

PROGRAMME D'INTERVENTION DE GROUPE POUR DES ADOLESCENTES AGRESSÉES SEXUELLEMENT : ÉTUDE DES EFFETS SPÉCIFIQUES ET EXPLORATION DU LIEN AVEC L'IMPLANTATION^{1, 2}

Geneviève Paquette, Marc Tourigny et Jacques Joly

Résumé

À l'aide d'un devis quasi expérimental, les effets statistiques d'un programme de thérapie de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement (n = 35, âge moyen de 14,3 ans) ont été évalués en contrôlant la fréquence des autres services psychosociaux reçus concurrentement. Les changements cliniques ont aussi été analysés pour certains effets attendus par l'intervention. Enfin, certains effets cliniques du programme ont été sommairement comparés selon le niveau de fidélité d'implantation du programme auprès de deux groupes distincts d'adolescentes. Prenant la forme d'une thérapie de groupe, le programme comprend 18 rencontres hebdomadaires de 90 minutes chacune. Les analyses de covariance montrent que les participantes s'améliorent davantage que les non-participantes sur plusieurs variables. Toutefois, lorsque les autres services reçus sont pris en considération par les analyses en plus du prétest, moins de gains sont associés à la participation à l'intervention. Au terme des deux séries d'analyse, la participation au programme demeure associée à des améliorations touchant le recours à des stratégies d'adaptation positives et les problèmes de comportement intériorisés et agressifs. L'examen des changements cliniques indique aussi que l'intervention est associée à des modifications positives pour les troubles intériorisés et extériorisés. Enfin, lorsqu'on compare les effets selon le niveau de fidélité au programme, l'analyse suggère qu'un plus haut niveau de fidélité est associé à davantage de gains cliniques chez les adolescentes. En dépit de ses limites méthodologiques, cette étude soulève des enjeux dans l'évaluation des programmes du domaine, à savoir que les autres services reçus pendant l'intervention et la fidélité de l'implantation sont susceptibles d'influencer les résultats des études d'efficacité.

1. Pour citer ce chapitre : Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2011). Programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : étude des effets spécifiques et exploration du lien d'implantation. In M. Tardif (Éd.). *L'agression sexuelle : transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 56-78). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolenca.ca>.

2. Une partie des résultats de cette étude a été publiée : Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2010). *Implications pratiques des résultats de l'évaluation d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement*. Actes du colloque intitulé : l'aide aux jeunes en difficulté : regards sur nos pratiques (pp. 107-126), Sherbrooke, Québec : Les Presses de l'Université de Sherbrooke, Éditions du CRP.

Mots-clés : agression sexuelle, adolescentes, thérapie de groupe, programme, efficacité, implantation, problèmes de comportement.

Comme l'ont conclu Trickett, Kurtz et Noll (2005) ainsi que Tyler (2002) dans leurs travaux de recension respectifs, une grande variété de problèmes ont été associés aux adolescentes agressées sexuellement, incluant les symptômes traumatiques, les fugues, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, l'abus de substances, le suicide, les comportements sexuels à risque, l'implication dans des gangs, les grossesses, les troubles alimentaires, la dissociation et le faible rendement académique. Alors que les problèmes de comportement sont associés aux jeunes victimes d'agression sexuelle de tout âge (Tyler, 2002), les problèmes touchant l'adoption de conduites agressives ou délinquantes, les troubles des conduites et la personnalité antisociale (Trickett et al., 2005) ont été associés de manière répétée et spécifique aux adolescentes victimes d'agressions sexuelles (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Nelson, Heath, Madden, Cooper, Dinwiddie, Bucholz et al., 2002; Toupin, 2006; Tourigny, Hébert, & Daigneault, 2006; Trickett & Gordis, 2004). Les problèmes de comportement extériorisés constituent donc une cible d'intervention de première importance auprès de cette population clinique.

En ce qui concerne le traitement, l'intervention de groupe est considérée comme plus efficace que l'intervention individuelle, puisqu'elle permet de desservir un plus grand nombre d'adolescentes à moindre coût pour des résultats cliniques comparables (McCrone, Weeramenthi, Knapp, Rushton, Trowell, Miles et al., 2005). De plus, certains auteurs considèrent que cette modalité est mieux adaptée aux caractéristiques du développement des adolescentes, qui recherchent le contact avec les pairs et s'éloignent progressivement des adultes afin de gagner en autonomie et en indépendance – un processus nécessaire à la transition vers la vie adulte (Berliner & MacQuivey, 1996; Kruczek & Vitanza, 1999). Théoriquement, le groupe permet aussi aux adolescentes d'être en contact avec l'universalité, un facteur thérapeutique primordial au rétablissement des victimes d'agressions sexuelles (Kivlighan & Holmes, 2004; Narring & Rummel-Walker, 2001). L'universalité est la perception par un membre d'un groupe que les autres membres partagent des sentiments et des problèmes similaires (Kivlighan & Holmes, 2004). Malgré cela, la thérapie de groupe présente aussi des désavantages potentiels. Ainsi, par des processus de modelage et de renforcement positif ayant cours au sein du groupe, certaines adolescentes pourraient développer des problèmes de comportement extériorisés lorsqu'elles sont mises en contact avec d'autres adolescentes qui en présentaient déjà au début de l'intervention (Dishion, McCord, & Poulin, 1999; Dishion & Andrew, 1995; Sturkie, 1992). Cette possibilité est d'autant plus préoccupante que ce type de problèmes est déjà une conséquence associée à l'agression sexuelle elle-même, ainsi qu'une cible prioritaire de l'intervention.

De façon générale, la méta-analyse de Hetzel-Riggin, Brausch et Montgomery (2007) montre que le fait d'offrir un traitement aux jeunes victimes d'agression sexuelle est préférable à l'absence de traitement. Néanmoins, en dépit de la relative prolifération

des programmes d'intervention implantés auprès de groupes d'adolescentes agressées sexuellement (Tourigny, Hébert, Daigneault, & Simoneau, 2005), les plus récentes recensions des écrits montrent que peu de bonnes études évaluatives ont été menées dans ce domaine (Paquette, Tourigny, & Joly, 2008; Putnam, 2003; Saunders, Berliner, & Hanson, 2003). Une recension exhaustive sur l'efficacité de ces programmes auprès des adolescentes suggère des effets positifs sur leur santé psychologique et leur adaptation psychosociale (Paquette et al., 2008). Les résultats des meilleures études (taille de l'échantillon modérée à élevée ou présence d'un groupe contrôle) mettent en évidence des améliorations statistiquement significatives chez les participantes en ce qui concerne le recours aux stratégies adaptatives positives, l'estime de soi, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, les symptômes post-traumatiques et les distorsions cognitives (Kruczek & Vitanza, 1999; Patton, Collins, Collins, Larzelere, Jones, Graham et al., 1993; Radd Baker, 1985; Sinclair, Larzelere, Collins, Collins, Paine, Jones et al., 1995; Tabor, 1984; Tourigny, Boisvert, & Jacq, 2008; Tourigny & Hébert, 2007; Tourigny et al., 2005; Verleur, Hughes & Dobkin de Rios, 1986). Toutefois, la validité des conclusions de plusieurs études est minée par d'importantes limites méthodologiques. Parmi celles-ci : a) près de 50 % des études incluent moins de 10 adolescentes; b) environ 75 % d'entre elles n'incluent pas de groupe de comparaison; c) approximativement 50 % des études ne fournissent pas le taux de présence des adolescentes aux rencontres; d) seulement 20 % des études documentent certains éléments relatifs à l'implantation du programme (par exemple : durée de l'intervention, nombre de séances, abandons); e) aucune des études recensées ne prend en considération les autres services reçus dans leurs analyses d'efficacité (Paquette et al., 2008).

Un problème méthodologique important est en effet tributaire du fait que 85 % des échantillons des études du domaine (17 des 20 études recensées par Paquette et al., 2008) sont composés d'adolescentes agressées sexuellement référées par des organismes sociaux, judiciaires ou médicaux susceptibles de leur offrir aussi des services. Ces interventions offertes au sein des organismes référents peuvent générer des effets sur les cibles d'intervention du programme évalué et, ce faisant, entraîner une menace à la validité interne concernant les effets observés par des études d'efficacité des programmes. Dans cette perspective, il semble essentiel de contrôler l'effet potentiel des autres services reçus dans l'analyse des résultats des programmes offerts afin d'en isoler les effets spécifiques. On peut penser que ce problème n'affecte pas les devis expérimentaux (2 des 20 études recensées par Paquette et al., 2008), puisque la randomisation est vue comme assurant l'équivalence des groupes. Or, les études expérimentales de Radd Baker (1985) et de Verleur et al. (1986) ont été menées avec des échantillons totaux de 39 et 30 participantes respectivement. À ce sujet, Hsu (1989) mentionne que l'équivalence des groupes par la randomisation n'est pas nécessairement garantie, surtout lorsque les échantillons sont de taille petite ou modérée (moins de 20 sujets par groupe). Dans ces cas, il est important de vérifier l'équivalence des groupes, même si les sujets ont été affectés de manière aléatoire aux conditions expérimentales. Ces

procédures de vérification n'apparaissent pas dans les études de Radd Baker (1985) et de Verleur et al. (1986).

Plus souvent, le groupe expérimental est constitué de participantes volontaires, alors que le groupe contrôle inclut celles qui ont refusé de participer à l'intervention évaluée (par exemple : Tourigny, et al., 2008; Tourigny & Hébert, 2007; Tourigny et al., 2005). Cette façon de faire introduit une menace à la validité interne. Par exemple, les adolescentes volontaires peuvent être plus motivées et accepter de recevoir plus de services que celles qui ont refusé de participer à l'intervention de groupe. Dans cette optique, en plus du contrôle des différences entre les groupes sur les effets au prétest, le fait de contrôler les autres services reçus pendant l'intervention évaluée peut réduire le biais associé à la constitution non aléatoire des groupes et mieux isoler l'effet propre à l'intervention étudiée.

Objectifs de l'étude

La présente étude poursuit trois objectifs principaux : 1) Évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement en tenant compte des autres services qu'elles rapportent recevoir; 2) Évaluer les effets cliniquement significatifs du programme; et 3) Explorer le lien entre la fidélité de l'implantation de ce programme et certains effets cliniques. Mentionnons que l'étude a été approuvée par le comité éthique : Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Méthodologie

Le programme d'intervention de groupe

Un programme d'intervention a été élaboré par un centre jeunesse québécois (Canada) à l'initiative d'intervenantes soucieuses d'agir sur cette problématique. Le programme a été implanté entre mars 2005 et mai 2007 auprès de trois groupes distincts et fermés, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle participante n'était admise après le début de l'intervention. Tel que décrit précédemment par Paquette, Tourigny et Joly (2010), ce programme d'orientation théorique éclectique poursuit les buts de réduire les conséquences associées à l'agression sexuelle, d'augmenter le soutien social et de prévenir la revictimisation. Il comprend des éléments et des techniques provenant des univers théoriques cognitivo-comportemental, cognitif et humaniste. Au plan cognitivo-comportemental, l'intervention vise l'amélioration des stratégies adaptatives et la correction des cognitions qui maintiennent les symptômes. Au plan cognitif, les échanges favorisent un début d'assimilation cognitive et émotionnelle de certains des événements traumatiques. Enfin, au plan humaniste, l'intervention s'inscrit dans une perspective de reprise du pouvoir des adolescentes sur leur vie et de réponse à leurs besoins fondamentaux, le tout s'appuyant sur le facteur thérapeutique de l'universalité. Les approches utilisées sont la relation d'aide, l'acquisition d'habiletés et de

connaissances ainsi que la résolution de problèmes. En outre, l'animation des séances met l'accent, d'une part, sur les échanges entre participantes plutôt que sur les discussions d'intervenante à participante et, d'autre part, sur le soutien social et l'entraide entre les membres du groupe. Le programme s'adresse à des groupes de 6 à 9 adolescentes et comprend 18 rencontres hebdomadaires de 90 minutes chacune auxquelles s'ajoutent, pour clore les séances, 30 minutes destinées au partage d'un goûter. La moyenne de la présence aux rencontres pour les trois groupes de participantes est de 16,4 rencontres ($ÉT = 1,5$). Chaque séance est centrée autour d'un thème : les conséquences de l'agression sexuelle, le cycle de l'agression sexuelle, son dévoilement, les sentiments et les émotions associées, la prévention de la revictimisation, la violence, la sexualité, les relations hommes-femmes et l'avenir (voir l'annexe I pour une présentation du déroulement attendu des rencontres et des activités à réaliser pour chacun des thèmes). Deux intervenantes bachelières en service social animent les rencontres en suivant le manuel d'activités (par exemple : discussions de groupe, jeux de rôles, témoignages, rédaction de lettres) (Centre jeunesse de l'Estrie, 2004). Les parents non agresseurs devaient être d'accord avec la participation de l'adolescente au groupe, mais n'étaient pas sollicités autrement au cours de l'intervention.

La fidélité de l'implantation

La fidélité de l'implantation du programme a été évaluée pour les deux premiers groupes consécutifs parmi les trois groupes d'adolescentes participant à l'étude des effets (voir Paquette, Joly et Tourigny, 2009, pour consulter l'ensemble de l'étude). Le même duo d'intervenantes a assuré l'animation de ces deux groupes. Pendant le déroulement du premier groupe, les intervenantes ont bénéficié de six rencontres de supervision avec le deuxième auteur de ce texte. Ces rencontres permettaient des échanges sur les problèmes d'implantation du programme et les adaptations à réaliser si nécessaire. Cette supervision n'était prévue que pour le premier groupe implanté et a donc cessé par la suite. Toutes les séances des deux groupes d'intervention ont été filmées, et la fidélité de l'implantation a été évaluée à l'aide d'une grille d'observation validée par des analyses interjuges. Les résultats globaux montrent qu'en moyenne près de 60 % des activités planifiées ont été implantées pour les deux groupes. En moyenne, 6,5 thèmes sur les 9 prévus ont été couverts. Les thèmes portant sur la violence, la sexualité et l'avenir n'ont été traités que pour l'un des groupes, tandis que le thème des relations hommes-femmes ne l'a été ni dans l'un, ni dans l'autre. Dans 50 % des cas en moyenne, les activités prévues et implantées l'ont été dans l'ordre qui avait été planifié. En ce qui concerne l'exposition à l'intervention, les activités ont duré en moyenne près de 50 % plus longtemps que prévu. En moyenne, 12 nouvelles activités qui ne figuraient pas dans le programme original (par exemple : activité sur les drogues du viol, activité de définition de l'agression sexuelle) ont été ajoutées, pour une moyenne de près de 6 heures d'intervention par groupe. Ces activités en

lien avec les thèmes couverts dans le programme implanté ont remplacé les thèmes qui n'ont finalement pas été implantés. Ainsi, la durée totale pour les deux groupes est tout de même de 27 heures en moyenne, soit le même nombre d'heures que la planification initiale. Le taux de présence moyen des adolescentes aux rencontres est de 95 %, alors que le taux moyen de ponctualité est de 98 %. Pour ce qui est de la fidélité avec laquelle l'animation respectait certains principes du programme (stimulation des échanges entre participantes, promotion du soutien social et de la résolution de problèmes), on obtient un score moyen de 4 (sur une échelle variant de 0 à 6, où 0 renvoie à un non-respect total des principes d'animation et 6 à un respect parfait de ces mêmes principes).

Globalement, la fidélité de l'implantation varie de moyenne à excellente selon les indicateurs. Toutefois, l'étude montre que la fidélité tend à décroître entre le premier et le deuxième groupe en ce qui concerne les mesures d'adhérence (nombre d'activités réalisées, thèmes couverts, respect de l'ordre des activités). Beaucoup de temps a été accordé aux retours de la semaine, particulièrement pour le second groupe – au détriment, peut-on penser, de la réalisation d'activités associées à plusieurs thèmes du programme (seuls six thèmes ont été touchés). De même, les intervenantes ont ajouté plus d'activités et plus de temps d'intervention a été consacré à ces ajouts que dans le premier groupe. Par ailleurs, la qualité de l'animation s'améliore entre les deux groupes, passant d'un niveau faible à élevé. Cela nous amène à nous demander si ces différences dans l'implantation peuvent avoir influencé les effets du programme. Les résultats obtenus pour le troisième objectif de cette étude permettront d'élaborer des hypothèses à ce sujet.

Devis et participantes

L'étude repose sur un devis quasi expérimental de type mesure avant et après avec groupe témoin non équivalent. Les intervenantes présentaient la possibilité de participer à l'étude aux adolescentes lors de la première rencontre préluant au groupe. Pour les participantes de moins de 14 ans, tant l'adolescente que les parents devaient consentir à la participation à la recherche. Les adolescentes composant le groupe expérimental (n = 15) sont âgées entre 12 et 17 ans (une seule a atteint 12 ans pendant l'intervention); ces adolescentes ont été référées pour des services à la suite d'une agression sexuelle, elles ne présentaient pas de problème de santé mentale les rendant incapables de participer à la thérapie de groupe et elles étaient volontaires pour participer à l'intervention. Une adolescente a commencé l'intervention à nouveau alors qu'elle avait préalablement participé au projet pilote. Elle a été exclue des analyses de l'étude pour cette raison. Une deuxième adolescente a cessé de participer au groupe après sept séances et a donc également été exclue des analyses. Une autre adolescente a été exclue de l'étude : bien qu'elle ait complété l'intervention, elle a refusé de participer au post-test. Au final, le groupe expérimental compte 4 adolescentes ayant parti-

cipé au premier groupe, 6 au deuxième et 5 au troisième. Le groupe contrôle (n = 20) est composé d'adolescentes présentant les mêmes caractéristiques, mais qui ont refusé de participer à une intervention de groupe avant qu'elle ne débute ou l'ont abandonnée au cours des trois premières rencontres.

L'âge moyen de l'échantillon final total (n = 35) est de 14,3 ans (ÉT = 1,5). Toutes les adolescentes rapportent être d'origine franco-qubécoise, sauf une, qui est européenne. Au début de la thérapie, 54 % des adolescentes de l'échantillon vivaient dans leur famille et 54 % n'avaient jamais été placées. Durant la thérapie, 25 % des adolescentes de l'échantillon ont été placées en milieu substitut, ce qui suggère des problèmes individuels ou familiaux importants. Soulignons qu'avant le début de la thérapie, les groupes expérimental et contrôle présentaient des profils similaires en ce qui concerne les scores obtenus aux échelles de problèmes de comportement extériorisés et intériorisés, comme l'ont montré des analyses de test-t. De plus, les pourcentages de cas atteignant ou non les seuils cliniques des échelles de troubles intériorisés et extériorisés étaient comparables entre les groupes selon les analyses de chi-deux réalisées avant le début de l'intervention. Enfin, les analyses de test-t et de chi-deux révèlent que les deux groupes ne se distinguent pas sur les variables sociodémographiques suivantes : l'âge moyen au début de l'étude, la présence d'épisodes de placement avant et pendant l'intervention et la situation familiale (vivre avec ses parents ou non) (voir tableau 1).

L'âge moyen au moment de l'agression sexuelle pour l'échantillon global (n = 35) est de 11,8 ans, (ÉT = 2,2). Les adolescentes ont subi des agressions sexuelles sévères : 58 % des adolescentes ont vécu des agressions sexuelles impliquant une pénétration ; pour 46 % des adolescentes, les agressions ont duré une année ou plus, et une adolescente sur trois a vécu des agressions sexuelles impliquant l'usage de la force. Les deux groupes ne se distinguent pas au plan des caractéristiques des agressions sexuelles, à l'exception que le pourcentage d'adolescentes agressées par un membre de la famille élargie dans le groupe contrôle est significativement supérieure à celui du groupe expérimental (voir tableau 1).

Les analyses préliminaires montrent qu'un pourcentage plus important d'adolescentes du groupe expérimental a reçu des services individuels et familiaux pendant la thérapie de groupe (voir tableau 1), comparativement aux adolescentes du groupe contrôle. La fréquence mensuelle cumulée de rencontres obtenues pour des services individuels ou familiaux sera utilisée pour assurer un contrôle statistique sur cette dimension. Tel qu'anticipé, cette variable permet de distinguer les groupes expérimental et contrôle : les adolescentes du groupe expérimental ont, en moyenne, participé à davantage de rencontres mensuelles que celles du groupe contrôle (voir tableau 1).

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques, de l'agression et services reçus

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES				
Caractéristique	Groupe expérimental (n = 15)	Groupe contrôle (n = 20)	t	p
Âge moyen en années (<i>ÉT</i>)	14,3 (1,5)	14,4 (1,5)	0,26	ns
Caractéristiques	Groupe expérimental (n = 15)	Groupe contrôle (n = 20)	χ^2 ^a	p
Placement avant la thérapie	53 %	47 %	1,62	ns
Vit avec sa famille au début de la thérapie	37 %	63 %	0,61	ns
Placement pendant la thérapie	56 %	44 %	0,80	ns
CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À L'AGRESSION SEXUELLE				
Âge de survenue	Groupe expérimental (n = 15)	Groupe contrôle (n = 18) ^b	t	p
Âge moyen (années) au moment de l'agression (<i>ÉT</i>)	11,8 (2,2)	11,8 (2,2)	-0,04	ns
Caractéristiques	Groupe expérimental (n = 15)	Groupe contrôle (n = 18) ^b	χ^2 ^a	p
Auteur membre de la famille immédiate	47 %	53 %	0,02	ns
Auteur membre de la famille élargie	12 %	88 %	4,63	0,046
Auteur connu	57 %	43 %	0,60	ns
Durée moyenne d'un an ou plus	53 %	47 %	0,69	ns
Incluant une pénétration	37 %	63 %	1,34	ns

^a Pour tous les chi-deux, le nombre de degré de liberté est de 1. Lorsque les cellules comptent moins de 5 observations anticipées, le test exact de Fisher a été utilisé.

^b Pour ces variables, des données sont manquantes pour deux sujets du groupe contrôle.

Variables

Les variables dépendantes mesurées dans l'étude ont été choisies sur la base du modèle théorique transactionnel de l'agression sexuelle chez les jeunes développé par Spaccarelli (1994). Dans ce modèle, un rôle important est attribué aux distorsions cognitives et aux stratégies d'adaptation dans la relation entre les caractéristiques de l'agression sexuelle, les événements stressants l'entourant et la survenue ou le maintien des symptômes. Les distorsions cognitives et les stratégies d'adaptation seront donc des variables mesurées. Les symptômes mesurés seront les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés.

Instruments de mesure des caractéristiques sociodémographiques, des agressions sexuelles et des services

Tous les questionnaires ont été administrés aux adolescentes en version française par des interviewers formés, sauf pour le *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS; Friedrich,

1992), qui a été complété par un assistant de recherche à partir de l'examen des dossiers psychosociaux ou d'une entrevue avec le travailleur social responsable de l'adolescente. Dans quelques cas, le travailleur social a rempli lui-même ce questionnaire. Le SARS comprend 21 items auxquels on répond par oui ou non et trois items qui demandent un nombre de mois; il permet de décrire les variables associées à l'agression sexuelle subie (sévérité, fréquence, lien avec l'auteur, nombre de mois écoulés depuis le dernier épisode). Un questionnaire de données sociodémographiques servant à documenter la situation de vie (par exemple : vit avec la mère, le père, placement) a aussi été administré aux participantes. En outre, certains items du *Questionnaire on Events from Childhood to Adolescence* (Thériault, Cyr, & Wright, 1996) ont été utilisés pour déterminer l'âge de la victime au moment de l'agression sexuelle, la durée de l'abus, la présence de placement au cours de leur vie et la survenue d'un placement pendant l'intervention évaluée. Enfin, un questionnaire maison concernant les services reçus pendant la thérapie de groupe a été administré à toutes les participantes lors du post-test. Il documente la présence ou l'absence de chaque type de service et, s'il y a lieu, la fréquence mensuelle des rencontres.

Instruments de mesure des effets

Le *Children's Attributions and Perception Scale* (Mannarino, Cohen & Berman, 1994) a été élaboré pour évaluer les distorsions cognitives après une agression sexuelle. Le questionnaire comprend 18 items auxquels on répond à l'aide d'une échelle Likert en cinq points, qui vont de «jamais» à «toujours». Pour la présente recherche, les quatre sous-échelles sont utilisées : se percevoir comme différente de ses pairs, s'attribuer la responsabilité des événements négatifs, se percevoir comme crédible et avoir confiance en relation interpersonnelle. Pour les deux premières échelles, des scores plus élevés indiquent que la répondante perçoit des attributions négatives, alors que pour les deux autres échelles, c'est l'inverse. La cohérence interne des sous-échelles varie de ,64 à ,73 et la fidélité test-retest de ,60 à ,82.

The Ways of Coping Questionnaire (Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995; Knussen, Sloper, Cunningham, & Turner, 1992) comprend 21 items et mesure, par une échelle en quatre points (jamais, parfois, souvent, toujours), la fréquence du recours à une stratégie donnée pour faire face aux difficultés en lien avec l'agression sexuelle subie. Trois scores peuvent être dérivés et seront utilisés dans l'étude : le recours à la recherche de soutien social, à la résolution-réévaluation des problèmes ou à l'évitement. Les coefficients de cohérence interne varient de ,61 à ,81 (Fortin, Royer, Marcotte, & Potvin, 2005). Plus le score est élevé, plus il indique un recours fréquent à la stratégie mesurée.

The Youth Self-Report and Profile (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) est la version pour adolescents du *Child Behavior Checklist* (CBCL); il évalue la perception des jeunes concernant la présence de problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Le

score de problèmes de comportement intériorisés est la somme des échelles spécifiques de problèmes d'anxiété-dépression, de retrait-dépression et de somatisation, tandis que le score de problèmes de comportement extériorisés est la somme des échelles spécifiques de comportements agressifs et de conduites contrevenant aux règles. Comportant 112 items, le YSR mesure la présence et la fréquence de certains comportements au cours des six derniers mois (et depuis le pré-test pour ce qui est du post-test), par une échelle en trois points. Les coefficients de fidélité test-retest sur une semaine varient de ,67 à ,91, tandis que ceux de cohérence interne sont compris entre ,71 et ,95 (Achenbach & Rescorla, 2001). Plus le score au YSR est élevé, plus il y a de problèmes de comportement concernant la dimension analysée.

Des seuils limites et cliniques ont été fixés pour les échelles de problèmes de comportement intériorisés et extériorisés (seuil limite situé entre le 84^e et le 89^e percentile et seuil clinique au 90^e percentile et plus) et pour les échelles spécifiques (seuil limite situé entre le 93^e et le 97^e percentile et seuil clinique au 98^e percentile et plus). Ces seuils seront utilisés pour les analyses des effets cliniques.

Analyses

Pour évaluer l'efficacité du programme d'intervention de groupe en fonction des autres services reçus (objectif 1), deux séries d'analyses de la covariance seront effectuées en comparant le groupe expérimental au groupe contrôle. La première série ne contrôlera que les scores obtenus au prétest, tandis que la deuxième série tiendra aussi compte de la fréquence mensuelle moyenne des rencontres pour les autres services reçus. Les résultats obtenus selon les deux stratégies d'analyse seront ensuite comparés. Afin d'évaluer les effets cliniquement significatifs du programme (objectif 2), des analyses de chi-deux seront réalisées pour comparer les pourcentages d'adolescentes des deux groupes présentant ou non des problèmes d'intensité clinique au terme du programme. En outre, pour chaque groupe et chaque échelle du YSR, les pourcentages d'adolescentes passant d'un seuil clinique à non clinique, l'inverse ou présentant un état clinique ou non clinique stable à la suite de l'intervention seront testés avec le chi-deux de McNemar. Enfin, pour explorer le lien entre la fidélité de l'implantation du programme et certains effets cliniques (objectif 3), les pourcentages d'adolescentes présentant un score d'intensité clinique sur les différentes échelles du YSR seront comparés entre le premier groupe implanté (fidélité supérieure) et le deuxième groupe (fidélité inférieure) de participantes. Une différence de pourcentage d'au moins 25 % à la hausse ou à la baisse entre les groupes est le critère arbitraire qui sera utilisé pour l'interprétation. Un tel écart sera interprété comme un changement possiblement significatif. Ce type de changement sera comptabilisé pour les deux groupes de manière à dégager, s'il y a lieu, un groupe s'améliorant ou se détériorant davantage.

Résultats

Effets statistiques selon la participation au programme et les autres services reçus

D'entrée de jeu, mentionnons que l'examen strictement visuel des moyennes ajustées (dont la variance associée au prétest et aux services a été soustraite) du post-test montre que le groupe expérimental obtient de meilleurs résultats que le groupe contrôle sur toutes les variables. Lorsque seul le prétest est contrôlé par les analyses comparatives des groupes, le groupe expérimental montre une diminution significative ($p < 0,05$) de la distorsion cognitive consistant à s'attribuer la responsabilité pour des événements négatifs ainsi que des problèmes de comportement extériorisés et intériorisés (voir tableau 2). De même, le groupe expérimental s'améliore significativement plus que le groupe contrôle en ce qui concerne la recherche de soutien social et la résolution de problèmes. Afin de préciser la nature des changements touchant les problèmes intériorisés, des analyses secondaires ont été réalisées sur les échelles spécifiques pertinentes. Ces analyses mettent en évidence des améliorations significatives concernant les comportements de retrait-dépression et d'anxiété-dépression, alors qu'aucun changement statistiquement significatif n'est relevé sur la somatisation. Pour ce qui est des problèmes extériorisés, seuls les comportements agressifs s'améliorent significativement. Par contre, lorsque la fréquence mensuelle moyenne de rencontres pour les autres services est contrôlée dans les analyses, moins de résultats significatifs demeurent associés à la participation à la thérapie de groupe. Seules les améliorations sur la recherche de soutien social, la résolution de problèmes, les problèmes de comportement intériorisés (plus spécifiquement la sous-échelle d'anxiété-dépression) demeurent. Bien que l'effet sur l'échelle regroupée des problèmes extériorisés ne demeure pas significatif, l'effet positif sur les comportements agressifs ($F(1,31) = 4,78$, $MSE = 12,41$, $p < 0,05$) le reste néanmoins. La diminution de la tendance à s'attribuer la responsabilité pour des événements négatifs n'est plus significative.

TABLEAU 2
Effets du programme lorsque la fréquence moyenne mensuelle de rencontres pour
d'autres services est contrôlée ou non

EFFETS	COVARIABLES : SCORES AU PRÉ-TEST SEULEMENT			COVARIABLES : AJOUT DU NOMBRE DE RENCONTRES MENSUELLES MOYEN		
	Moyenne au carré	F(1,32)	p	Moyenne au carré	F(1,31)	p
Se percevoir différente, prétest	230,78	75,09	0,000	213,81	79,75	0,000
Services	Non applicable (na)			15,24	5,68	0,023
Groupe	7,30	2,37	ns	0,60	0,22	ns
Erreur	3,07			2,68		
Se percevoir crédible, prétest	53,97	10,07	0,003	50,14	9,68	0,004
Services	na			10,99	2,12	ns
Groupe	0,77	0,14	ns	4,38	0,846	ns
Erreur	5,36			5,18		
Se percevoir responsable, prétest	113,59	22,67	0,000	119,21	24,21	0,000
Services	na			7,73	1,57	ns
Groupe	34,71	6,93	0,013	16,21	3,29	ns
Erreur	5,01			4,92		
Perception de la confiance, prétest	357,26	45,61	0,000	318,96	48,77	0,000
Services	na			47,95	7,33	0,011
Groupe	3,00	0,38	ns	2,07	0,317	ns
Erreur	7,83			6,54		
Soutien social, prétest	193,02	24,86	0,000	199,91	27,38	0,000
Services	na			22,14	3,03	ns
Groupe	145,11	18,69	0,000	166,72	22,84	0,000
Erreur	7,76			7,30		
Résolution de problèmes, prétest	192,00	19,55	0,000	181,39	18,01	0,000
Services	na			2,13	0,21	.ns
Groupe	72,57	7,39	0,011	67,80	6,73	0,014
Erreur	9,822			10,07		
Évitement, prétest	63,42	7,11	ns	70,05	9,22	0,005
Services	na			49,88	6,57	0,015
Groupe	35,85	4,02	ns	5,16	0,68	ns
Erreur	8,92			7,60		
Problèmes intériorisés, prétest	1785,48	28,52	0,000	1689,41	26,86	0,000
Services	na			53,60	0,85	ns
Groupe	565,05	9,03	0,005	329,53	5,24	0,029
Erreur	62,61			62,90		

EFFETS	COVARIABLES : SCORES AU PRÉ-TEST SEULEMENT			COVARIABLES : AJOUT DU NOMBRE DE RENCONTRES MENSUELLES MOYEN		
	Moyenne au carré	F(1,32)	p	Moyenne au carré	F(1,31)	p
Problèmes extériorisés, prétest	770,29	23,77	0,000	734,13	23,43	0,000
Services	na			65,81	2,10	ns
Groupe	195,33	6,03	0,020	79,39	2,53	ns
Erreur	32,41			31,33		

Effets cliniques selon la participation au programme

Au post-test, un pourcentage significativement plus élevé d'adolescentes ayant participé au programme de thérapie de groupe montre des améliorations selon les seuils cliniques établis pour le YSR de Achenbach et Rescorla (2001), comparativement aux adolescentes n'ayant pas participé à l'intervention. En examinant le tableau 3, on constate qu'un pourcentage significativement plus élevé d'adolescentes du groupe expérimental obtient un score jugé normal aux échelles d'anxiété-dépression et de retrait-dépression, comparativement aux adolescentes du groupe contrôle. Bien que les pourcentages de cas atteignant les seuils limites et cliniques soient présentés séparément pour plus de précision, soulignons que les analyses ont comparé les pourcentages pour deux catégories : les cas dont le score est jugé normal (première catégorie) et ceux dont le score renvoie à la zone limite ou clinique (deuxième catégorie). Rappelons qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes concernant les pourcentages d'adolescentes atteignant ou non les seuils limites ou cliniques au moment du prétest.

Par ailleurs, nous avons comparé les pourcentages de changements de type présence/absence de problème clinique entre les temps de mesure pour chacun des groupes (voir tableau 4). Selon les analyses de chi-deux de McNemar, on note une amélioration significative entre les temps de mesure pour le groupe expérimental concernant les problèmes extériorisés et les comportements de non-respect des règles. Mentionnons qu'aucune différence significative entre le pré et le post test sur ces dimensions n'est relevée pour le groupe contrôle avec la même analyse. En examinant les résultats du groupe expérimental pour l'échelle des problèmes extériorisés, on constate que près de 47 % des cas cliniques au prétest ne le sont plus au post-test. Au plan des comportements de non-respect des règles, ce sont 40 % des cas qui effectuent ce même passage. En outre, en observant les pourcentages de cas passant d'un score non clinique à un score clinique pour toutes les échelles, on voit que cet effet inverse n'est noté que pour un seul cas, et ce, pour quatre des sept échelles. De même, on constate que les pourcentages de cas qui présentaient un problème d'intensité clinique qui se maintiennent dans le temps oscillent entre 7 % et 39 %.

TABLEAU 3

Pourcentages d'adolescentes atteignant ou non les seuils cliniques et limites aux échelles de problèmes de comportement pour le groupe expérimental et le groupe contrôle au post-test

	GROUPE EXPÉRIMENTAL (n=15)			GROUPE CONTRÔLE (n=20)			Tests statistiques
	Normal	Limite	Clinique	Normal	Limite	Clinique	
Échelles du YSR							
Problèmes intériorisés	53%	27 %	20 %	35 %	0 %	65 %	$\chi^2_{(1)} = 1,176$; p = ns
- Anxiété-dépression	93%	7 %	0 %	45 %	10 %	45 %	$\chi^2_{(1)} = 8,887$; p = 0,003
- Retrait-dépression	80%	7 %	13 %	40 %	10 %	50 %	$\chi^2_{(1)} = 5,600$; p = 0,02
- Somatisation	60%	33 %	7 %	60 %	35 %	5 %	$\chi^2_{(1)} = 0,000$; p = ns
Problèmes extériorisés	74%	13 %	13 %	50 %	20 %	30 %	$\chi^2_{(1)} = 1,944$; p = ns
- Non-respect des règles	80%	20 %	0 %	60 %	30 %	10 %	$\chi^2_{(1)} = 1,591$; p = ns
- Agressivité	93%	7 %	0 %	80 %	15 %	5 %	$\chi^2_{(1)} = 1,244$; p = ns

TABLEAU 4

Pourcentages d'adolescentes selon les types de changements cliniques du pré (T1) au post-test (T2) pour le groupe expérimental et le groupe contrôle

GROUPE EXPÉRIMENTAL	T1 non clinique T2 non clinique	T1 non clinique T2 clinique	T1 clinique T2 non clinique	T1 clinique T2 clinique	Tests McNemar
Échelles du YSR					
Problèmes intériorisés	27 %	7 %	27 %	39 %	p = ns
- Anxiété	66 %	0 %	27 %	7 %	p = ns
- Retrait	73 %	7 %	7 %	13 %	p = ns
- Somatisation	47 %	7 %	13 %	33 %	p = ns
Problèmes extériorisés	27 %	7 %	46 %	20 %	p = 0,07
- Non-respect des règles	40 %	0 %	40 %	20 %	p = 0,03
- Agressivité	73 %	0 %	20 %	7 %	p = ns
GROUPE CONTRÔLE	T1 non clinique T2 non clinique	T1 non clinique T2 clinique	T1 clinique T2 non clinique	T1 clinique T2 clinique	Tests McNemar
Échelles du YSR					
Problèmes intériorisés	25 %	5 %	10 %	60 %	p = ns
- Anxiété	35 %	15 %	10 %	40 %	p = ns
- Retrait	35 %	25 %	5 %	35 %	p = ns
- Somatisation	40 %	10 %	20 %	30 %	p = ns
Problèmes extériorisés	35 %	15 %	15 %	50 %	p = ns
- Non-respect des règles	45 %	10 %	15 %	30 %	p = ns
- Agressivité	75 %	15 %	5 %	5 %	p = ns

TABLEAU 5

Pourcentages de cas atteignant des scores d'intensité clinique au pré (T1) et au post-test (T2) selon deux niveaux d'implantation différents des groupes

Échelles du YSR	PREMIER GROUPE (n = 4)		DEUXIÈME GROUPE (n = 6)	
	T1	T2	T1	T2
Problèmes intériorisés	75 %	50 %	67 %	50 %
- Anxiété-dépression	50 %	0 %	50 %	0 %
- Retrait-dépression	25 %	25 %	17 %	17 %
- Somatisation	50 %	25 %	67 %	67 %
Problèmes extériorisés	75 %	25 %	100 %	33 %
- Agressivité	25 %	0 %	75 %	25 %
- Non-respect des règles	50 %	0 %	100 %	50 %

Effets cliniques selon une implantation plus ou fidèle

Comme le montre le tableau 5, les pourcentages de cas présentant un score d'intensité clinique diminuent pour toutes les échelles, tant dans le premier que dans le deuxième groupe de participantes. Toutefois, en tenant compte du critère de diminution de 25 %, on constate que davantage de bénéfiques cliniques (6 échelles impliquées) sont enregistrés pour le premier groupe, implanté plus fidèlement, comparativement au deuxième (4 échelles impliquées). Ces résultats suggèrent que l'adhérence aux activités prévues pourrait être associée à de meilleurs effets de l'intervention.

Discussion

Forces et limites de l'étude

La présente étude dépasse les limites méthodologiques actuelles les plus importantes dans le domaine identifiées par la recension de Paquette et al. (2008). Elle s'appuie sur une comparaison entre un groupe contrôle et un groupe expérimental, ce dernier étant composé d'adolescentes qui ont participé activement au programme évalué. Par ailleurs, l'implantation du programme est systématiquement documentée. En outre, l'étude examine le rôle des autres services reçus et celui de la fidélité de l'implantation dans l'évaluation des effets de ce type de programme. Enfin, les effets sont analysés suivant une perspective à la fois statistique et clinique.

Bien que le devis de la présente étude soit fréquemment appliqué dans les évaluations de programme réalisées en conditions réelles de pratique (Chen, 2005), l'interprétation des résultats doit tenir compte de certaines limites méthodologiques importantes. Exception faite des variables contrôlées dans les analyses, certaines caractéristiques des adolescentes composant le groupe expérimental pourraient expliquer en tout ou en partie les résultats de l'étude. Par exemple, la motivation à se rétablir ou

la facilité à fonctionner en groupe pourraient contribuer aux effets positifs observés pour le groupe expérimental au détriment du groupe contrôle.

Une autre limite est tributaire du fait que les mesures ne prennent en considération que le seul point de vue de l'adolescente sur son adaptation et sa santé psychologique. Bien que ce point de vue apparaisse capital, les perspectives d'autres répondants auraient pu valider les résultats obtenus. Cela est particulièrement vrai pour la mesure des problèmes de comportement extériorisés, lesquels auraient tendance à être sous-estimés dans les auto-évaluations chez les jeunes présentant, par exemple, un trouble des conduites (APA, 2000). Toutefois, c'est surtout en ce qui a trait aux autres services reçus que les points de vue des parents ou des intervenants sociaux auraient pu confirmer les données qui ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire non validé. En outre, considérant le nombre modeste de sujets inclus dans l'échantillon, l'ensemble des conséquences possiblement visées par le programme n'a pas été pris en considération dans les analyses d'efficacité de l'étude. D'ailleurs, il est possible que certains effets du programme n'aient pas été détectés par le devis, particulièrement en ce qui concerne les distorsions cognitives, par manque de puissance statistique. Par contre, l'analyse des indices de l'éta-carré partiel montre que ceux-ci varient de 0,13 à 0,42 pour les résultats statistiques significatifs relevés avec la deuxième série d'analyses de covariance. Ces indices renvoient à des effets de taille moyenne ou grande. La valeur de ces indices nous rassure donc quant à la validité statistique des résultats malgré l'utilisation de plusieurs tests univariés. En effet, des valeurs d'indice associées à de petites tailles d'effet auraient pu être tributaires de l'erreur alpha. Enfin, les analyses comparatives entre les groupes selon le niveau de fidélité d'implantation sont élémentaires et ne peuvent que donner lieu à des hypothèses susceptibles de guider l'élaboration de futures études dans le domaine. Bref, gardons en tête que cette étude suggère, plutôt qu'elle ne démontre, l'efficacité du programme et le lien entre ses effets et le niveau de fidélité d'implantation.

Les effets du programme

Des effets statistiquement significatifs au-delà des autres services reçus

D'une part, l'étude suggère que le programme est efficace pour améliorer l'adaptation et la santé psychologique des adolescentes agressées sexuellement qui y participent. D'autre part, l'étude montre que les autres services reçus pendant l'intervention évaluée doivent être pris en considération dans les analyses pour en isoler les effets spécifiques. En effet, les diminutions significatives observées sur les scores pour les attributions de responsabilité personnelle pour des événements négatifs et pour les problèmes de comportement extériorisés étaient davantage associées aux autres services reçus qu'au programme évalué. Ces résultats d'abord significatifs lors de la première série d'analyses ne résistent pas au contrôle des autres services reçus introduit dans la deuxième série d'analyses. Lorsque la fréquence mensuelle moyenne des autres servi-

ces reçus en parallèle est considérée par les analyses, des effets positifs significatifs, et donc spécifiques à la participation au programme, sont conservés sur le recours à la recherche de soutien social et à la résolution de problèmes, ainsi que sur les problèmes de comportement intériorisés (notamment au plan de l'anxiété-dépression) et les conduites agressives. Les améliorations significatives du recours à deux stratégies positives d'adaptation face aux difficultés associées à l'agression sexuelle sont particulièrement intéressantes. Comme le suggère Spaccarelli (1994), elles pourraient être une des causes de la diminution des problèmes de comportement observés. Elles pourraient aussi être à la source d'un maintien des progrès réalisés à la suite de la thérapie en permettant aux adolescentes de continuer à gérer efficacement les problèmes qui pourraient survenir dans le futur en lien avec les agressions sexuelles subies. Il est aussi possible que le recours à ces stratégies positives d'adaptation puisse s'élargir à d'autres situations cliniques ou non, générant des gains non attendus par le programme.

Des effets cliniques significatifs associés à la participation au programme

Des effets positifs cliniquement significatifs sont relevés au terme de l'intervention chez les participantes en ce qui concerne les comportements d'anxiété-dépression et de retrait-dépression. De même, les scores s'améliorent de manière cliniquement significative après l'intervention pour les participantes en ce qui concerne les comportements extériorisés et les comportements de non-respect des règles, alors qu'aucun type de changement ne ressort comme significatif pour les non-participantes. C'est donc dire qu'effets cliniques et statistiques convergent pour montrer des améliorations en ce qui a trait aux problèmes de comportement intériorisés – un résultat qui s'inscrit d'ailleurs dans la lignée des interventions de cet acabit (Sturkie, 1992). Fait intéressant, le programme permet aussi des améliorations cliniques et statistiques dans le registre extériorisé des problèmes, notamment sur l'agressivité. Les résultats de l'étude ne soutiennent donc pas que l'intervention de groupe amène des effets négatifs sur les problèmes de comportement extériorisés. Cela pourrait s'expliquer par la qualité de l'animation des intervenantes et par leur habitude à composer avec une clientèle présentant de tels problèmes. Ces dernières hypothèses nous amènent à faire des liens entre les effets et l'implantation du programme.

Les effets du programme selon la fidélité de l'implantation

Aucun résultat positif n'est observé en ce qui a trait aux distorsions cognitives. Le fait que l'ensemble des thèmes n'a pas été couvert et que toutes les activités n'ont pas été réalisées (dans au moins deux des trois groupes d'adolescentes participantes) pourrait en partie expliquer cette absence de résultat. Il est possible que les intervenantes ne se soient pas suffisamment attardées à recadrer les cognitions associées à l'agression sexuelle pendant l'animation des activités. On peut penser que le repérage de ces distorsions, suivi de leur recadrage, demande une bonne connaissance de la problématique.

que de l'agression sexuelle et une aisance à présenter les thèmes du programme. Or, les intervenantes en étaient à leurs premières armes dans l'animation d'un programme en agression sexuelle.

L'analyse sommaire en lien avec le troisième objectif de l'étude suggère que le programme le plus fidèlement implanté permet peut-être de plus importantes améliorations cliniques sur certains problèmes. Plusieurs facteurs associés à l'implantation des programmes peuvent aller dans le sens de cette hypothèse (Paquette et al., 2009). Lors du second groupe, les intervenantes n'ont pas bénéficié d'une supervision comme lors du premier groupe. En outre, des problèmes d'aménagement des horaires de travail et de manque de soutien ont été soulignés par les intervenantes. Dans le même ordre d'idées, les intervenantes ont peut-être eu plus de difficulté à animer les séances dans le second groupe. Il est aussi possible que les intervenantes aient décidé de discuter des thèmes du programme en partant des contenus apportés par les adolescentes. Cela pourrait expliquer le temps important accordé aux retours sur la semaine dans le deuxième groupe. Les défenseurs de l'adaptation des programmes soutiennent que ces derniers doivent être adaptés aux circonstances particulières des différents contextes d'implantation et que ce processus d'adaptation mutuelle favorise davantage l'efficacité des programmes qu'une fidélité rigide (Bond, Evans, Salyers, Williams, & Kim, 2000; Dusenbury, Nnannigan, Falco, & Hansen, 2003). Il n'en demeure pas moins que les composantes essentielles des programmes doivent être identifiées pour permettre des adaptations qui ne seront pas susceptibles d'en affecter négativement l'efficacité. Dans cette perspective, les prochaines études du domaine devraient contribuer à documenter certains aspects de l'implantation des programmes d'intervention de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement, tout en tissant des liens empiriques plus précis entre la fidélité de l'implantation et l'évaluation des effets. Une analyse plus fine des contenus de l'intervention (Paquette, 2009) permet de penser que les cinq premiers thèmes doivent minimalement être implantés de manière complète. La durée des activités doit être modifiée de manière à être allongée d'environ 50 %, comme le montre l'étude d'implantation. Des modifications sont à considérer afin de raffiner les techniques d'intervention dans le but de diminuer les distorsions cognitives. Enfin, un traitement adéquat du thème de l'avenir semble nécessaire pour garantir un dénouement heureux de l'intervention et pour travailler dans une perspective de stabilité des gains obtenus.

Conclusion

En conclusion, les résultats de notre étude convergent avec ceux des meilleures études (utilisant un groupe de comparaison) évaluant des programmes de groupe s'adressant aux adolescentes agressées sexuellement (Radd Baker, 1985; Tourigny & Hébert, 2007; Tourigny et al., 2005; Tourigny et al., 2008; Verleur et al., 1986) pour montrer que des effets positifs sur l'adaptation et la santé psychologique sont associés à la par-

ticipation à des programmes d'intervention de groupe. La présente étude innove en prenant en considération, dans les analyses d'efficacité, les autres services reçus parallèlement à la tenue de l'intervention évaluée. Les résultats de l'étude laissent croire que les effets associés aux programmes de groupe pour adolescentes agressées sexuellement ont peut-être été sur- ou sous-estimés par le passé. La description détaillée de la fidélité de l'implantation du programme pour deux groupes d'intervention ainsi que les analyses descriptives exploratoires réalisées sur les effets cliniquement significatifs selon le niveau d'implantation constituent des premières dans ce champ de recherche. Cela permet de considérer que les effets obtenus par la participation à un tel programme peuvent varier selon la fidélité de son implantation.

Les futures études du domaine devraient : a) évaluer les effets des programmes de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement en tenant compte d'autres variables susceptibles de brouiller les effets observés; b) explorer le maintien des effets et le rôle des stratégies d'adaptation dans leur stabilité; et c) considérer les niveaux de fidélité d'implantation comme des médiateurs dans la théorie de changement des programmes. Pour en arriver là, praticiens et chercheurs devront unir leurs efforts en mettant sur pied un programme de traitement de groupe basé sur les connaissances scientifiques actuelles et implanté à grande échelle, ce qui pourrait permettre de la recherche de plus haut niveau dans ce domaine (Paquette et al., 2008).

Bibliographie

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text revision. DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association.

Berliner, L., & MacQuivey, K. (1996). A therapy group for female adolescent victims of sexual abuse. In M. Rosenbaum (Ed.), *Handbook of short-term therapy groups* (pp. 101-116). Lanham, MD: Jason Aronson.

Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., Williams, J., & Kim, H. W. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2(2), 75-87.

Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : Présentation d'une version abrégée du *Ways of Coping Questionnaire*. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 27(3), 371-377.

Centre jeunesse de l'Estrie (2004). *Projet d'intervention pour les adolescentes victimes d'agression sexuelle : Guide d'animation et composantes opérationnelles du programme*. Document inédit. Sherbrooke.

Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation : Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents : Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm : Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Dusenbury, L., Nrnannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation : Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Fortin, L., Royer, E., Marcotte, D., & Potvin, P. (2005). Facteurs personnels, scolaires et familiaux différenciant les garçons en problèmes de comportement du secondaire qui ont décroché ou non de l'école. *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Éducation*, 8(2), 79-88.
- Friedrich, W. N. (1992). *Sexual Abuse Rating Scale*. Rochester, MN: Department of Pedopsychiatry.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A., & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents : An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Hsu, L. M. (1989). Random sampling, randomization, and equivalence of contrasted groups in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 131-137.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kivlighan Jr., D. M., & Holmes, S. E. (2004). The importance of therapeutic factors : A typology of therapeutic factors studies. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), *Handbook of group counselling and psychotherapy* (pp. 23-36). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Knussen, C., Sloper, P., Cunningham, C. C., & Turner, S. (1992). The use of the Ways of Coping (Revised) questionnaire with parents of children with Down's syndrome. *Psychological Medicine*, 22(3), 775-786.
- Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effect with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse & Neglect*, 23(5), 477-485.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Bergman, S. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Psychology*, 23(2), 204-211.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G., et al. (2005). Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(1), 26-31.
- Narring, F., & Rummel Walker, R.-M. (2001). L'aide aux adolescentes victimes d'agression sexuelle. L'action des groupes de soutien de l'Association Familles Solidaires. *Médecine et Hygiène*, 59, 2022-2026.

- Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, L., Dinwiddie, S., Bucholz, A. et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes : Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- Paquette, G. (2009). *Évaluation de l'implantation et des effets sur les problèmes de comportement d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement*. Thèse de doctorat inédite, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
- Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2010). *Implications pratiques des résultats de l'évaluation d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement*. Actes du colloque intitulé « L'aide aux jeunes en difficulté : regards sur nos pratiques », organisé par le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance. Sherbrooke (Québec), 25-26 mars 2010, Les Presses de l'Université de Sherbrooke, Éditions du CRP.
- Paquette, G., Joly, J. & Tourigny, M. (2009). La fidélité de l'implantation d'un programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : Une mesure par observation systématique. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, 24(2), 57-79.
- Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2008). Une recension systématique des programmes d'intervention de groupe pour les adolescentes agressées. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29(3), 85-99.
- Patton, T., Collins, L., Collins, R. A., Larzelere, R. E., Jones, P., Graham, K., et al. (1993). *Pre-post effects of group treatment for sexually abused adolescent females in residential care*. Paper presented at the San Diego Conference on Responding to Child Maltreatment.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Radd Baker, C. R. (1985). *A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females*. Doctoral dissertation: University of Maryland.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2003). *Child physical and sexual abuse : Guidelines for treatment* (Final report: January 15, 2003). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Collins, L. E., Collins, R. A., Paine, M., Jones, P., et al. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting : Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 533-542.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse : A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Sturkie, K. (1992). Group treatment of child sexual abuse victims : A review. In W. O'Donohue, & J. H. Geer (Eds.), *The sexual abuse of children: Clinical issues* vol. 2. (pp. 331-364). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Tabor, G. L. (1984). *Incest: Effects of specific trauma variables on the self-concepts and locus of control views of adolescent female incest victims before and following six months of group treatment*. Doctoral dissertation: University of Arkansas.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Questionnaire on events from childhood to adolescence*. Unpublished manuscript, Université de Montréal.

- Toupin, J. (2006). Caractéristiques et troubles associés aux troubles des conduites des adolescentes. In M. Déry & P. Verlaan (Éds.), *Les conduites antisociales chez les filles* (pp. 149-175). Sherbrooke, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Boisvert, I., & Jacq, B. (2008). Efficacité d'une intervention de groupe de courte durée auprès d'adolescentes agressées sexuellement. *Intervention*, 129, 27-38.
- Tourigny, M., & Hébert, M. (2007). Efficacy of an open group therapy for sexually abused adolescent girls. *Victims and Violence*, 22(3), 334-349.
- Tourigny, M., Hébert, M., & Daigneault, I. (2006). L'efficacité d'une intervention de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement et présentant des troubles de comportements. In P. Verlaan & M. Déry (Éds.), *Les conduites antisociales des filles : Comprendre pour mieux agir* (pp. 385-413). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., & Simoneau, A.-C. (2005). Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 71-93.
- Trickett, P. K., & Gordis, E. B. (2004). Aggression and antisocial behavior in sexually abused females. In M. Pitallaz & K. L. Bierman (Eds.), *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls : A developmental perspective* (pp. 162-185). New York, NY: Guilford Publications, Inc.
- Trickett, P. K., Kurtz, D. A., & Noll, J. G. (2005). The consequences of child sexual abuse for female development. In D. J. Bell, S. L. Foster & E. J. Mash (Eds.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 357-379). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of child sexual abuse : A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.
- Verleur, D., Hughes, R. E., & Dobkin de Rios, M. (1986). Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims : A controlled comparison. *Adolescence*, 21(84), 843-854.

**ANNEXE I:
DÉROULEMENT ATTENDU SUIVANT LE PROGRAMME THÉORIQUE^A
AVANT RÉVISION**

Thème 1 : Les conséquences des agressions sexuelles (deux séances)	
1. Introduction	10 minutes
2. Lecture des règles du groupe	5 minutes
3. Signature du contrat	10 minutes
4. Activité d'introduction afin de faire connaissance	15 minutes
5. Activité sur les conséquences de l'agression sexuelle	35 minutes
6. Analogie avec le billet de banque	5 minutes
Thème 2 : La dynamique de l'agression sexuelle (deux séances)	
1. Présentation des quatre préconditions à l'agression sexuelle	20 minutes
2. Ma situation d'agression sexuelle	50 minutes
Thème 3 : Le dévoilement de l'agression sexuelle (deux séances)	
1. Dessin de ma famille	35 minutes
2. Discussion en sous-groupes sur le dévoilement	20 minutes
3. Retour en groupe	15 minutes
Thème 4 : Les sentiments en lien avec l'agression sexuelle (deux séances)	
1. Activité sur les émotions du moment	10 minutes
2. Définition et fonction des émotions	10 minutes
3. Activité sur les émotions en lien avec l'agression sexuelle	20 minutes
4. Lettre à l'agresseur	30 minutes
Thème 5 : La prévention de la revictimisation ou de la récurrence (deux séances)	
1. Activité : La sexualité et les lois en sous-groupe	12 minutes
2. Retour en groupe sur la sexualité et les lois	18 minutes
3. Jeu de rôle	30 minutes
4. Ressources en agression sexuelle	10 minutes
Thème 6 : L'affirmation de soi face à la violence (deux séances)	
1. Activité sur les mythes sur la violence dans les fréquentations	25 minutes
2. Discussion sur les signes avant-coureurs de violence	12 minutes
3. Discussion sur les différentes formes de violence	15 minutes
4. Discussion sur la revictimisation	18 minutes
Thème 7 : La sexualité (deux séances)	
1. Remue-méninges (brainstorming) sur la sexualité	15 minutes
2. Définition de la sexualité	15 minutes
3. Discussion sur les conséquences de l'agression sexuelle sur la sexualité	25 minutes
4. « Questions à l'expert »	25 minutes
Thème 8 : Les relations entre hommes et femmes (deux séances)	
1. Discussion sur la provenance des modèles de relations homme/femme	25 minutes
2. Analyse d'un vidéoclip	30 minutes
3. Activités sur les valeurs dans les relations homme/femme	15 minutes
Thème 9 : L'avenir (deux séances)	
1. Projection dans 10 ans	15 minutes
2. Évaluation de l'apport du groupe	55 minutes
3. Mot de la fin	5 minutes

A. Chaque séance débute par un retour sur la semaine, pour lequel 10 minutes sont prévues, et se clôture par une évaluation de la séance, pour laquelle 10 minutes sont aussi prévues. Ensuite, un goûter d'environ 30 minutes se déroule dans une autre salle pour favoriser le retour au calme à la fin de chacune des séances.