

## EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION DE GROUPE DE COURTE DURÉE AUPRÈS D'ADOLESCENTES AGRESSÉES SEXUELLEMENT<sup>1, 2</sup>

Marc Tourigny, Isabelle Boisvert et Béatrice Jacq

### Introduction

Annuellement, on estime qu'environ un enfant (0-17 ans) québécois sur 1000 est agressé sexuellement et signalé à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), ce qui correspond à près de 1500 enfants chaque année (Tourigny et al., 2003). Les adolescents (13-17 ans) représentent plus de 40 % des signalements pour agression sexuelle qui s'avèrent fondés (Tourigny, Hébert, Daigneault, & Wright, 2005). Dans un tel contexte, le développement de services spécialisés pouvant répondre aux besoins des adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles est un enjeu important pour les intervenants sociaux appelés à intervenir auprès de ces jeunes.

Les victimes d'agression sexuelle souffrent de plusieurs conséquences sur les plans physique, cognitif et socioaffectif (Tyler, 2002). Plusieurs études ont évalué le fonctionnement d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles pendant l'enfance; ces études révèlent une diversité de séquelles, dont des troubles spécifiques comme la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, la dissociation, la faible estime de soi, la somatisation, les problèmes de comportement, la délinquance, l'abus de substance, la promiscuité sexuelle, la prostitution ainsi que l'agressivité et les problèmes relationnels (Forbey, Ben-Porath, & Davis, 2000; Green, Russo, Navratil, & Loeber, 1999; Grilo, Sanislow, Fehon, Martino, & McGlashan, 1999; Kendall-Tackett, Meyer-Williams, & Finkelhor, 1993; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996; Tyler, 2002).

Il existe une grande diversité d'approches en matière de traitement des enfants agressés sexuellement, tant en termes d'objectifs, de contenu, de modalités thérapeutiques que de durée de celles-ci (Glaser, 1991; Putnam, 2003). La thérapie de groupe représente l'une des modalités thérapeutiques particulièrement populaires et fréquemment utilisées (Kruczek & Vitanza, 1999; Tourigny, 1997). Cette thérapie présente des avantages économiques non négligeables comparativement à d'autres formes de thérapies, particulièrement dans le contexte social actuel où la demande de services est

---

1. Pour citer ce chapitre : Tourigny, M., Boisvert, I., & Jacq, B. (2011). L'efficacité d'une intervention de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement. In M. Tardif (Éd.). *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes*, Cifas 2009. *Textes choisis*, (pp. 100-115). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. Cet article a déjà été publié dans l'Intervention, la revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, Numéro 129, décembre 2008 : 27-38.

élevée et les ressources limitées (Kruczek & Vitanza, 1999). De plus, l'intervention de groupe est particulièrement recommandée afin de réduire l'isolement social et la stigmatisation dont souffrent fréquemment les victimes d'agression sexuelle (Friedrich, 1997; Silovsky & Hambree-Kigin, 1994).

Les interventions de groupe peuvent varier considérablement, notamment en ce qui concerne la fréquence, le nombre et la durée des rencontres. Récemment, Paquette, Tourigny et Joly (2008) ont recensé 20 études visant à évaluer l'efficacité de ces interventions de différentes durées destinées à des adolescentes agressées sexuellement. Tous les auteurs des études recensées par Paquette et ses collaborateurs rapportent le nombre de rencontres (entre six et 26), mais peu d'entre eux précisent la durée de ces rencontres hebdomadaires, rendant ainsi difficile le calcul du nombre d'heures total de la thérapie de groupe. Dans la recension de Paquette et al. (2008), 30 % des études comportent 10 rencontres ou moins. Comme le coût de la thérapie est directement lié au nombre de rencontres et à la durée du traitement, les interventions de courte durée peuvent paraître plus avantageuses, surtout si elles peuvent s'avérer aussi efficaces que les thérapies de plus longue durée (Aoto-Sullivan, 2000).

Six études portant sur l'efficacité d'un traitement de groupe de courte durée<sup>1</sup> pour adolescentes agressées sexuellement ont été retenues. Les auteurs soulignent des améliorations touchant les stratégies adaptatives (Kruczek & Vitanza, 1999), l'hostilité (Mackay, Gold, & Gold, 1987), les comportements à l'école (Rolland Ashby, Gilchrist, & Miramontez, 1988), l'estime de soi (Narring & Rummel Walker, 2002; Radd Baker, 1985), l'étendue du réseau d'amis (Narring & Rummel Walker, 2002), la dépression (Narring & Rummel Walker, 2002), la compréhension des émotions (Narring & Rummel Walker, 2002), la difficulté à parler de l'agression sexuelle (James, 1977) et la relation avec la mère (Narring & Rummel Walker, 2002). Une absence d'amélioration est notée sur l'anxiété (Radd Baker, 1985), la dépression (Mackay, Gold, & Gold, 1987; Radd Baker, 1985), l'estime de soi (Mackay, Gold, & Gold, 1987), le soutien social disponible (Mackay, Gold, & Gold, 1987) et les connaissances liées à l'emploi de stratégies d'adaptation positives (Kruczek & Vitanza, 1999). On peut donc conclure que, dans l'ensemble, les études recensées démontrent certains effets positifs à la suite d'une thérapie de courte durée pour adolescentes agressées sexuellement.

Plusieurs limites méthodologiques sont toutefois associées à ces études, les principales étant le faible nombre de participantes – limitant ainsi la puissance statistique des analyses –, la faiblesse des devis de recherche pré-expérimentaux (pré-post à groupe unique), l'utilisation d'instruments non standardisés et le fait de ne mesurer que des changements statistiques sans explorer les changements cliniques. Dans ce contexte, la présente étude évalue les effets d'une intervention de groupe de neuf rencontres pour adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles, en observant les changements statistiquement et cliniquement significatifs. Elle vise aussi à combler certaines lacunes méthodologiques relevées dans la littérature.

## **Méthodologie**

### **Devis de recherche**

L'étude repose sur un devis quasi expérimental comportant deux temps de mesures (pré-test et post-test). Initialement, le groupe expérimental se compose d'adolescentes prises en charge par les services de protection de la jeunesse et ayant participé à une intervention en groupe fermé, d'une durée variant entre huit et 10 rencontres hebdomadaires de deux heures chacune. Cette intervention s'inscrit dans le *Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels* et vise à aider les victimes, à les soutenir et à réduire les séquelles liées à l'agression. Le programme a également pour but de responsabiliser les agresseurs, et implique les conjointes de ces derniers par des activités d'encadrement et de traitement sur les plans individuel, familial et conjugal. Le programme s'échelonne sur deux ans à raison de rencontres hebdomadaires avec la victime, la mère et le père. Le groupe de comparaison est constitué d'adolescentes prises en charge par les services de protection de la jeunesse dans une région autre que celle du groupe expérimental, mais qui n'ont pas participé à une intervention de groupe. Toutefois, les deux groupes recevaient des services réguliers de la part de leur Centre jeunesse respectif, c'est-à-dire un suivi individuel personnalisé offert à tous les jeunes pris en charge par les services de la protection de la jeunesse.

### **Échantillon**

Les adolescentes ont été recrutées entre 2002 et 2006, à un moment ou l'autre de leur prise en charge par les services de protection de la jeunesse. Au total, 35 adolescentes (13 à 17 ans) ont fait partie du groupe expérimental. De ce nombre, 11 adolescentes (31 %) ont abandonné la thérapie ou ont été retirées du groupe, et trois n'ont pas terminé le post-test. Au total, 21 adolescentes, à partir desquelles les analyses seront effectuées, ont suivi entièrement la thérapie et ont participé aux deux temps de mesures. Ces adolescentes ont été réparties dans huit groupes qui se sont déroulés entre 2002 et 2005. Le groupe de comparaison se compose de 18 adolescentes n'ayant reçu aucun traitement de groupe. Des analyses bivariées (test t et Chi Carré) démontrent que les adolescentes ayant abandonné la thérapie de groupe ne se distinguent pas de celles l'ayant suivi jusqu'au bout en regard des variables sociodémographiques, comportementales et émotionnelles, à l'exception des variables suivantes : le sentiment de pouvoir sur sa vie, le stress post-traumatique, l'anxiété, les problèmes de la pensée et les problèmes des comportements extériorisés. Les adolescentes ayant abandonné la thérapie présentent davantage de difficultés sur ces variables que celles qui ont suivi l'ensemble de la thérapie. Si on exclut les adolescentes n'ayant pas participé aux deux temps de mesures, le taux de participation de chacune des adolescentes aux rencontres de groupe varie de 67 % à 100 %. En moyenne, les adolescentes ont participé à 91 % des rencontres de leur groupe, soit 8,69 rencontres par adolescente.

### **Procédures**

Dans le cas du groupe expérimental, les adolescentes ont été invitées à participer à la recherche par l'une des intervenantes du groupe de traitement; dans le cas du groupe de comparaison, c'est l'intervenante sociale responsable du dossier qui sollicitait la participation de l'adolescente. Pour les adolescentes de moins de 14 ans, le consentement de l'adolescente et celui de ses parents étaient sollicités. Les entrevues d'une durée d'environ 90 minutes ont été effectuées par une assistante de recherche formée à cet effet et ont eu lieu au Centre jeunesse, dans le milieu de vie de l'adolescente ou dans un autre endroit (par exemple, à l'école).

### **Mesures**

Le tableau 1 présente la liste des instruments de mesure utilisés dans le cadre de cette étude. Tous les questionnaires ont été remplis par les adolescentes, à l'exception du *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS; Friedrich, 1992), qui a été rempli par l'intervenante responsable de la jeune fille.

### **Variable indépendante – l'intervention de groupe**

La thérapie de groupe est offerte dans le cadre d'un programme d'évaluation et de traitement pour agression sexuelle du Centre jeunesse de la Mauricie – Centre du Québec. Ce programme spécialisé offre des interventions de groupe auprès des adolescentes depuis le début des années 1990. Les groupes sont fermés, c'est-à-dire que les intervenants n'acceptent plus de nouvelles participantes une fois qu'ils ont démarré. Le groupe peut néanmoins demeurer ouvert pendant quelques rencontres en raison du nombre peu élevé de participantes. Les services sont offerts aux adolescentes de 12 à 17 ans ayant vécu une agression sexuelle intrafamiliale ou extrafamiliale. Les participantes peuvent avoir été orientées vers le programme par différents organismes, comme les Centres jeunesse de la Mauricie – Centre du Québec, les Centres de santé et de services sociaux de la région et les milieux scolaires.

L'intervention se fait dans le cadre d'un groupe fermé composé de trois à huit participantes. Elle comprend environ neuf rencontres<sup>2</sup> hebdomadaires d'une durée de deux heures. L'intervention psychoéducative comporte diverses activités thérapeutiques : des discussions de groupe, des témoignages, des exercices individuels et de groupe, comme la relaxation et la visualisation. Chaque rencontre présente généralement la même structure et porte sur un thème spécifique. Par contre, les adolescentes ont toujours la liberté de présenter un sujet dont elles voudraient discuter en groupe. Les principaux thèmes abordés ont trait au dévoilement de l'agression, au cycle de l'agression sexuelle, aux conséquences des agressions sexuelles dans leur vie (symptômes), à la relation avec l'agresseur, à la sexualité, à la prévention d'une nouvelle agression sexuelle et aux relations amoureuses. Les interventions de groupe sont animées

**TABLEAU 1**  
Questionnaires utilisés dans l'étude

QUESTIONNAIRES (AUTEUR)	VARIABLES MESURÉES	NOMBRE DE QUESTIONS
<i>Sexual Abuse Rating Scale</i> (SARS; Friedrich, 1992)	Caractéristiques de l'agression sexuelle (sévérité, fréquence, caractéristiques de l'agresseur)	23
Questionnaire maison	Données sociodémographiques (âge de l'adolescente, lieu de vie)	2
<i>Trauma Symptoms Checklist for Children</i> (TSC-C; Briere, 1996)	Anxiété, dépression, stress post-traumatique, préoccupations sexuelles, dissociation, colère	54
<i>Youth Self-Report and Profile</i> (YSR; Achenbach, 1991)	Problèmes intériorisés et extériorisés (anxiété, dépression, somatisation, retrait social, agressivité, délinquance, organisation de la pensée, attention, socialisation)	112
<i>Ways of Coping Questionnaire</i> (version courte : Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995; Folkman & Lazarus, 1988)	Stratégies d'adaptation (recherche de soutien social, réévaluation positive/négative des problèmes, distanciation/évitement)	21
<i>Children's Attributions and Perceptions Scale</i> (CAPS; Mannarino, Cohen & Berman, 1994)	Distorsions cognitives (sentiment d'être différent des autres, confiance interpersonnelle, responsabilisation face aux événements négatifs, crédibilité perçue)	18
<i>Inventaire de comportement d'autodestruction</i> (Sadovsky, 1995)	Comportements d'autodestruction (ex. : comportements automutilatoires ou suicidaires, troubles alimentaires, conduites dangereuses, etc.)	21
<i>Criminal and Delinquent Behaviors Questionnaire</i> (Frappier & Roy, 1995; adapté par Cinq-Mars & Wright, 1997)	Comportements délinquants et criminels (ex. : vol, arrestation policière, fugue, usage d'alcool et de drogue, prostitution, etc.)	10
Consommation de drogues et d'alcool (Frappier et Roy, 1995)	Fréquence d'utilisation, nombre de substances	2
<i>Child's Attitude toward the Mother/Father</i> (CAM/CAF; Giuli & Hudson, 1977)	Qualité de la relation parent-enfant	25
Sentiment de pouvoir (Rogers, Chamberlin, Langer, & Crean, 1997)	Optimisme, efficacité personnelle, impuissance, colère justifiée	23
<i>Questionnaire on Events from Childhood and Adolescence</i> (adapté par Thériault, Cyr, & Wright, 1996)	Occurrence des événements de vie stressants (ex. : maladie, alcoolisme des parents, décès d'un proche, etc.)	20

par deux intervenants psychosociaux (généralement un homme et une femme). À la fin des neuf rencontres, le groupe se termine, mais les adolescentes peuvent participer à une seconde série semblable de neuf rencontres. Dans le cadre de cette étude, nous avons envisagé de documenter la participation des adolescentes à plus d'une série de neuf rencontres, mais, dans les faits, seulement huit des 35 adolescentes faisant partie de l'étude se sont prévaluées de cette possibilité. De plus, nous n'avons pu rencontrer que deux adolescentes pour cette deuxième série de neuf rencontres. Compte tenu du nombre trop faible de sujets, il nous a été impossible de tenir compte de cet aspect.

### Objectifs de l'intervention de groupe

Les objectifs thérapeutiques sont : 1) réduire les symptômes liés à l'agression sexuelle (anxiété, dépression, baisse d'estime de soi, problèmes de comportement, difficultés

liées à la sexualité, agressivité, stress post-traumatique, difficultés scolaires) pour permettre à la victime de retrouver un mode de vie plus sain et plus fonctionnel; 2) briser l'isolement par la création de liens avec les autres participantes; 3) permettre à l'adolescente de se déculpabiliser relativement aux agressions sexuelles vécues; 4) aider les participantes à utiliser leurs ressources internes et à développer des outils qui leur permettront de mieux gérer les conséquences de l'agression sexuelle; 5) enfin, permettre à celles-ci de se réapproprier un certain contrôle et un certain pouvoir sur leur vie actuelle.

### Résultats

Les 39 adolescentes de l'étude, âgées en moyenne de 15 ans (ÉT = 1,5), étaient majoritairement d'origine canadienne. Un peu plus d'une adolescente sur deux (57 %) était placée en famille d'accueil ou en centre de réadaptation, 22 % vivaient avec leur mère et seulement 8 % d'entre elles vivaient avec leurs deux parents.

### Caractéristiques des agressions sexuelles

Les agressions sexuelles vécues par ces adolescentes sont sévères : il y a eu pénétration (orale, anale ou vaginale) dans 68 % des cas, les abus étaient fréquents (au moins une fois par semaine) dans 46 % des cas et la force physique a été utilisée dans 18 % des cas. Enfin, 31 % des adolescentes ont été agressées par plus d'un agresseur, et 18 % ont également vécu des abus physiques. L'identité de l'agresseur était connue dans tous les cas sauf deux (95 %). L'agresseur était un adulte dans 83 % des cas. Soixante-dix pour cent des agresseurs faisaient partie de la famille immédiate et 16 %, de la famille élargie. Au début de l'étude, les adolescentes des deux groupes ne diffèrent pas statistiquement sur l'ensemble des variables présentées au tableau 2, sauf en regard de l'âge, des agressions sexuelles perpétrées par un adulte, des agressions sexuelles perpétrées par une personne significative et celles impliquant l'usage de la force. Davantage d'adolescentes du groupe expérimental ont vécu une agression impliquant la force ( $\chi^2 = 5,75$ ,  $p < 0,05$ ), tandis que les adolescentes du groupe de comparaison sont plus âgées ( $t = -1,996$ ,  $p < 0,05$ ) et un nombre plus élevé d'entre elles ont été agressées sexuellement par un individu de 18 ans et plus ( $\chi^2 = 6,44$ ,  $p < 0,05$ ) et par une personne significative ( $\chi^2 = 4,03$ ,  $p < 0,05$ ).

**TABLEAU 2**  
Caractéristiques sociodémographiques des participantes et des agressions sexuelles

	ÉCHANTILLON TOTAL (N = 39)	GROUPE EXPÉRIMENTAL (N = 21)	GROUPE DE COMPARAISON (N = 18)	TESTS STATISTIQUES $\chi^2$
Âge moyen (ans) de la victime	15,0	14,6	15,5	$t = -1,996^*$
Origine ethnique				
Canadienne	89,7	85,7	94,4	1,14
Asiatique	7,7	9,5	5,6	
Autochtone	2,6	4,8	0,0	
Tuteur de la victime <sup>1</sup>	n = 37	n = 19	n = 18	-
Parents	8,2	10,5	5,6	
Mère	21,6	15,8	27,8	
Placement	56,7	57,9	55,5	
Autre	13,5	15,9	11,2	
Caractéristiques liées à l'agresseur	n = 37	n = 20	n = 17	
Personne significative				
Oui	88,9	78,9	100,0	4,03*
Non	11,1	21,1	0,0	
Adulte (18 ans et plus)				
Oui	83,3	68,4	100,0	6,44*
Non	16,7	31,6	0,0	
Famille immédiate				
Oui	70,3	60,0	82,4	2,20
Non	29,7	40,0	17,6	
Famille élargie				
Oui	16,2	25,0	5,9	2,47
Non	83,8	75,0	94,1	
Inconnu				
Oui	5,4	10,0	0,0	1,80
Non	94,6	90,0	100,0	
Plus d'un agresseur				
Oui	30,6	40,0	18,8	1,89
Non	69,4	60,0	81,3	

(1) Le test du  $\chi^2$  n'est pas valide en raison du nombre de cellules dont le N est plus petit que 5.

\*  $p < 0,05$

CARACTÉRISTIQUES	ÉCHANTILLON TOTAL %	GROUPE EXPÉRIMENTAL %	GROUPE DE COMPARAISON %	TESTS STATISTIQUES $\chi^2$
Caractéristiques des agressions sexuelles	n = 31	n = 19	n = 12	
Avec pénétration				
Oui	67,7	78,9	50,0	2,82
Non	32,3	21,1	50,0	
Utilisation de la force				
Oui	17,6	31,6	0,0	5,75*
Non	82,4	68,4	100,0	
Présence d'abus physique				
Oui	17,6	22,2	12,5	0,55
Non	82,4	77,8	87,5	
Plus d'une fois par semaine				
Oui	46,4	56,2	33,3	1,45
Non	53,6	43,8	66,7	

\*  $p < 0,05$

### Différences entre les deux groupes au début de l'étude

Des tests de comparaison de moyennes ont été réalisés afin de vérifier si les deux groupes (expérimental et de comparaison) étaient comparables au pré-test sur l'ensemble des mesures à l'étude. Les résultats montrent qu'à l'exception de quatre variables, les adolescentes des deux groupes présentaient des profils semblables. Comparativement aux adolescentes du groupe de comparaison, les adolescentes du groupe expérimental ont davantage de difficultés en ce qui concerne l'efficacité personnelle ( $F = 3,47$ ,  $p < 0,001$ ), le sentiment de pouvoir global sur leur vie ( $F = 14,22$ ,  $p = 0,001$ ) et les troubles de comportement intériorisés ( $F = 4,78$ ,  $p < 0,05$ ). Toutefois, les adolescentes du groupe expérimental présentent moins de troubles de comportement en regard de l'anxiété ( $F = 4,29$ ,  $p < 0,05$ ) que les adolescentes du groupe de comparaison lors du pré-test.

### Efficacité de l'intervention de groupe : différences statistiques

Des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées afin de vérifier l'efficacité de l'intervention de groupe. Le tableau 3 montre que les adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe, comparativement aux adolescentes ne recevant aucun traitement de groupe, présentent des réductions significativement plus importantes en regard : 1) du stress post-traumatique, pour les échelles de dépression, de dissociation et de colère du TSC-C; 2) du sentiment de pouvoir sur leur vie, plus spécifiquement la sous-échelle de la colère justifiée; et 3) des troubles de comportement, en ce qui concerne le retrait social et les problèmes sociaux.

**TABLEAU 3**  
Efficacité de l'intervention de groupe auprès des adolescentes victimes d'agression sexuelle

EFFETS MESURÉS	GROUPE EXPÉRIMENTAL			GROUPE DE COMPARAISON			TEST STATISTIQUE
	N	T1 M (ÉT)	T2 M (ÉT)	N	T1 M (ÉT)	T2 M (ÉT)	ANOVA
<i>Symptômes de stress post-traumatique<sup>a</sup></i>							
Anxiété	21	55,0 (9,6)	50,5 (7,5)	15	54,1 (11,2)	53,5 (16,0)	F(1,36) = 1,866
Dépression	21	54,3 (8,4)	49,1 (7,7)	15	48,1 (8,8)	48,3 (13,6)	F(1,36) = 5,438*
Dissociation	21	52,5 (7,9)	47,0 (8,5)	15	49,2 (6,5)	51,1 (11,9)	F(1,36) = 7,937**
Stress post-traum.	21	54,9 (10,9)	50,9 (7,7)	15	54,7 (10,2)	54,0 (15,4)	F(1,36) = 1,622
Colère	21	48,2 (9,2)	42,9 (6,5)	14	45,9 (6,0)	46,6 (8,1)	F(1,35) = 8,910**
Préoccup. sexuelles	21	68,3 (21,6)	58,5 (19,0)	15	66,9 (26,2)	66,9 (36,4)	F(1,36) = 3,280
<i>Comp. autodestruct.</i>	21	2,4 (2,5)	1,9 (2,3)	18	2,9 (3,0)	2,6 (3,1)	F(1,39) = 0,055
<i>Comp. antisociaux</i>	21	0,9 (1,4)	0,7 (1,5)	18	0,8 (1,7)	0,6 (1,1)	F(1,39) = 0,010
<i>Consommation de substances</i>							
Nb de substances	21	1,2 (1,3)	1,3 (1,4)	18	1,1 (1,2)	1,2 (1,3)	F(1,39) = 0,008
Fréquence maximale	21	1,4 (1,3)	1,3 (1,2)	18	1,2 (1,2)	1,3 (1,3)	F(1,39) = 0,522
<i>Distorsions cognitives à la suite d'agressions sexuelles</i>							
Score total	21	45,0 (9,5)	43,9 (10,1)	18	49,5 (10,0)	48,3 (11,3)	F(1,39) = 0,001
Différent des autres	21	11,3 (3,3)	11,1 (2,7)	18	13,1 (3,4)	13,0 (3,3)	F(1,39) = 0,012
Confiance interpersonnelle	21	13,1 (4,1)	12,7 (4,3)	18	13,6 (4,4)	13,5 (4,6)	F(1,39) = 0,087
Responsabilisation	21	8,5 (2,7)	8,5 (3,5)	18	10,8 (3,3)	10,4 (4,2)	F(1,39) = 0,241
Crédibilité face aux autres	21	12,1 (2,8)	11,7 (3,0)	18	12,0 (2,9)	11,5 (2,4)	F(1,39) = 0,001
<i>Qualité relation mère-fille</i>	20	24,1 (23,4)	18,5 (19,3)	12	25,3 (19,8)	26,3 (21,3)	F(1,32) = 1,497
<i>Qualité relation père-fille</i>	17	33,5 (25,4)	30,5 (22,3)	8	35,4 (29,3)	31,6 (31,3)	F(1,25) = 0,006
<i>Stratégie d'adaptation</i>							
Recherche de soutien	21	9,0 (5,7)	9,5 (5,2)	17	9,1 (4,6)	10,0 (3,3)	F(1,38) = 0,044
Résolution de probl.	21	8,4 (5,0)	7,7 (4,9)	16	7,1 (4,4)	8,0 (4,1)	F(1,37) = 1,362
Évitement	21	8,3 (4,2)	8,3 (4,2)	16	10,3 (3,3)	10,5 (2,9)	F(1,37) = 0,043
<i>Sentiment de pouvoir (empowerment)</i>							
Score total	21	2,5 (0,5)	2,2 (0,5)	18	2,8 (0,3)	2,8 (0,4)	F(1,39) = 4,823*
Optimisme	21	2,6 (0,7)	2,1 (0,8)	18	3,1 (0,6)	3,0 (0,7)	F(1,39) = 2,285
Colère justifiée	21	2,1 (0,5)	2,9 (0,5)	18	2,0 (0,5)	2,0 (0,4)	F(1,39) = 12,979***
Efficacité perso.	21	2,7 (0,9)	1,9 (0,8)	18	3,2 (0,5)	3,1 (0,6)	F(1,39) = 11,802***
Impuissance	21	2,4 (0,5)	2,4 (0,5)	17	2,3 (0,4)	2,4 (0,5)	F(1,38) = 0,236
<i>Nombre événements stressants</i>	21	8,4 (2,9)	8,5 (3,7)	18	10,1 (4,1)	9,5 (4,7)	F(1,39) = 0,788
<i>Troubles de comportement<sup>a</sup></i>							
Score total	20	59,6 (8,3)	55,2 (9,6)	18	60,7 (8,2)	59,2 (11,7)	F(1,38) = 1,901
Comp. internalisés	20	63,0 (6,7)	59,1 (8,2)	18	60,5 (12,8)	60,4 (14,6)	F(1,38) = 3,894
Retrait	20	65,8 (8,5)	61,1 (5,5)	18	60,0 (8,8)	62,6 (9,2)	F(1,38) = 8,934**
Somatisation	20	60,9 (9,1)	59,1 (6,6)	18	59,3 (10,3)	60,0 (11,4)	F(1,38) = 1,371
Anxiété	20	59,5 (7,0)	57,8 (8,1)	18	62,9 (11,6)	61,3 (11,5)	F(1,38) = 0,006
Prob. pensées	20	58,3 (7,5)	55,4 (5,1)	18	61,1 (7,2)	59,7 (8,6)	F(1,38) = 0,406
Prob. sociaux	20	60,5 (6,8)	57,8 (6,6)	18	58,2 (9,2)	60,4 (9,1)	F(1,38) = 7,489*
Prob. d'attention	20	56,1 (7,7)	54,3 (6,3)	18	60,4 (9,8)	59,7 (9,5)	F(1,38) = 0,143
Comp. extériorisés	20	56,9 (11,0)	53,8 (11,2)	18	58,9 (7,8)	57,5 (9,2)	F(1,38) = 0,413
Délinquance	20	60,0 (8,5)	57,7 (7,5)	18	61,1 (8,5)	60,3 (7,7)	F(1,38) = 0,468
Agressivité	20	57,4 (7,5)	55,7 (6,7)	18	56,9 (6,7)	56,7 (5,5)	F(1,38) = 0,761
DSM Troubles affectifs	20	63,6 (9,0)	60,3 (8,4)	18	62,8 (10,7)	62,6 (11,6)	F(1,38) = 2,479
DSM Troubles d'anxiété	20	56,5 (5,3)	54,8 (5,5)	18	59,4 (8,1)	58,6 (8,1)	F(1,38) = 0,463
DSM Troubles somatiques	20	59,1 (9,2)	57,4 (6,9)	18	57,8 (9,8)	58,9 (10,7)	F(1,38) = 1,349
DSM Déficit de l'attention/hyperact.	20	55,2 (5,3)	53,1 (4,3)	18	57,2 (6,2)	55,8 (6,0)	F(1,38) = 0,162
DSM Opposition	20	54,6 (5,2)	54,1 (5,5)	18	55,2 (4,7)	55,6 (4,9)	F(1,38) = 0,394
DSM Troubles de la conduite	20	57,3 (7,9)	54,7 (6,0)	18	57,2 (7,4)	55,1 (6,4)	F(1,38) = 0,066

\*  $P < 0,05$  \*\*  $P < 0,01$  \*\*\*  $P = 0,001$ 

a. Les résultats présentés sont les scores T

### **Efficacité de l'intervention de groupe : améliorations cliniques**

Certains instruments de mesure utilisés comportaient un seuil clinique permettant de distinguer les répondantes qui présentent ou non un problème clinique correspondant à la variable considérée. Le tableau 4 précise, pour les instruments où nous avons des normes cliniques, la proportion d'adolescentes qui vivaient un problème clinique au début de la thérapie et à la fin de celle-ci. Les résultats montrent que pour l'ensemble des mesures, à l'exception de la délinquance et des problèmes sociaux qui demeurent stables, la proportion d'adolescentes avec un problème clinique diminue parmi celles qui ont participé à la thérapie. La baisse est particulièrement marquée pour l'anxiété, les comportements intériorisés et la relation père-fille.

Pour le groupe de comparaison, on note d'abord une diminution de la proportion d'adolescentes présentant un problème clinique à la fin de la thérapie sur plusieurs variables; toutefois, la proportion des adolescentes présentant un problème clinique de dissociation a augmenté entre le pré-test et le post-test. De plus, aucun changement clinique n'est observé pour l'anxiété, la dépression, les troubles de comportement généraux et les troubles de comportement intériorisés.

### **Discussion**

#### **Niveau d'implantation de l'intervention de groupe**

Avant d'aborder la question des effets de l'intervention de groupe, il est important de rappeler le taux de participation observé dans le cadre de cette étude : les adolescentes ont participé à 91 % des rencontres de leur groupe. Ce résultat montre donc un niveau d'implantation du traitement particulièrement élevé et fournit un indicateur sur le fait que les adolescentes ont bel et bien reçu le traitement, ce qui n'est pas toujours démontré dans les études évaluatives auprès des enfants agressés sexuellement (Paquette et al., 2008). Non seulement le taux de participation des adolescentes permet de faire la démonstration que le traitement est bien implanté, mais il représente un indicateur intéressant concernant la capacité du traitement à répondre aux besoins des adolescentes.

#### **Effets de l'intervention de groupe**

Il est important de préciser en premier lieu que les résultats représentent les effets spécifiques d'une thérapie de groupe de neuf rencontres pour adolescentes agressées sexuellement. Toutefois, cette intervention s'inscrit dans un processus thérapeutique plus large qui cible également le parent non agresseur et l'agresseur. Ainsi, il n'est pas possible, à partir des résultats présentés, de conclure à l'efficacité du processus d'aide thérapeutique global dans lequel s'inscrit l'intervention de groupe.

Les résultats démontrent des améliorations (statistiques et cliniques) significativement plus importantes chez le groupe d'adolescentes ayant participé à l'intervention

<b>TABLEAU 4</b>				
Proportion des adolescentes du groupe expérimental et du groupe de comparaison au-dessus du seuil clinique au pré-test et au post-test				
	GROUPE EXPÉRIMENTAL		GROUPE COMPARAISON	
	T1 (%)	T2 (%)	T1 (%)	T2 (%)
<i>Symptômes de stress post-traumatique</i>				
Anxiété	33,3	4,8	26,7	26,7
Dépression	14,3	4,8	6,7	6,7
Dissociation	9,5	4,8	0,0	13,3
Stress post-traum.	14,3	0,0	26,7	13,3
Colère	4,8	0,0	0,0	0,0
Préoccup. sexuelles	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Troubles de comportement</i>				
Score total	30,0	15,0	33,3	33,3
Comp. intériorisés	40,0	25,0	33,3	33,3
Retrait social	10,0	0,0	11,1	11,1
Somatisation	15,0	0,0	11,1	5,6
Anxiété	10,0	5,0	27,8	22,2
Comp. extériorisés	25,0	15,0	27,8	16,7
Délinquance	10,0	10,0	11,1	5,6
Agressivité	10,0	5,0	5,6	0,0
Probl. sociaux	5,0	5,0	11,1	5,6
Probl. d'attention	10,0	0,0	11,1	5,6
Probl. de la pensée	10,0	0,0	11,1	5,6
<i>Relation mère-fille</i>				
	35,0	25,0	41,7	25,0
<i>Relation père-fille</i>				
	47,1	35,3	50,0	37,5

de groupe, en regard des symptômes de stress post-traumatique, du sentiment de pouvoir sur leur vie, des troubles de comportement (sauf de délinquance) et des relations parent-fille. Ces aspects sont, pour la plupart, directement abordés au cours de l'intervention de groupe et sont liés aux objectifs de celle-ci, par exemple la réduction de l'isolement social, l'amélioration du sentiment de contrôle et de pouvoir sur leur vie et la réduction de certains symptômes. D'autres études confirment les résultats obtenus quant à l'amélioration du sentiment de contrôle et de pouvoir sur la vie (Kruczek & Vitanza, 1999) ainsi que la diminution de la dépression (De Jong & Gorey, 1996). Toutefois, certains symptômes associés à l'agression sexuelle sont toujours présents après la thérapie, et certains objectifs thérapeutiques n'ont pas été atteints. Par exemple, nous n'avons pu observer d'amélioration statistiquement significative concernant les stratégies d'adaptation, le sentiment de culpabilité ou les problèmes de comportement comme les conduites autodestructrices.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette absence de résultat significatif sur certains symptômes ou objectifs thérapeutiques. Ainsi, une thérapie plus longue permettrait peut-être de travailler plus en profondeur certains aspects et, par conséquent, d'apporter des améliorations sur les différents thèmes abordés. On peut également se demander si le recrutement des adolescentes pour ce type de traitement est adapté ou non. En effet, une thérapie de groupe, qui implique surtout de la verbalisation et de l'intellectualisation des agressions, requiert que les adolescentes soient parvenues à un stade avancé dans l'élaboration du traumatisme. Par exemple, le modèle de rétablissement faisant suite à un événement traumatique d'Herman (1992) stipule qu'il est nécessaire de rétablir le sentiment de pouvoir de la victime et d'établir un environnement sécuritaire (stade 1) avant d'aborder directement le traumatisme (stade 2). Nos résultats montrent qu'un nombre important d'adolescentes de l'étude présentent des comportements autodestructeurs et un niveau de difficulté particulièrement élevé. L'absence de résultat significatif en regard des symptômes et des objectifs thérapeutiques pourrait donc être attribuable à une participation prématurée à cette forme de thérapie dans le cas de certaines adolescentes. Une troisième hypothèse est également envisagée : comme certaines adolescentes présentent un niveau de difficulté relativement bas au début de la thérapie (voir tableau 3), il est difficile de détecter des améliorations significatives à la fin de celle-ci. Ainsi, il n'est peut-être pas nécessaire d'offrir un traitement de groupe à toutes les adolescentes victimes d'agression sexuelle. Kendall-Tackett et ses collaborateurs (1993) soulignent que jusqu'à 40 % des enfants agressés sexuellement ne présentent pas de symptômes susceptibles d'être mesurés par des tests standardisés. Enfin, une dernière hypothèse suppose que certains autres facteurs non documentés dans la présente étude, reliés au processus d'aide thérapeutique, pourraient influencer l'efficacité de l'intervention. Ainsi, l'alliance thérapeutique entre les intervenants et les adolescentes, de même que les interactions entre les participantes pourraient avoir un impact positif ou négatif sur l'efficacité du groupe de thérapie. À titre d'exemple, Dishion et Andrew (1995) affirment que les contacts entre les jeunes délinquants en contexte d'intervention de groupe peuvent avoir comme effet d'augmenter la probabilité que les jeunes s'engagent dans des activités délinquantes par un effet de renforcement positif des gestes délinquants.

### **Forces et limites de l'étude**

Cette étude suggère qu'une intervention de groupe de courte durée peut s'avérer efficace pour aider à réduire certaines séquelles de l'agression sexuelle et améliorer la santé psychologique des adolescentes agressées sexuellement. L'utilisation d'un devis quasi expérimental, bien que représentant un net avantage comparativement au devis pré- et post-traitement fréquemment utilisé pour évaluer l'intervention de groupe, présente certains risques pouvant compromettre la validité interne. Comme les adolescentes des deux groupes se distinguaient pour certaines variables liées à leur état psy-

chologique lors du pré-test et certaines caractéristiques des agressions sexuelles, il est possible que les adolescentes du groupe de traitement présentent certains traits pouvant expliquer en partie ou en totalité les résultats observés dans l'étude. Une seconde limite concerne le fait que toutes les mesures utilisées dans le cadre de l'étude sont des mesures autoadministrées aux adolescentes. L'utilisation de plusieurs sources de données (parent, professeur, autre adulte significatif) pourrait éventuellement fournir un portrait plus complet et valide.

### **Recommandations**

Afin d'améliorer les effets de cette intervention de courte durée, quelques recommandations sont faites. Par exemple, une évaluation préalable permettrait d'ajuster le contenu de la thérapie en fonction des besoins réels des adolescentes agressées sexuellement et de l'intensité de leurs symptômes. Ainsi, les adolescentes présentant des symptômes peu nombreux ou de faible intensité pourraient n'avoir besoin que d'une intervention minimale. À l'inverse, les adolescentes ayant davantage de difficultés pourraient recevoir un soutien mieux adapté à leur situation, en tenant compte des thèmes qui nécessitent plus de temps et de travail, comme celui traitant des stratégies d'adaptation. Enfin, comme la qualité des relations avec les parents a été peu influencée par cette intervention de courte durée, il peut être intéressant d'organiser des rencontres avec les parents afin de les aider à comprendre ce que vivent leurs adolescentes, de leur fournir des moyens pour leur venir en aide et d'améliorer certains aspects conflictuels de leur relation.

### **Conclusion**

Notre étude confirme donc ce que plusieurs recherches ont démontré, à savoir que la thérapie de groupe peut atténuer certains symptômes associés aux agressions sexuelles (voir les recensions de Finkelhor et Berliner (1995) et de Paquette et al. (2008)). Toutefois, plusieurs défis demeurent, et les prochaines études évaluatives devraient comparer la durée des thérapies de façon à préciser les caractéristiques de l'intervention (durée, fréquence, intensité, etc.) liées à une meilleure efficacité du traitement. De plus, d'autres questions doivent être résolues pour améliorer les services thérapeutiques offerts aux adolescentes agressées sexuellement : 1) est-ce que les effets du traitement se maintiennent dans le temps ? 2) quelles sont les caractéristiques des adolescentes qui bénéficient davantage de l'intervention ? 3) et quelles sont les caractéristiques des adolescentes qui abandonnent le traitement ?

### **Descripteurs :**

Intervention de groupe // Adolescentes victimes d'abus sexuels // Intervention de groupe - Efficacité // Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels //

Abus sexuels à l'égard des adolescentes // Jeunes en difficulté // Service social des groupes

Group psychotherapy // Sexually abused teenagers // Group psychotherapy - Effectiveness // Youth - Crimes against // Problem youth // Social group work

### Notes

1. Comme 30 % des études recensées dans Paquette et al. (2008) comportent 10 rencontres ou moins, nous avons retenu ce critère pour définir ce qu'est une thérapie de courte durée.

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

### Bibliographie

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

Aoto-Sullivan, S. Y. (2000). *The efficacy of short- and long-term therapy in the treatment of childhood sexual abuse: A review of the literature*. Thèse de Doctorat. Biola University, Faculty of the Rosemead School of Psychology.

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.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual*. Odessa: Psychological Resources, Inc.

Cinq-Mars, C., & Wright, J. (1997). *Adaptation du Questionnaire sur les comportements délinquants et la consommation d'alcool et de drogue* (Document inédit). Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal.

De Jong, T. L., & Gorey, K. M. (1996). Short-term versus long-term group work with female survivors of childhood sexual abuse: A brief meta-analytic review. *Social Work with Groups*, 19 (1), 19-27.

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.

Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (11), 1408-1423.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Forbey, J. D., Ben-Porath, Y. S., & Davis, D. L. (2000). A comparison of sexually abused and non-sexually abused adolescents in a clinical treatment facility using the MMPI-A. *Child Abuse & Neglect*, 24, 557-568.
- Frappier, J. Y., et Roy, É. (1995). *La guerre au virus du SIDA, pourquoi pas ?* Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection du VIH. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.
- Friedrich, W. N. (1992). *Sexual abuse rating scale*. Document inédit. Rochester, MN: Department of Pedopsychiatry, Clinique Mayo.
- Friedrich, W. (1997). Psychotherapy with sexually abused boys. In D. A. Wolfe, R. J. McMahon, & R. D. Peters (Eds), *Child abuse, new directions in prevention and treatment across lifespan*. Banff International Behavioral Science Series. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Glaser, D. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 159, 769-782.
- Green, S. M., Russo, M. F., Navratil, J. L., & Loeber, R. (1999). Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 151-168.
- Giuli, C. A., & Hudson, W. W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice: The child point of view. *Journal of Social Service Research*, 1 (1), 77-92.
- Grilo, C. M., Sanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S., & McGlashan, T. H. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 538-543.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery. The aftermath of violence: From domestic abuse to political terror* (2e éd.). New York, NY: Basic Books.
- James, K. H. (1977). Incest: The teenager's perspective. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 14 (2), 146-155.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer-Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse & Neglect*, 23 (5), 477-485.
- Mackay, B., Gold, M., & Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescent girls who have been sexually abused. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 77-84.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (2), 204-211.
- Narring, F., & Rummel Walker, R.-M. (2002). 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.

- Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2008). L'efficacité des thérapies de groupes pour les adolescentes agressées sexuellement : Recension des écrits. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29 (3), 85-99.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year researches update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Radd Baker, C. (1985). A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females. *Dissertation Abstracts International*, 47 (10-B), 4319-4320.
- Rogers, S. E., Chamberlin, J., Langer Ellison, M., & Crean, T. (1997). A consumer- constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48 (8), 1042-1047.
- Rolland Ashby, M., Gilchrist, L. D., & Miramontez, A. (1988). A group treatment for sexually abused american indian adolescents. *Social Work with Groups*, 10 (4), 21-32.
- Sadowsky, C. M. (1995). *Self-Injurious Behaviors Questionnaire*. Document inédit. Rochester, MN: Department of Pedopsychiatrie, Mayo Clinic.
- Silverman, A. B., Reinters, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 709-723.
- Silvosky, J. F., & Hambree-Kigin, T. L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children: A review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (3), 1-20.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance et l'adolescence*. Document inédit. Département de psychologie, Université de Montréal.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : Une recension des écrits. *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 26 (1), 39-69.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., & Wright, J. (2005). *Portrait québécois des signalements pour abus sexuels faits à la Direction de la protection de la jeunesse*. Rapport de recherche. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J., & Larrivée, M.-C. (2003). *Quebec incidence study of reported child abuse, neglect, abandonment and serious behaviour problems (QIS)*. Montréal: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.