rowan, A. B., & Foy, D. W. (1996). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20 (10), 943-952.

- Roesler, T. A. & McKenzie, N. (1994). Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 145-150.
- Schulte, J. G., Dinwiddie, S. H., Pribor, E. F., & Yutzy, S. H. (1995). Psychiatric diagnoses of adult male victims of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (2), 111-113.
- Singer, K. (1989). Group work with men who experienced incest in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 468-472.
- Sullivan, D. (1993). *Group treatment for adult males who were sexually abused in childhood*. Mémoire, Université du Manitoba.
- Thomas, M C., Nelson, C. S., & Sumners, C. M. (1994). From victims to victors: Group process as the path to recovery for males molested as children. *The Journal for Specialists in Group Work*, 19 (2), 102-111.
- Tourigny, M., Péladeau, N., & Doyon, M. (1993). *Évaluation sommative du programme de traitement des enfants abusés sexuellement, implanté dans la région de Lanaudière par le Centre des Services sociaux Laurentides-Lanaudières*. Montréal: LARESH, Université du Québec à Montréal.
- Tremblay, C. & Lebeau, T. M. (1995). Les hommes victimes d'abus sexuel dans l'enfance: problématique et traitement de groupe. *Intervention*, 101, 41-48.
- Vander Mey, B. J. (1988). The sexual victimization of male children: A review of previous research. *Child Abuse & Neglect*, 12, 61-72.
- Watkins, B., & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 33 (1), 197-248.
- Zaidi, L. Y. (1994). Group treatment of adult male inpatients abused as children. *Journal of Traumatic Stress*, 7 (4), 719-727.

## **ANNEXE I**

Formulaire de consentement pour le groupe expérimental

## Formulaire de consentement

Je (prénom-s et nom) \_\_\_\_\_, soussigné,  
consent librement à participer à la recherche intitulée : *Évaluation  
sommative du groupe PHASE I.*

Sa **nature** et ses **procédures** se définissent comme suit :

1. La recherche a pour but d'évaluer l'efficacité du groupe PHASE I et vise à fournir des informations pour améliorer la démarche.
2. L'étude prend la forme d'une enquête où les participants complèteront un questionnaire lors de la première rencontre de groupe et une deuxième fois, lors de la dernière rencontre de groupe. La complétion du questionnaire est d'une durée maximale de 45 minutes.
3. Les questionnaires comprennent les éléments suivants : (1) Échelle des symptômes reliés à l'abus sexuel ; (2) Questionnaire sur la santé ; (3) Questionnaire sur la valeur personnelle (4) Questionnaire sur le sentiment de solitude; (5) Information sur les abus sexuels vécus durant l'enfance.
4. Chaque participant pourra se retirer de cette recherche en tout temps et sans obligation de sa part.
5. Les avantages personnels de la participation à cette étude résident principalement en un examen des divers aspects de sa situation de vie actuelle en lien avec les conséquences de l'abus sexuel et des changements pouvant s'y produire au cours de la durée de la démarche. De plus, une entrevue individuelle gratuite d'une heure sera offerte à chacun des participants après la fin de la démarche de groupe où seront communiqués les résultats de cet examen.
6. En ce qui concerne le **caractère confidentiel des renseignements** fournis par les participants, l'information obtenue sera traitée de façon strictement confidentielle. Plus spécifiquement :
  - 6.1 le nom des participants n'apparaîtront sur aucun rapport ;
  - 6.2 un code sera utilisé sur les divers instruments employés dans l'étude ;
  - 6.3 seule la chercheuse aura accès à la liste des noms et des codes ;
  - 6.4 les résultats de la recherche seront remis sous la forme d'un rapport de maîtrise à l'École de service social de l'Université de Montréal ;
  - 6.5 en aucun cas, les résultats individuels des participants ne seront communiqués à qui que ce soit.
7. Cette recherche est réalisée par madame Marie-Laure Guillot sous la supervision de madame Pauline Morissette, Ph.D, professeure à l'École de

service social de l'Université de Montréal et de monsieur Marc Tourigny, Ph.D., professeur à l'École de psychoéducation de l'Université du Québec à Hull.

Entente lue et signée ce \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

(participant)

\_\_\_\_\_

(chercheuse)

## **ANNEXE II**

Formulaire de consentement pour le groupe contrôle

## Formulaire de consentement

Je (prénom-s et nom) \_\_\_\_\_, soussigné,  
consent librement à participer à la recherche intitulée : *Évaluation sommative  
du groupe PHASE I.*

Sa **nature** et ses **procédures** se définissent comme suit :

1. La recherche a pour but d'évaluer l'efficacité du groupe PHASE I et vise à fournir des informations pour améliorer la démarche.
2. L'étude prend la forme d'une enquête où les participants complèteront un premier questionnaire au moment prévu avec la responsable de la recherche et un deuxième questionnaire, dix semaines plus tard. La complétion des questionnaires est d'une durée maximale de 40 minutes.
3. Les questionnaires comprennent les éléments suivants : (1) Échelle des symptômes reliés à l'abus sexuel ; (2) Questionnaire sur la santé ; (3) Questionnaire sur la valeur personnelle (4) Questionnaire sur le sentiment de solitude; (5) Information sur les abus sexuels vécus durant l'enfance.
4. Chaque participant pourra se retirer de cette recherche en tout temps et sans obligation de sa part.
5. Chaque participant recevra un rapport synthèse de la recherche et de ses recommandations.
6. En ce qui concerne le **caractère confidentiel des renseignements** fournis par les participants, l'information obtenue sera traitée de façon strictement confidentielle. Plus spécifiquement :
  - 6.1 le nom des participants n'apparaîtront sur aucun rapport ;
  - 6.2 un code sera utilisé sur les divers instruments employés dans l'étude ;
  - 6.3 seule la chercheuse aura accès à la liste des noms et des codes ;
  - 6.4 les résultats de la recherche seront remis sous la forme d'un rapport de maîtrise à l'École de service social de l'Université de Montréal ;
  - 6.5 en aucun cas, les résultats individuels des participants ne seront communiqués à qui que ce soit.



7. Cette recherche est réalisée par madame Marie-Laure Guillot sous la supervision de madame Pauline Morissette, Ph.D, professeure à l'École de service social de l'Université de Montréal et de monsieur Marc Tourigny, Ph.D., professeur à l'École de psychoéducation de l'Université du Québec à Hull.

Entente lue et signée ce \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

Par : \_\_\_\_\_

(participant)

\_\_\_\_\_

(chercheuse)

### **ANNEXE III**

Questionnaire sur les variables socio-démographiques  
pour le groupe expérimental

**GRILLE D'ENTREVUE**

Nom : \_\_\_\_\_

Date de la rencontre : \_\_\_\_\_

**Âge**

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79

**Résidence**

- Montréal
- Rive-Sud
- Rive-Nord
- Autres \_\_\_\_\_

**État civil**

- Célibataire
- Union de fait
- Marié
- Séparé/divorcé
- Veuf

**Occupation**

\_\_\_\_\_

### Informations sur l'abus sexuel

1) Âge où les abus ont commencé, la durée, la fréquence

---

2) Lien entre l'agresseur et la victime

---

3) Nombre d'agresseurs

---

### Types d'abus (Dorais, 1996)

intrafamilial et intergénérationnel

intrafamilial et intragénérationnel

extrafamilial et intergénérationnel

extrafamilial et intragénérationnel

### Thérapie actuelle

Voit-il un ou une intervenante en ce moment ? \_\_\_\_\_

Nature du suivi et objet \_\_\_\_\_

Cette personne est-elle au courant de cette démarche ? \_\_\_\_\_

Peut-elle apporter du support ? \_\_\_\_\_

### Thérapies antérieures

Individuelle

Abus sexuels spécifiquement

- Pour autre chose \_\_\_\_\_ (si disponible)
- Groupe
- Abus sexuels spécifiquement
- Pour autre chose \_\_\_\_\_ (si disponible)
- Autre \_\_\_\_\_
- Abus sexuels spécifiquement
- Pour autre chose \_\_\_\_\_ (si disponible)

### **Réseau social, support**

A-t-il déjà dévoilé l'abus à quelqu'un ? \_\_\_\_\_

A-t-il des gens dans son entourage qui sont au courant de cette démarche ?

Qui peuvent lui apporter du support ?

### **Problème de toxicomanie**

- Non
- Passée Depuis combien de temps est-ce résolu ? \_\_\_\_\_
- Présente Nature de la consommation et fréquence \_\_\_\_\_

### **Tentatives de suicide**

- Aucune
- Passée À quand remonte la dernière ? \_\_\_\_\_
- Idéations suicidaires présentes

**Problème de santé mentale apparent**

- Aucun
- Passé      Nature \_\_\_\_\_  
Depuis quand est-ce contrôlé ? \_\_\_\_\_
- Présente      Nature \_\_\_\_\_  
Est-ce contrôlé ? \_\_\_\_\_
- Hospitalisation Fréquence, durée \_\_\_\_\_

**Conséquences nommées par homme****Agressions commises envers des enfants**

- Non
- Passé
- Actuel
- Risque

**Objectifs, attentes face au groupe****Motifs de refus**

## **ANNEXE IV**

Questionnaire sur les variables socio-démographiques  
pour le groupe contrôle

**QUESTIONNAIRE POUR LE GROUPE CONTRÔLE****1. Quel âge avez-vous ?**

- 18-29 ans                       40-49 ans                       60-69 ans  
 30-39 ans                       50-59 ans                       70-79 ans

**2. Etes-vous ?**

- Célibataire  
 En union de fait  
 Marié  
 Séparé/divorcé  
 Veuf

**3. Occupation**

- Emploi régulier  
 Emploi à temps partiel  
 Etudiant  
 Sans emploi

**4. Voyez-vous un ou une intervenante en ce moment ?**

- OUI                       NON

**Si OUI, est-ce pour**

- Abus sexuels spécifiquement  
 Pour autre chose    Spécifiez : \_\_\_\_\_

**5. Participez-vous à une démarche de groupe ?**

- OUI                       NON

**Si OUI, est-ce pour**

- Abus sexuels spécifiquement  
 Pour autre chose    Spécifiez : \_\_\_\_\_

**6. Thérapies antérieures**

- Individuelle  
 Abus sexuels spécifiquement

- Pour autre chose    Spécifiez : \_\_\_\_\_



- Groupe
- Abus sexuels spécifiquement
- Pour autre chose Spécifiez : \_\_\_\_\_

- Autre Spécifiez : \_\_\_\_\_
- Abus sexuels spécifiquement
- Pour autre chose Spécifiez : \_\_\_\_\_

**7. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de consommation d'alcool ou de**

**drogue ?** (*Selon la perception du participant*)

- OUI                       NON

Si OUI, est-ce

- Présentement            Nature de la consommation et fréquence

- Dans le passé            Nature de la consommation

Depuis combien de temps est-ce résolu ? \_\_\_\_\_

**8. Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide ?**

- OUI                       NON

**Si OUI,**

Combien de fois avez-vous tenté de vous enlever la vie ?

\_\_\_\_\_

À quand remonte la dernière tentative ? \_\_\_\_\_

**9. Avez-vous encore des pensées suicidaires ?**

- OUI                       NON

**10. Consultez-vous ou avez-vous déjà consulté un ou une psychiatre ?**

OUI       NON

**Si OUI, est-ce**

Présentement      Nature \_\_\_\_\_

Dans le passé      Nature \_\_\_\_\_

**11. Avez-vous déjà été hospitalisé pour un problème d'ordre psychiatrique ?**

OUI       NON

**Si OUI,**

Combien de fois ? \_\_\_\_\_

Quelle fut la durée ? \_\_\_\_\_

Quelle était la nature du problème ? \_\_\_\_\_

**12. Il arrive que les victimes d'abus sexuels dans leur enfance aient peur de devenir agresseur à leur tour. Avez-vous déjà ressenti cette peur ?**

OUI       NON

**13. Il arrive que les victimes d'abus sexuels reproduisent à leur tour des abus sexuels sur un ou plusieurs enfants. Avez-vous vécu cette situation ?**

OUI       NON

**ANNEXE V**

Grille sur les ASE

## ABUS SEXUELS

1. Avant l'âge de 18 ans, est-ce que quelqu'un vous a touché de façon sexuelle ou vous a fait toucher ses parties génitales ?

**Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

- Cela est-il arrivé avec un membre de votre famille ? **Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Si oui**, qui était-ce ? \_\_\_\_\_

Quel (s) âge (s) aviez-vous ? \_\_\_\_\_

- Cela est-il arrivé avec une personne âgée de **5 ans ou plus** que vous ?

**Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Si oui**, qui était-ce ? (Veuillez cocher les cases qui s'appliquent à votre situation)

- un ou une ami (e)**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien d'ami(e)s cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- une personne inconnue**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de personnes inconnues cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- une personne de votre famille**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de personnes de votre famille cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- un professeur, un médecin ou un autre professionnel**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de professeurs, médecins ou autres professionnels cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- une gardienne**  
(Qui était-ce ? \_\_\_\_\_ )  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de gardienne cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- une autre personne non mentionnée ci-dessus**  
(Qui était-ce ? \_\_\_\_\_ )  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de personnes cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )

- Est-ce que quelqu'un a utilisé sa force physique lors d'un ou de plusieurs de ces événements ? **Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Si oui**, qui était-ce ? \_\_\_\_\_

- Selon vous, **combien de fois** une personne âgé de 5 ans ou plus que vous vous a-t-elle touché de façon sexuelle ou vous a fait toucher ses parties génitales avant l'âge de 18 ans? \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires :

---



---



---

2. Avant l'âge de 18 ans, est-ce que quelqu'un a eu avec vous des relations sexuelles de types orales, annales ou vaginales ou inséré un doigt ou un objet dans votre anus ?

**Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

- Cela est-il arrivé avec un membre de votre famille ? **Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Si oui**, qui était-ce ? \_\_\_\_\_

Quel (s) âge (s) aviez-vous ? \_\_\_\_\_

- Cela est-il arrivé avec une personne âgée de **5 ans ou plus** que vous ?

**Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Si oui**, qui était-ce ? (**Veillez cocher les cases qui s'appliquent à votre situation**)

- un ou une ami (e)**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien d'ami(e)s cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- une personne inconnue**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de personnes inconnues cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- une personne de votre famille**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de personnes de votre famille cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- un professeur, un médecin ou un autre professionnel**  
(Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
(Avec combien de professeurs, médecins ou autres professionnels cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )

- une gardienne**  
 (Qui était-ce ? \_\_\_\_\_ )  
 (Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
 (Avec combien de gardienne cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )
- une autre personne non mentionnée ci-dessus**  
 (Qui était-ce ? \_\_\_\_\_ )  
 (Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ )  
 (Avec combien de personnes cela est-il arrivé ? \_\_\_\_\_ )

- Est-ce que quelqu'un a utilisé sa **force physique** lors d'un ou de plusieurs de ces événements ? **Oui** \_\_\_\_\_ **Non** \_\_\_\_\_

**Si oui**, qui était-ce ? \_\_\_\_\_

- Selon vous, **combien de fois** une personne âgé de 5 ans ou plus que vous vous a-t-elle touché de façon sexuelle ou vous a fait toucher ses parties génitales avant l'âge de 18 ans? \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires :

---



---



---

**Merci de votre collaboration**

## **ANNEXE VI**

Questionnaire sur l'état psychologique des sujets

**Combien de fois** avez-vous ressenti les symptômes suivants au cours des **deux derniers mois** ? Veuillez **encercler** le chiffre correspondant à votre réponse.

	Jamais	À l'occasion	Souvent	Très souvent
(1) Maux de tête	0	1	2	3
(2) Insomnie (difficulté à s'endormir)	0	1	2	3
(3) Perte de poids (sans suivre de régime amaigrissant)	0	1	2	3
(4) Problèmes d'estomac	0	1	2	3
(5) Problèmes sexuels	0	1	2	3
(6) Se sentir isolé des autres	0	1	2	3
(7) Flashbacks (images du passé soudaines, précises et déconcertantes)	0	1	2	3
(8) Sommeil agité	0	1	2	3
(9) Faible pulsion sexuelle	0	1	2	3
(10) Crises d'anxiété	0	1	2	3
(11) Suractivité sexuelle	0	1	2	3
(12) Solitude	0	1	2	3
(13) Cauchemars	0	1	2	3
(14) Être dans la lune (rêves éveillés)	0	1	2	3
(15) Tristesse	0	1	2	3
(16) Étourdissements	0	1	2	3
(17) Sentiments d'insatisfaction face à votre vie sexuelle	0	1	2	3
(18) Difficulté à maîtriser son tempérament	0	1	2	3
(19) Se réveiller tôt le matin et être incapable de se rendormir	0	1	2	3



**Combien de fois** avez-vous ressenti les symptômes suivants au cours des **deux derniers mois** ? Veuillez **encercler** le chiffre correspondant à votre réponse.

	Jamais	À l'occasion	Souvent	Très souvent
(20) Pleurs incontrôlables	0	1	2	3
(21) Peur des hommes	0	1	2	3
(22) Ne pas se sentir reposé le matin	0	1	2	3
(23) Relations sexuelles que vous n'avez pas aimé	0	1	2	3
(24) Difficulté à s'entendre avec les autres	0	1	2	3
(25) Problèmes de mémoire	0	1	2	3
(26) Désir de s'infliger des blessures physiques	0	1	2	3
(27) Peur des femmes	0	1	2	3
(28) Réveil au milieu de la nuit	0	1	2	3
(29) Pensées ou sentiments négatifs durant les relations sexuelles	0	1	2	3
(30) Perdre connaissance	0	1	2	3
(31) Impression que les choses ne sont pas réelles	0	1	2	3
(32) Se laver au-delà de ce qui est nécessaire ou trop souvent	0	1	2	3
(33) Sentiments d'infériorité	0	1	2	3
(34) Se sentir constamment tendu	0	1	2	3
(35) Être confus face à ses sentiments sexuels	0	1	2	3
(36) Désir d'infliger aux autres des blessures physiques	0	1	2	3
(37) Sentiments de culpabilité	0	1	2	3

**Combien de fois** avez-vous ressenti les symptômes suivants au cours des **deux derniers mois** ? Veuillez **encercler** le chiffre correspondant à votre réponse.

	Jamais	À l'occasion	Souvent	Très souvent
(38) Sensations de ne pas toujours être dans son corps	0	1	2	3
(39) Éprouver de la difficulté à respirer	0	1	2	3
(40) Ressentir des sensations sexuelles à des moments non appropriés	0	1	2	3

Pouvez-vous nous dire à **quelle fréquence** vous avez vécu cette situation au cours de la **dernière semaine** ? Veuillez **encercler** votre réponse.

0. Jamais	1. De temps en temps	2. Assez souvent	3. Très souvent
-----------	----------------------	------------------	-----------------

1. Vous êtes-vous senti ralenti ou avez-vous manqué d'énergie ?	0	1	2	3
2. Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir ?	0	1	2	3
3. Avez-vous senti que votre cœur battait vite ou fort sans avoir fait d'effort physique ?	0	1	2	3
4. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer ?	0	1	2	3
5. Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir ?	0	1	2	3
6. Vous êtes-vous senti seul ?	0	1	2	3
7. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	0	1	2	3
8. Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle ?	0	1	2	3
9. Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud ?	0	1	2	3
10. Vous êtes-vous senti découragé ou avez-vous eu les « bleus » ?	0	1	2	3
11. Vous êtes-vous senti tendu ou sous pression ?	0	1	2	3
12. Vous êtes-vous laissé emporté contre quelqu'un ou quelque chose ?	0	1	2	3
13. Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac ?	0	1	2	3
14. Vous êtes-vous senti ennuyé ou peu intéressé par les choses ?	0	1	2	3
15. Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient ?	0	1	2	3
16. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	0	1	2	3
17. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	0	1	2	3
18. Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi ?	0	1	2	3

Pouvez-vous nous dire à **quelle fréquence** vous avez vécu cette situation au cours de la **dernière semaine** ? Veuillez **encercler** votre réponse.

0. Jamais	1. De temps en temps	2. Assez souvent	3. Très souvent
-----------	----------------------	------------------	-----------------

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 19. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti sur le point de pleurer ?                    | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle ?  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Avez-vous manqué d'appétit ?   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur ? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Vous êtes-vous senti agité ou nerveux intérieurement ?   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours ?                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Vous êtes-vous senti négatif envers les autres ?   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Vous êtes-vous senti facilement contrarié ou irrité ?  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Vous êtes-vous fâché pour des choses sans importance ?   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions ?   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles ?        | 0 | 1 | 2 | 3 |

Veillez indiquer vos réponses pour chaque question de la façon suivante. Si la question décrit **comment vous vous sentez d'habitude**, faites un crochet (✓) dans la colonne du « oui ». Si la question ne décrit pas comment vous vous sentez d'habitude, faites un crochet (✓) dans la colonne du « non ». Vous êtes priés de ne choisir qu'une colonne (soit « oui » ou « non ») pour chacune des 40 questions. Ceci n'est pas un examen, et il n'y a pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses.

	Oui	Non
1. Avez-vous seulement quelques amis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Êtes-vous heureux la plupart du temps ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pouvez-vous faire la plupart des choses aussi bien que les autres ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aimez-vous tout le monde que vous connaissez ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Passez-vous la plupart de vos temps libres seul ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aimez-vous être un homme ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est-ce que la plupart des gens que vous connaissez vous estiment ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. D'habitude, réussissez-vous quand vous tentez des tâches ou des attributions importantes ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà pris quelque chose qui ne vous appartenait pas ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Êtes-vous aussi intelligent que la plupart des gens ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous sentez-vous aussi important que la plupart des gens ?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Êtes-vous facilement déprimé ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si possible, changeriez-vous plusieurs choses en vous-même ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dites-vous toujours la vérité ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Êtes-vous aussi beau que la plupart des gens ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Est-ce qu'il y a plusieurs gens qui ne vous aiment pas ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. D'habitude, êtes-vous tendu ou anxieux ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous un manque de confiance en vous-même ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Parfois, faites-vous du commérage ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez indiquer vos réponses pour chaque question de la façon suivante. Si la question décrit **comment vous vous sentez d'habitude**, faites un crochet (✓) dans la colonne du « oui ». Si la question ne décrit pas comment vous vous sentez d'habitude, faites un crochet (✓) dans la colonne du « non ».

	Oui	Non
20. Vous sentez-vous souvent inutile ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Êtes-vous aussi fort et en bonne santé que la plupart des gens ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Êtes-vous facilement vexé?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Vous est-il difficile d'exprimer vos sentiments ou vos opinions ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vous est-il difficile d'exprimer vos sentiments ou vos opinions ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Êtes-vous parfois fâché ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous souvent honte de vous-même ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. En général, est-ce que les gens sont plus victorieux que vous ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Êtes-vous souvent mal à l'aise sans savoir pour quelle raison ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Voudriez-vous être aussi heureux que les autres paraissent l'être ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Êtes-vous parfois timide ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Êtes-vous un raté ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Est-ce que les gens aiment vos idées ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Vous est-il difficile de rencontrer de nouveaux gens ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Est-ce que vous dites parfois des mensonges ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Êtes-vous souvent bouleversé par quelque chose ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Est-ce que la plupart des gens respectent vos opinions ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Êtes-vous plus sensible que la plupart des gens ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Êtes-vous aussi heureux que la plupart des gens ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Êtes-vous parfois triste ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez indiquer vos réponses pour chaque question de la façon suivante. Si la question décrit **comment vous vous sentez d'habitude, faites un crochet (✓)** dans la colonne du « oui ». Si la question ne décrit pas comment vous vous sentez d'habitude, faites un crochet (✓) dans la colonne du « non ».

Oui    Non

39. Avez-vous définitivement un manque d'initiative ?.....
40. Est-ce que vous vous inquiétez beaucoup ?.....

Indiquez à *quelle fréquence* vous vous sentez comme ce qui est décrit dans les phrases suivantes. Encerclez un chiffre pour chaque phrase.

	<b>1.Jamais</b>	<b>2.Rarement</b>	<b>3.Parfois</b>	<b>4.Souvent</b>
1. Je me sens bien avec les gens qui m'entourent.....	1	2	3	4
2. Je manque de compagnie.....	1	2	3	4
3. Il n'y a personne à qui je peux me confier.....	1	2	3	4
4. Je me sens seul.....	1	2	3	4
5. Je me sens appartenir à un groupe d'amis.....	1	2	3	4
6. J'ai beaucoup en commun avec les gens qui m'entourent.....	1	2	3	4
7. Je me sens près de quelqu'un.....	1	2	3	4
8. Mes intérêts et mes idées ne sont pas partagés par les gens qui m'entourent.....	1	2	3	4
9. Je suis une personne qui a des activités à l'extérieur de chez elle.....	1	2	3	4
10. Il y a des personnes dont je me sens près.....	1	2	3	4
11. Je me sens délaissé.....	1	2	3	4
12. Mes relations sociales sont profondes.....	1	2	3	4
13. Personne ne me connaît vraiment bien.....	1	2	3	4
14. Je me sens isolé des autres.....	1	2	3	4
15. Je peux trouver de la compagnie lorsque je le désire.....	1	2	3	4
16. Il y a des gens qui me comprennent vraiment.....	1	2	3	4
17. Je suis malheureux d'être si replié sur moi.....	1	2	3	4
18. Il y a des gens autour de moi, mais pas avec moi.....	1	2	3	4
19. Il y a des gens à qui je peux parler.....	1	2	3	4
20. Il y a des gens à qui je peux me confier.....	1	2	3	4

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION**



**ANNEXE VII**

TSC-40, version anglaise

How often have experienced each of the following in the last two months ?

Never Often Fairly often Very often

1. Headaches
2. Insomnia (trouble getting to sleep)
3. Weight loss (without dieting)
4. Stomach problems
5. Sexual problems
6. Feeling isolated from others
7. « Flashbacks » (sudden, vivid, distracting memories)
8. Restless sleep
9. Low sex drive
10. Anxiety attacks
11. Sexual overactivity
12. Loneliness
13. Nightmares
14. « Spacing out » (going away in your mind)
15. Sadness
16. Dizziness
17. Not feeling satisfied with your sex life
18. Trouble controlling your temper
19. Waking up early in the morning and can't get back to sleep
20. Uncontrollable crying
21. Fear of man
22. Not feeling rested in the morning
23. having sex that you didn't enjoy
24. Trouble getting along with others
25. Memory problems
26. Desire to physically hurt yourself
27. Fear of women
28. Waking up in the middle of the night
29. Bad thoughts or feelings during sex
30. Passing out
31. Feeling that things are « unreal »
32. Unnecessary or over-frequent washing
33. Feelings of inferiority
34. Feeling tense all the time
35. Being confused about your sexual feelings
36. Desire to physically hurt others
37. Feelings of guilt
38. Feelings that you are not always in your body
39. Having trouble breathing
40. Sexual feelings when you shouldn't have them

## **ANNEXE VIII**

Questionnaire de l'ÉSUL

Indiquez la fréquence avec laquelle chacun des énoncés décrit bien ce que vous ressentez. Encerclez un chiffre pour chaque énoncé.

**1.Jamais****2.Rarement****3.Quelques fois****4.Souvent**

---

1. Je me sens sur la même longueur d'ondes que les gens autour de moi
2. Je n'ai pas assez de compagnon
3. Il n'y a personne à qui je peux avoir recours
4. Je ne sens pas seul (e)
5. Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis
6. J'ai beaucoup de choses en commun avec les gens qui m'entourent
7. Je ne me sens plus près de quiconque
8. Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent
9. Je suis une personne sociable
10. Il y a des gens dont je me sens près
11. Je me sens exclu
12. Mes relations sociales sont superficielles
13. Personne ne me connaît vraiment bien
14. Je me sens isolé des autres
15. Je peux m'entourer de compagnons (compagnons) quand je veux
16. Il y a des gens qui me comprennent vraiment
17. Je me sens malheureux (se) d'être aussi retiré (e)
18. Les gens sont autour de moi et non avec moi
19. Il y a des gens à qui je peux parler
20. Il y a des gens à qui je peux avoir recours