

LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ET LE RÉTABLISSMENT DES ADOLESCENTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE EN TRAITEMENT POUR LEUR PROBLÈME DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES¹

Magali Dufour, Karine Bertrand, Natacha Brunelle et Isabelle Beaudoin

La victimisation sexuelle est considérée comme un des facteurs de risque au développement de problèmes de consommation de substances. Jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées aux liens pouvant exister entre la victimisation sexuelle et le rétablissement des adolescents en centre de traitement pour problème de consommation. Cette étude, réalisée auprès de 180 adolescents en centre de traitement, a pour objectif de décrire le profil clinique des adolescents victimes d'agression sexuelle dans l'enfance lors de leur admission en traitement, d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique de ces victimes et de mesurer leurs progrès thérapeutiques trois et six mois après leur admission en traitement. Les résultats de cette étude permettent de constater que 43,5 % des jeunes filles et 7,3 % des garçons ont été agressés sexuellement dans leur vie. Lors de l'admission en traitement, les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, présentent des problèmes de drogue plus sévères du point de vue clinique de leur intervenant comparativement aux non-victimes. Les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance présentent aussi plus d'affects dépressifs, de comportements suicidaires, de préoccupations au niveau de leur poids, de comportements d'automutilation et de problèmes de confiance en soi. Toutefois, malgré cette détresse plus importante, il n'existe aucune différence entre les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance et les non-victimes dans leur capacité à créer une alliance thérapeutique. Enfin, tous les adolescents ont bénéficié du traitement en ce qui a trait aux problèmes de drogue : une diminution de la gravité de leurs problèmes est soutenue pendant les six mois de suivi. Toutefois, le devis de cette étude limite la généralisation de ces résultats à long terme.

Mots-clés : adolescents, problème de consommation, agression sexuelle, rétablissement, alliance thérapeutique.

1. Pour citer ce chapitre : Dufour, M., Bertrand, K., Brunelle, N., & Beaudoin, I. (2011). La relation thérapeutique et le rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle en traitement pour leur problème de consommation de substances psychotropes. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis* (pp. 116-137). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

Problématique

La violence sexuelle vécue pendant l'enfance, de par sa prévalence et ses conséquences, est une des problématiques inquiétantes de notre société. Au Québec, les données d'une enquête populationnelle récente réalisée auprès des adultes indiquent que la prévalence des agressions sexuelles vécues durant l'enfance (0 à 17 ans) serait de 18,2 % chez les femmes et de 9,5 % chez les hommes (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006). En outre, plus du tiers (36 %) des personnes ayant participé à cette enquête rapportent avoir vécu au moins une forme ou l'autre de violence (physique, psychologique ou sexuelle) durant son enfance.

La victimisation sexuelle est considérée comme un des facteurs de risque au développement de problèmes de santé mentale et à de multiples conséquences à court et long terme (Beitchman et al., 1992; Grella, Stein, & Greenwell, 2005; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Kendler et al., 2000; Nelson et al., 2002; Molnar, Buka, & Kessler, 2001). De fait, les agressions sexuelles pendant l'enfance sont souvent associées au développement de problèmes de dépression, d'anxiété et de troubles de stress post-traumatique, et ce, tant chez les adolescents que chez les adultes (Kendler et al., 2000; Langeland, Drajer, & van den Brick, 2004; Molnar et al., 2001). De même, les problèmes de consommation de substances sont souvent observés chez ces victimes, tant dans la population générale qu'en centre de traitement (Chen, Tyler, Whitbeck, & Hoyt, 2004; Duncan et al., 2008; Glover, Janikowski, & Benshoff, 1996; Jarvis, Copeland, & Walton, 1998; Kilpatrick et al., 2000; Langeland & Hartgers, 1998; Miller & Downs, 1995; Molnar et al., 2001; Nelson et al., 2002; Pedersen & Skrondal, 1996; Vadiparti et al., 2006; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris., 1997). Le fait d'avoir vécu une agression sexuelle augmente entre 1,5 et trois fois la probabilité de développer un problème de dépendance à l'alcool (Kilpatrick et al., 2000; Molnar et al., 2001; Nelson et al., 2002). De plus, le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle au cours de l'enfance est un prédicteur significatif d'un problème d'abus ou de dépendance au cannabis, et ce, même en tenant compte de la violence physique, des variables génétiques et environnementales, du genre, de la dépendance ou de l'abus à l'alcool et des troubles de conduite (Duncan et al., 2008).

Les victimes d'agression sexuelle et la consommation

À l'instar de la victimisation sexuelle, les conduites addictives représentent aussi un problème de santé publique très inquiétant. L'usage abusif de substances psychoactives à l'adolescence est un phénomène particulièrement préoccupant compte tenu des enjeux développementaux neurobiologiques et sociaux associés à cette période (Patton & Viner, 2007). Chez les adolescents, des enquêtes épidémiologiques québécoises (Guyon & Desjardins, 2005), canadiennes (Canadian Centre on Substance Abuse, 1996) et américaines (Johnstone, O'Malley, & Bachman, 2003) indiquent que la prévalence des problèmes d'alcool et d'autres drogues était en hausse depuis le début des années 1990. Malgré une certaine stabilisation observée depuis le début des

années 2000, le portrait demeure préoccupant. Au Québec, 7 % des jeunes au secondaire démontrent des signes d'utilisation problématique (ou à risque) de substances psychoactives, tandis que 6,5 % nécessitent un traitement (Dubé & Fournier, 2007). Les études américaines signalent des prévalences similaires, puisqu'environ 5 % des adolescents présentent une problématique de consommation de drogues illicites suffisamment sérieuse pour mener à un diagnostic d'abus de substances (Sussman, Skara, & Ames, 2008).

Bien que relativement peu d'études se soient intéressées à la double problématique agression-consommation chez les adolescents en traitement, les résultats disponibles soulignent la prévalence élevée des problèmes de victimisation chez ces jeunes (Cavaola & Schiff, 2000; Grella & Joshi, 2003; Hawke, Jainchill, & De Leon, 2000). Par exemple, dans le projet DATOS réalisé dans 23 centres de traitement des États-Unis, 59 % des adolescentes et 39 % des adolescents avaient un historique de violence physique et/ou sexuelle survenu avant leur admission pour le traitement de la toxicomanie (Grella & Joshi, 2003). Les études rétrospectives réalisées auprès des adultes en traitement pour un problème de consommation rapportent des prévalences semblables d'agression sexuelle durant l'enfance (Burgdof, Chen, Walker, Porowski & Herrell, 2004; Miller, Down, & Testa, 1993; Pirard, Sharon, Kang, Angarita, & Gastfrient, 2005). En fait, entre 45 et 75 % des femmes et près du quart des hommes ont été victimes d'agression sexuelle durant leur enfance (Pirard et al., 2005). Bref, les prévalences d'agression sexuelle observées en centre de traitement pour problème de dépendance s'avèrent au moins systématiquement le double que celles rencontrées dans la population générale.

Les liens entre l'agression sexuelle lors de l'enfance et la consommation de substances

L'association entre l'histoire d'agression sexuelle et les problèmes de consommation est relativement peu comprise par les chercheurs (Sartor et al., 2007; Jarvis et al., 1998; Wilsnack et al., 1997). De fait, l'étiologie d'un problème de consommation est fort complexe, notamment en raison des nombreux facteurs pouvant être impliqués, tant au niveau de l'individu, du contexte que de la substance (Spooner, 1999). Par ailleurs, certains facteurs de risque semblent avoir de l'influence uniquement à une période spécifique du développement d'un problème (Sartor et al., 2007). Par exemple, les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance s'initient de façon plus précoce à la consommation que les non-victimes (Hawke et al., 2000; Sartor et al., 2007). En outre, selon une étude auprès d'un échantillon de filles jumelles, la victimisation sexuelle influencerait davantage l'initiation à la consommation que le développement du problème de dépendance (Sartor et al., 2007). Or, certains auteurs concluent à partir d'une recension des écrits que l'initiation précoce est particulièrement inquiétante, puisqu'elle est souvent liée à des problèmes plus sérieux, notamment en ce qui a trait

à la dépendance, aux symptômes de sevrage, aux problèmes légaux et comportementaux (Dennis, Babor, Roebuck, & Donaldson, 2002). Bref, une multitude de facteurs de risque, dont fait partie la victimisation sexuelle, peuvent contribuer au développement d'une problématique de consommation.

Selon Cavailo et Schiff (1989), la consommation d'alcool et de drogues serait « la première stratégie de protection pour affronter le trauma de l'agression ». En permettant à la victime de « gérer » sa colère, sa tristesse, sa honte et sa culpabilité, la consommation d'alcool et de drogues s'avèrerait une façon efficace de s'« automédicamentiser » (Chen et al., 2004; Cole & Putnam, 1992; Harrison, Felkerson, & Beebe, 1997; Harrison, Hoffman, & Edwall, 1989; Herman, 1992). En fait, la consommation d'alcool ou de substances psychoactives (SPA) deviendrait un mécanisme d'adaptation ou de « coping » qui aurait pour fonctions d'atténuer la détresse, de régulariser l'excitation physiologique et de contrôler les conséquences émotives et interpersonnelles de l'agression (Harrison et al., 1989; Miller & Downs, 1995; Rohsenow, Corbett, & Devine, 1988). D'ailleurs, les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, dans leurs récits, mentionnent fréquemment avoir consommé afin de combattre leurs sentiments de stigmatisation et d'impuissance (Jarvis et al., 1998). De même, les résultats de Hurley (1990) auprès de victimes d'inceste soulignent que la consommation d'alcool est perçue comme un moyen efficace permettant de réprimer ou d'altérer les émotions négatives, de faciliter les rencontres sociales, d'augmenter l'estime de soi et de surmonter les difficultés sexuelles. À l'inverse, les survivantes non-alcooliques perçoivent l'alcool comme une menace à leur capacité d'être en contrôle. Bref, l'utilisation de l'alcool permettrait non seulement d'atténuer la souffrance liée à l'agression, mais aussi d'échapper aux problèmes familiaux (Harrison et al., 1989).

D'autres théories ont aussi été proposées pour expliquer cette association. Par exemple, les substances psychoactives pourraient aider les victimes à satisfaire quelques-uns de leurs besoins interpersonnels. En effet, les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance ont souvent de la difficulté à vivre une relation intime et à faire confiance aux autres. Or, l'utilisation de substances, par leur fonction de désinhibition, serait un moyen efficace, selon les victimes, de vaincre ces barrières et de créer de nouvelles amitiés (Singer, Song, & Ochberg, 1994). Par ailleurs, puisque les victimes vivent un fort sentiment de stigmatisation (Dufour & Nadeau, 2000), il est possible qu'elles soient attirées vers d'autres groupes de pairs différents, dont ceux rencontrés au sein de la sous-culture de la drogue. L'alcool et les drogues favoriseraient ainsi l'identification à des pairs déviants, dont la consommation de substances, souvent fréquente et abusive, régule les rapports sociaux au sein du groupe d'amis (Chen et al., 2004; Miller & Downs, 1995).

Enfin, une dernière hypothèse suggère que le lien entre l'alcool et les agressions sexuelles durant l'enfance s'expliquerait par le fait que la consommation d'alcool permettrait d'anesthésier la souffrance psychologique (Miller & Downs, 1995). Ce mécanisme, appelé *dissociation induite chimiquement* (Briere & Runtz, 1993), faciliterait le

contrôle des symptômes intrusifs liés à l'agression, tels les cauchemars et l'insomnie. De plus, cette dissociation induite par les substances psychoactives (SPA) favoriserait l'inhibition psychologique des souvenirs de l'agression, permettant de garder ceux-ci hors de l'expérience consciente et prévenant ainsi leur intégration dans le champ de conscience nécessaire à la guérison (Herman, 1992). Cette dissociation induite par les drogues serait probablement renforcée, chez les adolescentes, par le fait qu'elle permet d'éviter l'anxiété et la dysphorie (Briere & Conte, 1994). Enfin, cette dissociation permettrait à certaines victimes de survivre aux agressions sexuelles prévalant encore dans leur famille (Roesler & Dafler, 1993). Bref, quelle que soit la fonction de l'alcool et des drogues, les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance semblent très vulnérables aux nombreux effets de ces substances.

L'impact d'une agression sexuelle durant l'enfance sur le rétablissement des victimes

Jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées aux liens entre la victimisation sexuelle et le rétablissement des personnes en centre de traitement pour des problèmes de consommation (Burgdorf et al., 2004; Grella & Joshi, 2003; Pirard et al., 2005). De même, très peu d'études se sont attardées à décrire les différences entre les victimes et les non-victimes adolescentes lors de leur admission en traitement de la toxicomanie. Pourtant, une meilleure compréhension de la souffrance des victimes en lien avec leur consommation de substances permettrait de dégager des pistes en vue d'adapter les traitements à leurs besoins particuliers.

Chez les adultes en traitement, le portrait clinique à l'admission est plus sévère pour les personnes ayant été victimisées. La gravité des problèmes est présente non seulement sur le plan de la consommation, mais aussi dans les sphères de la santé mentale, de l'emploi, de la famille et du fonctionnement général (Burgdorf et al., 2004; Pirard et al., 2005). Toutefois, tant les victimes que les non-victimes semblent bénéficier de façon égale du traitement en ce qui a trait à la problématique de consommation d'alcool et de drogues (Burgdorf et al., 2004; Pirard et al., 2005).

Les rares études auprès des adolescents en centre de traitement de la toxicomanie soulignent aussi une importante détresse chez les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, ainsi que de multiples problématiques associées (Grella & Joshi, 2003; Hawke et al., 2000). Ainsi, Grella et Joshi (2003) rapportent que chez les victimes d'agressions (physiques ou sexuelles), on observe une prévalence plus élevée de dépression, de troubles de la conduite et du trouble d'hyperactivité. De plus, les adolescents et adolescentes agressés présentent des problèmes plus sévères de dépendance à l'alcool et au cannabis, ainsi qu'une fréquence de consommation de cocaïne, d'amphétamine et d'hallucinogène plus importante. Malgré des problèmes de dépendance plus graves lors de l'admission en traitement, les victimes d'agressions ne diffèrent pas des non-victimes quant à la proportion de personnes abstinentes un mois après le début du traitement (Grella & Joshi, 2003). L'étude de Hawke et de ses collabora-

teurs (2000) fait état de résultats similaires. Les adolescents qui ont vécu une agression sexuelle pendant l'enfance présentent, à leur admission en traitement, des problèmes de drogues et de psychopathologie plus sévères.

Toutefois, certains auteurs craignent que les succès en traitement ne se maintiennent pas à long terme, particulièrement lorsque les expériences d'agression n'ont pas été abordées lors de la thérapie (Janikowski & Glover, 1994). Dans le même sens, une étude récente observe que les adolescents en traitement de la toxicomanie ayant été exposés à un traumatisme tendent à abandonner précocement leur traitement (Jaycox, Ebener, Damesek, & Becker, 2004). Dans sa recension sur les enjeux en traitement des survivants de traumatisme, Stewart (1994) souligne la propension des adolescents à abandonner le traitement par crainte de revivre le traumatisme, mais aussi en raison des difficultés à faire confiance à un adulte et à créer une alliance thérapeutique. En effet, la persistance en traitement et l'alliance thérapeutique constituent des variables non spécifiques au traitement qui semblent déterminantes dans le processus thérapeutique. Ainsi, dans l'étude de DATOS (Hser et al., 2001), le traitement est davantage efficace chez les adolescents qui demeurent plus longtemps en traitement. Cependant, près des trois quarts demeurent moins de trois mois en traitement (Hser et al., 2001). Par ailleurs, l'alliance thérapeutique constitue la variable qui explique le plus grand pourcentage de variance du changement thérapeutique chez les adultes dans des domaines d'intervention variés (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). On connaît toutefois peu l'influence de cette variable chez les adolescents en traitement pour leur toxicomanie. Une étude auprès d'adolescents en traitement pour abus de cannabis montre que l'alliance thérapeutique telle qu'évaluée par l'adolescent prédit la diminution de consommation de cannabis à trois et six mois (Diamond et al., 2006). Dans l'étude de DATOS, une relation positive avec l'intervenant s'avère déterminante pour les jeunes en traitement pour abus de substances ayant été agressés sexuellement ou physiquement (Grella & Joshi, 2003). En effet, bien qu'un historique de maltraitance entraîne de moins bons résultats thérapeutiques, les jeunes ayant développé une bonne relation avec leur intervenant réussissent aussi bien que les jeunes n'ayant pas été agressés (Grella & Joshi, 2003).

Malheureusement, d'autres études s'intéressant au suivi post-traitement sont nécessaires afin de mieux comprendre le portrait clinique des victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, ainsi que leur rétablissement.

Cette étude a donc trois objectifs :

1. Décrire le profil clinique d'adolescents victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance lors de leur admission en traitement et le comparer au profil des autres adolescents en traitement n'ayant pas été victimes d'agression sexuelle au cours de l'enfance;
2. Évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique des victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance et la comparer à celle des adolescents n'ayant pas été victimes;

3. Mesurer les progrès thérapeutiques des victimes d'agression sexuelle durant l'enfance trois et six mois après leur admission en traitement comparativement au progrès des autres jeunes non victimes.

Devis de l'étude

Cette étude fait partie d'une plus large recherche réalisée auprès d'adolescents ayant un problème de consommation et suivant une thérapie dans un centre de traitement interne ou externe (Bertrand, Ménard, Richer, Lemieux, & Ledoux, 2009). Cette plus large étude évaluative, qui repose sur un devis mixte, comporte des données longitudinales et a été menée en milieu naturel. Les données ont été recueillies lors de trois temps de mesure différents : l'admission en traitement dans un centre de réadaptation (T0) ainsi que les suivis de trois et six mois après l'admission (T1 et T2). Ce type de devis permet de documenter la contribution de plusieurs variables sur l'évolution des adolescents en traitement de la toxicomanie. De plus, le choix de mener une étude en milieu naturel, en collaboration avec les milieux de pratique, a l'avantage d'augmenter la validité externe des résultats de cette recherche (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff & Mamodhousen, 2007). Tous les adolescents de l'étude et un de leurs parents ont signé un formulaire de consentement afin d'y participer. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) et par le Comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), accrédités par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour les projets impliquant des mineurs.

Échantillon

L'échantillon principal est constitué de 180 participants âgés entre 14 et 18 ans, dont 90 proviennent d'un centre de traitement externe et 90 proviennent d'un centre de traitement résidentiel. L'âge moyen des participants est de 15,6 ans ($ÉT = 1,1$) lors de leur admission en traitement. Les adolescents représentent environ 61,1 % de l'échantillon, et les adolescentes environ 38,9 %. Ces proportions sont les mêmes pour les deux centres de traitement.

Lors des deuxième et troisième temps de mesure, certains participants ont refusé d'être contactés à nouveau; ainsi, 135 jeunes ont participé au suivi de trois mois et 113 ont participé au suivi de six mois. Une attention particulière a été accordée à l'attrition dans le cadre de cette étude. Des analyses comparatives ont été effectuées pour chacun des centres afin d'identifier d'éventuelles différences entre les jeunes qui ont quitté l'étude au T1 ou au T2 et les jeunes qui y sont restés en ce qui concerne l'ensemble des variables sociodémographiques et la consommation initiale de drogues. Les analyses comparatives n'ont démontré aucune différence chez les jeunes des deux centres quant aux variables sociodémographiques et à leur consommation initiale de drogues.

Instruments et mesures

L'*indice de Gravité d'une Toxicomanie pour les Adolescents* (IGT-ADO) (Landry, Guyon, Bergeron, & Provost, 2002) a été rempli par un intervenant lors de l'admission en traitement, et un agent de recherche a complété la version abrégée lors des deux suivis. L'IGT-ADO est un instrument adapté du *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan, Luborsky, O'Brien, & Woody, 1980) et validé auprès d'adolescents québécois s'exprimant en français par Landry et ses collègues (2002). Il évalue 10 sphères de la vie des adolescents : la consommation d'alcool et de drogues, la santé physique, les occupations (école, travail et loisir), l'état psychologique, les relations interpersonnelles, les relations familiales et le système social et judiciaire. Cet instrument permet de mesurer la gravité des problèmes présentés dans chacune des sphères par l'entremise d'un score composé standardisé (variant de 0 à 1), ainsi que les besoins de traitement.

Les variables d'agression sexuelle, physique et verbale ont été mesurées à partir des trois questions intégrées dans la section *État psychologique* de l'IGT-ADO. Ces questions ont été posées lors de l'admission en traitement et portent sur les différentes expériences de victimisation dans les 30 derniers jours et dans la vie.

L'alliance thérapeutique a été évaluée peu après l'admission en traitement, après la deuxième rencontre avec l'intervenant principal, à l'aide du *California Psychotherapy Alliance Scales patient-version* (CALPAS) (Gaston, 1991), traduit en français par l'équipe du RISQ (Nadeau, Landry, & Cournoyer, 2001). L'alliance thérapeutique est représentée par cinq échelles pour lesquelles des scores sont attribués à la fois aux adolescents et aux intervenants : 1) la capacité de faire le travail thérapeutique; 2) l'engagement du patient; 3) le consensus au niveau du travail thérapeutique; 4) la compréhension du thérapeute; et 5) le score global. Les scores de ces échelles varient de 1 à 7.

Analyses

Afin de répondre aux trois questions de recherche de l'étude, des analyses descriptives et des analyses de comparaison ont été effectuées. Dépendamment de la nature des variables, des tests de comparaison de moyennes (test-t), des tableaux croisés (chi-carré et Fisher) et des ANOVA à mesures répétées seront présentées. Toutes les analyses sont effectuées avec le logiciel PASW Statistics 18 (de SPSS). Les indicateurs de force de chacune des analyses ont été insérés dans les tableaux (*phi* pour les analyses de chi-carré, *t* pour les analyses de comparaison de moyennes et *F* pour les ANOVA). Il est à noter que 102 participants ont participé aux trois temps de mesure de l'étude et que les ANOVA présentés ici sont effectués sur ces 102 participants uniquement.

Résultats

Les expériences de victimisation

Parmi l'ensemble des participants, 21,2 % ont été victimes d'agression sexuelle, 36,2 % d'agression physique et 59,8 % d'agression verbale dans leur vie (voir Tableau 1). Les adolescentes ont été agressées sexuellement et verbalement en plus grande proportion que les garçons dans leur vie (respectivement 43,5 % et 7,3 % pour l'agression sexuelle, et 72,5 % et 51,8 % pour l'agression verbale). Au cours des 30 derniers jours, elles ont été significativement plus nombreuses à être victimes d'une agression verbale (39,1 % contre 12,7 %). Elles étaient aussi plus nombreuses que les garçons à avoir été victimes d'agression physique récemment (30 derniers jours) et dans leur vie, et ce, de façon marginalement significative.

TABLEAU 1
Expérience de victimisation récente (30 derniers jours) et dans la vie, selon le genre

TYPE D'AGRESSION	TOUS % (n=180)	FILLES % (n=90)	GARÇONS % (n=90)	VALEUR p (filles vs garçons)
Agression sexuelle				
À vie	21,2	43,5	7,3	≤0,001
30 jours	0,6	1,4	0	n.s.
Agression physique				
À vie	36,2	44,9	30,6	0,052
30 jours	2,8	5,7	0,9	0,079 ^a
Agression verbale				
À vie	59,8	72,5	51,8	0,006
30 jours	22,9	39,1	12,7	≤0,001

^a Test exact de Fisher

Le portrait clinique lors de l'admission en traitement

Les problèmes de consommation d'alcool et de drogues

Sur le plan des problèmes d'alcool, les participants qui ont été agressés sexuellement sont semblables à ceux qui n'ont pas été agressés, tant au plan de la gravité (score composé à l'IGT-ADO) que du nombre de jours de consommation ou du besoin d'aide estimé par l'adolescent ou l'intervenant (voir Tableau 2).

En ce qui a trait à leur consommation de drogues lors de l'admission en traitement, les participants qui ont été agressés sexuellement présentent un portrait semblable aux non-victimes, tant sur le plan du nombre de jours de consommation de chacune des huit sortes de drogues qu'au niveau de la gravité de la consommation mesurée par le score de l'IGT-ADO (voir Tableau 2). Toutefois, l'estimation de la gravité de la consommation de drogues par l'intervenant est significativement plus élevée pour le groupe qui a été agressé sexuellement que pour l'autre groupe ($t = -3,478$, $p \leq 0,001$). De même, les adolescents victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance ont estimé avoir davantage besoin d'aide quant à leur consommation de drogues que ceux qui

n'ont pas été victimisés de la sorte ($t = -1,866$, $p = 0,064$), mais cette différence est marginalement significative.

TABLEAU 2

Comparaison des portraits de consommation d'alcool et de drogues lors de l'admission en traitement chez les victimes et non-victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	MOYENNES DES NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	MOYENNES DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	t	P
Alcool				
Gravité de la consommation	0,10	0,14	-1,045	n.s.
Nombre de jours de consommation	2,69	2,90	-0,286	n.s.
Besoin d'aide selon le jeune	0,63	0,87	-1,162	n.s.
Estimation de la gravité de la consommation par l'intervenant	1,19	1,34	-0,780	n.s.
Drogue				
Gravité de la consommation	0,21	0,22	-0,929	n.s.
Nombre de jours de consommation :				
Cannabis	14,90	12,56	1,088	n.s.
Hallucinogène	1,21	2,82	-1,464	n.s.
Héroïne	0,00	0,05	-1,433	n.s.
Barbiturique	0,04	0,00	0,621	n.s.
Benzodiazépine	0,55	0,85	-0,468	n.s.
Cocaïne	0,55	1,46	-1,078	n.s.
Méthamphétamine/speeds	3,33	3,95	-0,567	n.s.
Inhalant/solvant/volatil	0,13	0,08	0,243	n.s.
Besoin d'aide selon le jeune	2,84	3,21	-1,866	0,064
Estimation de la gravité de la consommation par l'intervenant	2,73	3,05	-3,478	0,001
Nombre total de jours de consommation, toutes substances confondues	23,56	24,67	-0,248	n.s.

La santé mentale

Des tests de chi-carré ont d'abord été effectués sur les variables dichotomiques concernant les problèmes de santé mentale que les participants ont pu avoir dans leur vie et dans les 30 jours qui ont précédé l'admission en traitement (voir Tableau 3). Dans leur vie, les participants qui ont été victimes d'agression sexuelle ont présenté dans une plus grande proportion les symptômes suivants : affects dépressifs ($\phi=0,269$), faible confiance en soi ($\phi = 0,212$), préoccupation quant au poids ($\phi = 0,237$), pensées suicidaires ($\phi = 0,231$), tentatives de suicide ($\phi = 0,247$) et automutilation ($\phi = 0,254$). De façon marginalement significative, ces participants étaient aussi plus nombreux dans leur vie à rapporter un manque de concentration ($\phi=0,136$).

Au cours des 30 jours qui ont précédé l'admission en traitement, les participants qui ont été victimes d'agression sexuelle ont été significativement plus nombreux que ceux qui n'ont pas été agressés sexuellement à être préoccupés par leur poids ($\phi=0,276$). De façon marginalement significative, ils ont été plus nombreux à avoir des affects dépressifs ($\phi = 0,126$) et à être méfiants ($\phi = 0,125$).

TABLEAU 3

Comparaison des victimes et des non-victimes d'agression sexuelle durant l'enfance quant aux indicateurs de problèmes psychologiques au cours de la vie et à l'admission en traitement.

PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE	PÉRIODES	% NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	% VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	Phi	p
Dépression	À vie	48,2	81,1	0,269	0,000
	30 jours	38,8	53,8	0,126	0,094
Anxiété	À vie	32,6	36,8	0,037	n.s.
	30 jours	32,1	42,1	0,086	n.s.
Manque de concentration	À vie	30,5	46,2	0,136	0,067
	30 jours	40,4	43,6	0,026	n.s.
Hallucinations	À vie	13,7	12,8	0,010	n.s.
	30 jours	8,5	5,1	0,052	n.s.
Préoccupé par son poids	À vie	24,8	51,3	0,237	0,001
	30 jours	14,2	41,0	0,276	0,001
Méfiance	À vie	24,1	28,2	0,039	n.s.
	30 jours	16,3	28,2	0,125	0,093
Pensées suicidaires	À vie	34,0	61,5	0,231	0,002
	30 jours	12,1	15,4	0,041	n.s.
Tentatives de suicide	À vie	20,0	46,2	0,247	0,001
	30 jours	2,9	0,0	-0,079	n.s.
Automutilation	À vie	28,4	57,9	0,254	0,001
	30 jours	7,1	5,3	-0,030	n.s.
Manque de confiance	À vie	36,2	61,5	0,212	0,004
	30 jours	29,8	41,0	0,099	n.s.
Médication pour problème psychologique	À vie	22,0	20,5	-0,015	n.s.
	30 jours	10,6	5,1	-0,078	n.s.
PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE		MOYENNES NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	MOYENNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	t	P
Nb consultations dans un hôpital pour problèmes psy.		0,41	1,06	-1,245	n.s.
Nb jours problèmes psy. dans les 30 derniers jours		10,43	12,28	-0,947	n.s.
Gravité problèmes psy. dans les 30 derniers jours		0,26	0,32	-1,807	0,072
Préoccupation de l'adolescent quant à ces problèmes psy.		1,92	2,39	-1,776	0,077
Besoin d'aide pour ses difficultés psy.		1,44	2,32	-3,044	0,003
Estimation de la gravité des problèmes psy. selon l'intervenant		2,09	2,61	-2,840	0,005

Des tests de comparaison de moyennes (test-t) ont été réalisés sur les variables continues concernant les problèmes de santé mentale. Les victimes d'agression sexuelle et leur intervenant estiment qu'ils ont un plus grand besoin d'aide pour leurs problèmes psychologiques que les non-victimes (respectivement, $t = -3,044$; $t = -2,840$). De façon marginalement significative, la gravité des problèmes psychologiques et la préoccupation des adolescents quant à leurs problèmes psychologiques est plus élevée chez ceux qui ont été agressés sexuellement que chez ceux qui ne l'ont pas été (respectivement, $t = 1,807$; $t = 1,776$).

La gravité des problèmes dans sept sphères de leur vie

Lors de l'admission en traitement, la gravité des problèmes de santé physique, des problèmes de relations interpersonnelles ou familiales, ainsi que des problèmes socio-judiciaires, scolaires, au travail et dans les loisirs est similaire pour les victimes d'agression sexuelle et ceux qui ne l'ont pas été (voir Tableau 4).

TABLEAU 4

Comparaison de la gravité des problèmes dans sept sphères de la vie lors de l'admission en traitement

GRAVITÉ DES PROBLÈMES...	MOYENNES NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	MOYENNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	t	P
De santé physique	0,21	0,21	-0,103	n.s.
Interpersonnels	0,20	0,22	-0,485	n.s.
Familiaux	0,34	0,29	0,884	n.s.
Socio-judiciaires	0,20	0,17	0,862	n.s.
Scolaires	0,30	0,27	0,550	n.s.
Au travail	0,05	0,09	-1,536	n.s.
Dans les loisirs	0,18	0,24	-1,086	n.s.

Le portrait clinique après trois et six mois

Afin de comparer les progrès thérapeutiques des victimes d'agression sexuelle trois et six mois après leur admission en traitement aux progrès des autres jeunes qui n'ont pas été agressés sexuellement, des analyses de variance à mesures répétées (ANOVA) ont été effectuées (voir Tableau 5). Le premier facteur considéré représente les deux groupes (avoir ou non été agressé sexuellement). Le deuxième facteur, qui est répété, représente les trois temps de mesure (admission en traitement et suivis de trois et six mois).

Le tableau 5 montre que les termes d'interactions sont tous non significatifs. Le facteur groupe n'est pas non plus significatif, ce qui signifie que les participants qui ont été agressés sexuellement ne sont pas différents de ceux qui n'ont pas été agressés quant à la gravité de leurs problèmes d'alcool, de drogues et psychologiques et quant au nombre de jours qu'ils consomment, et ce, peu importe le temps de mesure.

TABLEAU 5

Résultats des analyses de variance à mesures répétées quant aux progrès thérapeutiques des victimes et des non-victimes d'agression sexuelle trois et six mois après leur admission en traitement

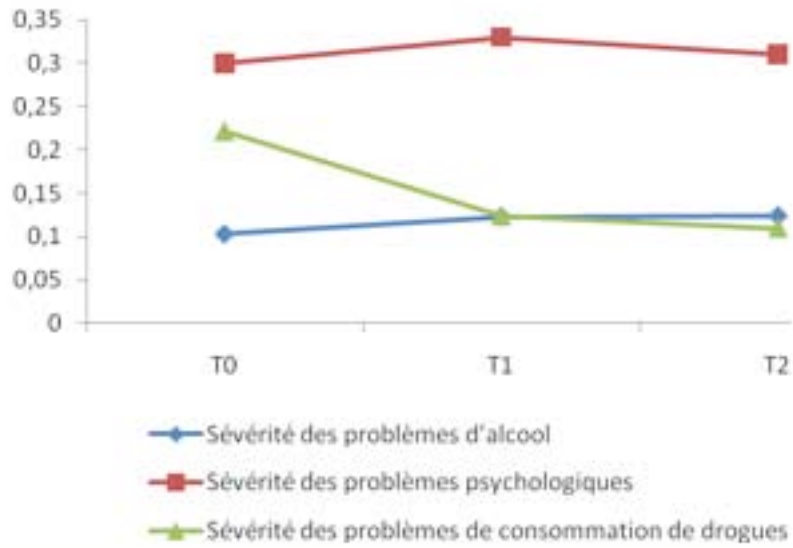
	GRAVITÉ DES PROBLÈMES DE CONSOMMATION D'ALCOOL			GRAVITÉ DES PROBLÈMES DE CONSOMMATION DE DROGUES			NOMBRE DE JOURS DE CONSOMMATION			GRAVITÉ DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES		
	F	dl	p	F	dl	p	F	dl	p	F	dl	p
Groupe (non-victimes/victimes)	0,01	1	n.s.	0,011	1	n.s.	0,041	1	n.s.	1,32	1	n.s.
Temps	0,59	2	n.s.	41,78	2	≤0,001	20,72	1,61 ^a	≤0,001	3,461	2	0,033
Groupe* Temps	0,00	1,99 ^a	n.s.	0,26	2	n.s.	0,174	1,61 ^a	n.s.	2,27	2	n.s.

^aSelon le test de Mauchly's, cette variable ne respecte pas le test de sphéricité de la variance. On a donc utilisé la correction de Huynh-Feldt.

Toutefois, indépendamment du groupe, les résultats démontrent une amélioration significative quant à la gravité des problèmes de drogue ($p \leq 0.001$) et quant au nombre de jours de consommation ($p \leq 0.001$). De façon plus spécifique, le graphique 1 démontre que la gravité de la consommation de drogues diminue significativement entre l'admission en traitement (T0) et le suivi de trois mois ($p \leq 0,001$). Entre les suivis de trois et six mois, on observe un maintien des gains, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de changement significatif. De façon similaire, le nombre de jours de consommation par mois diminue significativement entre l'admission en traitement et le suivi de trois mois ($p \leq 0.001$), mais demeure stable par la suite ($p = 0,389$) (graphique 2). La gravité des problèmes psychologiques varie aussi de façon significative, indépendamment du groupe (graphique 1). C'est toutefois une augmentation significative de la gravité de ces problèmes qui survient entre l'admission en traitement et le suivi de trois mois ($p \leq 0.05$), suivie d'une certaine stabilité ($p = 0,481$). La gravité des problèmes de consommation d'alcool demeure quant à elle stable tout au long du suivi (entre l'admission en traitement et le suivi de trois mois : $p = 1,000$; entre les suivis de trois et six mois : $p = 1,000$) (graphique 1).

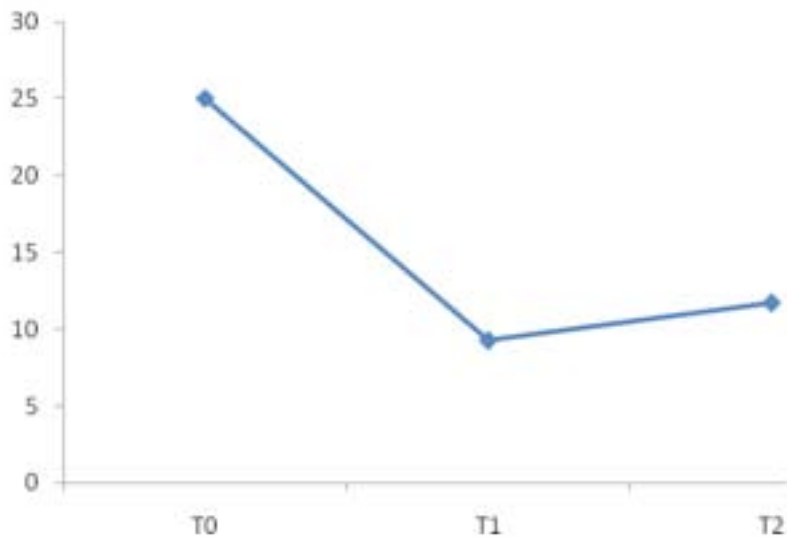
GRAPHIQUE 1

Gravité moyenne des problèmes de consommation d'alcool et de drogues et des problèmes psychologiques aux trois temps de mesure pour tout l'échantillon



GRAPHIQUE 2

Nombre moyen de jours de consommation aux trois temps de mesure pour tout l'échantillon



L'alliance thérapeutique

Il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont été agressés sexuellement et ceux qui ne l'ont pas été quant à l'alliance qu'ils ont pu développer avec leur thérapeute (voir Tableau 6). Par ailleurs, tous les adolescents perçoivent une meilleure alliance thérapeutique que leurs intervenants, et ce, pour toutes les échelles.

TABLEAU 6

Comparaisons entre les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance et les non-victimes quant à l'alliance thérapeutique, selon la vision de l'adolescent et du thérapeute

	VISION DE L'ADOLESCENT				VISION DU THÉRAPEUTE			
	Moyennes non-victimes d'agression sexuelle	Moyennes victimes d'agression sexuelle	t	p	Moyennes non-victimes d'agression sexuelle	Moyennes victimes d'agression sexuelle	t	p
Capacité de faire le travail thérapeutique	5,16	5,07	0,401	n.s.	4,73	5,04	-1,401	n.s.
Engagement du patient	5,68	5,82	-0,697	n.s.	5,07	5,22	-0,592	n.s.
Consensus en ce qui a trait au travail thérapeutique	6,12	6,28	-0,971	n.s.	5,62	5,49	0,656	n.s.
Compréhension du thérapeute	6,56	6,44	1,037	n.s.	6,06	5,97	0,641	n.s.
Score global	5,90	5,88	0,179	n.s.	5,37	5,43	-0,350	n.s.

Discussion

Les résultats de cette étude auprès d'adolescents en centre de traitement pour un problème de consommation permettent de prendre conscience du nombre important de jeunes qui ont été victimisés dans leur vie. Bien que d'autres études rapportent des prévalences semblables (Grella & Joshi, 2003 ; Hawke et al., 2000), force est de constater que de nombreux jeunes entrent en centre de traitement avec un passé de violence. Parmi ces jeunes, dont la moyenne d'âge est de 15,6 ans, presque une jeune fille sur deux (43,5 %) et plus d'un garçon sur 20 (7,3 %) ont été agressés sexuellement dans leur vie. Ces adolescents ont aussi vécu, et plusieurs vivent encore, de la violence physique ou verbale. Au cours des 30 jours précédant leur admission en traitement, 39 % des filles et 13 % des garçons rapportent avoir vécu de la violence verbale. Ces prévalences de victimisation, toutes plus élevées que celles rencontrées dans la population générale, soulignent l'importance de tenir compte de ce passé, non seulement lors de l'évaluation mais aussi dans tout le processus thérapeutique (Langeland et al., 2004). De plus, le fort niveau de violence verbale rapporté par ces adolescents renforce la nécessité d'utiliser des stratégies d'intervention systémique où l'ensemble de la famille sera impliqué dans le rétablissement, ce qui est d'ailleurs reconnu comme une

« meilleure pratique » dans le domaine (Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006; Williams & Chang, 2000).

Par ailleurs, cette étude permet aussi de constater un profil clinique à l'admission en traitement différent pour les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance, comparativement aux non-victimes. Ainsi, même si la problématique de consommation d'alcool des victimes d'agression sexuelle ne se distingue pas de celle des non-victimes, leur consommation de drogue semble, à leurs yeux et à ceux de leur intervenant, plus problématique et nécessitant plus de soins. En fait, en cohérence avec la théorie de l'automédication (Cavalo & Schiff, 1989; Chen et al., 2004), il est possible que ces jeunes utilisent des drogues pour anesthésier leur souffrance, pour s'intégrer à des pairs différents, mais aussi pour survivre aux situations d'agressions, particulièrement verbales, ayant toujours cours. À l'inverse, il est aussi possible que cette consommation de drogues les place dans des situations à risque, notamment sur le plan de la revictimisation sexuelle (Evans & Sullivan, 1995; Gladstone et al., 2004; Miller & Guidry, 2001), mais aussi sur le plan de la victimisation émotionnelle – les parents ne sachant trop comment aider le jeune consommateur.

Les différences observées entre les groupes de victimes d'agression sexuelle durant l'enfance et de non-victimes ne se limitent pas à la gravité perçue des problèmes de drogues. En fait, la différence majeure entre ces deux groupes se situe sur le plan de la santé mentale. Tel qu'observé dans d'autres études (Grella & Joshi, 2003; Hawke et al., 2000; Molnar et al., 2001; Nelson et al., 2002), les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance rapportent davantage d'affects dépressifs, de comportements suicidaires, de préoccupations au niveau de leur poids, de comportements d'automutilation et de problèmes de confiance en soi. De plus, les intervenants estiment que les problèmes psychologiques des victimes sont plus sévères que ceux des non-victimes. Pour leur part, les adolescents victimes estiment qu'ils ont un plus grand besoin d'aide. Ce portrait clinique, associé à une détresse psychologique plus importante chez les adolescents victimes, n'est pas étonnant compte tenu de l'historique de victimisation antérieur. Cependant, l'ampleur et la diversité des symptômes de détresse psychologique observés soulignent la nécessité d'intervenir au niveau de la santé mentale lors du traitement pour toxicomanie. Par ailleurs, l'absence d'amélioration au niveau des problèmes de santé mentale après trois et six mois de traitement renforce la recommandation d'offrir de l'aide spécialisée intégrée à l'offre des services en toxicomanie. Les séquelles de l'agression sexuelle ne sont pas les seuls éléments spécifiques à considérer, mais elles constituent certainement un élément majeur à cibler pour une proportion importante des filles en traitement de la toxicomanie.

Même si les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance ont souvent vécu un fort sentiment de trahison affectant leur confiance en elles et envers les autres (Dufour & Nadeau, 2000), elles ont été en mesure de créer une alliance thérapeutique. En fait, le niveau d'engagement thérapeutique est le même pour les victimes que pour les autres adolescents. Bien que ces résultats semblent étonnants, ils pourraient s'expliquer en

partie par la souffrance associée au vécu d'agression. Ainsi, cette détresse et le besoin d'avoir de l'aide par rapport à son traumatisme faciliteraient probablement la recherche d'aide et, d'une façon indirecte, l'engagement initial en traitement. En outre, on peut émettre l'hypothèse que les jeunes victimes d'agression sexuelle durant l'enfance ont possiblement un plus grand historique d'utilisation des services psychosociaux. Ces expériences auprès de services d'aide pourraient faciliter la création d'un lien de confiance avec un professionnel de la santé.

Au niveau du rétablissement, tous les adolescents bénéficient du traitement en ce qui a trait au problème de drogues. En fait, malgré une gravité plus élevée selon leur intervenant, aucune différence ne semble exister entre les victimes et les non-victimes quant à la diminution du nombre de jours de consommation. Toutefois, pour tous ces adolescents, six mois plus tard, les bénéfices associés au traitement semblent légèrement diminuer. Les victimes d'agression sexuelle semblent donc, à court terme, se rétablir de la même façon que les autres adolescents. Cependant, ces données ne permettent pas d'observer leur trajectoire à long terme et de mesurer l'influence de l'expérience de victimisation et des problèmes de santé mentale qui n'ont pas été ciblés. Toutefois, on pourrait espérer qu'un traitement spécialisé en toxicomanie appliqué précocement lors de l'adolescence pourrait les protéger contre de futures expériences de victimisation. Les bénéfices substantiels observés au niveau de la consommation soulignent aussi l'importance de détecter les problèmes de consommation chez l'ensemble des victimes d'agression sexuelle et de les référer aux centres spécialisés en dépendance.

Enfin, les résultats de cette étude doivent être interprétés dans le contexte de ses limites. Tout d'abord, il aurait été intéressant d'évaluer de façon plus détaillée la nature, l'intensité et la gravité des sévices sexuels, physiques et psychologiques vécus par ces adolescents. Une meilleure compréhension de leur expérience de victimisation permettrait de nuancer les résultats et de s'assurer que le groupe de non-victimes n'a jamais vécu d'agression sexuelle. De même, des instruments de mesure spécifiques à l'évaluation des conséquences des agressions, comme le *Trauma Symptoms Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996), aurait aussi permis une meilleure description du portrait clinique des victimes. Par ailleurs, l'attrition aux suivis limite également la généralisation de ces données, malgré l'absence de différences entre ceux qui ont abandonné l'étude et les autres lors de leur admission en traitement.

Néanmoins, cette étude permet de démontrer que plusieurs adolescents en centre de traitement ont un passé de victimisation. Qui plus est, ces adolescents victimes d'agression sexuelle présentent des problèmes de consommation et de santé mentale sévères nécessitant une intervention spécialisée. Le portrait clinique différent présenté par les victimes d'agression sexuelle remet en question l'approche unique (*one size fits all*) souvent préconisée par les centres de traitement. Ces premiers résultats laissent donc présager que des services s'adressant à la victimisation et à la santé mentale doivent être intégrés aux traitements pour la toxicomanie. Ces nouveaux services

devront cependant faire l'objet d'une évaluation rigoureuse. Enfin, d'autres études devront aussi s'intéresser aux liens complexes entre la victimisation et les problèmes de consommation. Par ailleurs, des recherches longitudinales incluant des suivis à long terme et s'intéressant à la trajectoire de rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle qui ont aussi un problème de consommation s'avèrent également nécessaires.

Bibliographie

- Beitchman, J. H, Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118.
- Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). Les services de réadaptation offerts par les CRPAT aux jeunes et à leur entourage dans le cadre du programme dépendances. Pratiques gagnantes et offre de services de base. Montréal, Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A., & Ledoux, C. (2009). *Adolescents et traitement de la toxicomanie*. Rapport de recherche remis au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Briere, J., & Conte, J. (1994). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 21-31.
- Briere, J., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 312-330.
- Burgdorf, K., Chen, X., Walker, T., Porowski, A., & Herrell, J. M. (2004). The prevalence and prognostic significance of sexual abuse in substance abuse treatment of women. *Addictive Disorders & their Treatment*, 3(1), 1-13.
- Canadian Centre on Substance Abuse/Centre Canadien de Lutte à la Toxicomanie (1996). Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire, 1985-1991-1996. Dans *Aperçu de l'État de Santé de la Population de l'Outaouais*. Ottawa : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.
- Cavaiola, A. A., & Schiff, M. M. (2000). Psychological distress in abused, chemically dependent adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 10(2), 81-92.
- Chen, X., Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., & Hoyt, D. R. (2004). Early sexual abuse, street adversity, and drug use among female homeless and runaway adolescents in the Midwest. *Journal of Drug Issues*, 34(1), 1-22.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 174-184.
- Dennis, M., Babor, T., Roebuck, M. C., & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: The case for recognizing and treating marijuana use disorders. *Addiction*, 97(Suppl.1), S4-S15.

- Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H., & Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl. 1), 26-33.
- Dubé, G., & Fournier, C. (2007). Consommation d'alcool et de drogues. In G. Dubé et autres (Éds.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaires*, 2006 (pp. 83-124). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2000). Sexual Abuse: A comparison between resilient victims and drug addicted victims. *Violence and Victims*, 16 (6), 655-672.
- Duncan, A. E., Sartor, C. E., Scherrer, J. F., Grant, J. D., Heath, A. C., Nelson, E. C., Jacob, T., & Bucholz, K. K. (2008). The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse : Evidence from an offspring of twins design. *Addiction*, 103(6), 990-997.
- Evans, K., & Sullivan, J. M. (1995). *Treating addicted survivors of trauma*. New York, NY: Guilford Publication.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhem, K., & Austin, M-P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women : An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425.
- Glover, N. M., Janikowski, T. P., & Benschoff, J. J. (1996). Substance abuse and past incest contact. A national perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(3), 185-193.
- Grella, C. E., & Joshi, V. (2003). Treatment processes and outcomes among adolescents with a history of abuse who are in drug treatment. *Child Maltreatment*, 8(1), 7-18.
- Grella, C. E., Stein, J. A., & Greenwell, L. (2005). Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 43-53.
- Guyon, L., & Desjardins, L. (2005). L'alcool, les drogues et les jeux de hasard chez les élèves du secondaire. In Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (Éd.), *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Harrison, P. A., Fulkerson, J. A., & Beebe, T. J. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 21(6), 529-539.
- Harrison, P. A., Hoffmann, N. G., & Edwall, G. E. (1989). Differential drug use patterns among sexually abused adolescent girls in treatment for chemical dependency. *The International Journal of the Addictions*, 24(6), 499-514.
- Hawke, J. M., Jainchill, N., & De Leon, G. (2000). The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 9(3), 35-49.

- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S.-C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). DATOS ADO: An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689-695.
- Hurley, D. L. (1990). Incest and the development of alcoholism in adult female survivors. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(2), 41-56.
- Janikowski, T. P., & Glover, N. M. (1994). Incest and substance abuse: Implications for treatment professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(3), 177-183.
- Jarvis, T. J., Copeland, J., & Walton, L. (1998). Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction*, 93(6), 865-875.
- Jaycox, L. H., Ebener, P., Damesek, L., & Becker, K. (2004). Trauma exposure and retention in adolescent substance abuse treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 113-121.
- Johnstone, L. D., O'Malley, R. M., & Bachman, J. G. (2003). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings 2002*. Bethesda, MD: National Institute on drug abuse (NIDA).
- 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.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence : Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., & Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie*, 24(1), 7-13.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den Brink, W. (2004). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(3), 441-447.
- Langeland, W., & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(3), 336-348.
- Lecompte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implication pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., & Woody, G. E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168(1), 26-33.

- Miller, B. A., & Downs, W. R. (1995). Violent victimization among women with alcohol problems. In M. Galanter (Ed), *Recent developments in alcoholism : Women and alcoholism* (vol. 12, pp. 81-101). New-York, NY: Plenum press.
- Miller, B. A., Downs, W. R., & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, supp. 11, 109-117.
- Miller, D., & Guidry, L. (2001). *Addictions and Trauma Recovery : Healing the body, mind and spirit*. New York, NY: Norton, W.W. & company, Inc.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology : Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Nadeau, L., Landry, M., & Cournoyer, L.-G. (2001). *Étude descriptive et évaluative d'un programme d'intervention sur la comorbidité toxicomanie troubles mentaux*. Montréal, Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives General Psychiatry*, 59(2), 139-145.
- Patton, G. C., & Vinner, R. (2007). Adolescent health 1. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369 (9567), 1130-1139.
- Pedersen, W., & Skronnal, A. (1996). Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 91(4), 565-581.
- Pirard, S., Sharon, E., Kang, S., Angarita, G., & Gastfriend, D. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 57-64.
- Rohsenow, D. J., Corbett, R., & Devine, D. (1988). Molested as children: A hidden contribution to substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(1), 13-18.
- Roesler, T. A., & Dafler, C. E. (1993). Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: Alcohol and drug use in adult survivors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(6), 537-543.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V.V., Nelson, E. C., Waldron, M., & Heath, A. C. (2007). Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development : Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 139-144.
- Singer, M. I., Song, L.-Y., & Ochberg, B. (1994). Sexual victimization and substance abuse in psychiatrically hospitalized adolescents. *Social Work Research*, 18(2), 97-103.
- Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18(4), 453-475.
- Stewart, M. (1994). Adolescents in a therapeutic community : Treatment implications for teen survivors of traumatic experiences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 409-419.

Sussman, S., Skara, S., & Ames, S. L. (2008) Substance abuse among adolescents. *Substance Use and Misuse*, 43(12-13), 1802-1828.

Tourigny, M., Gagné, M.-H., & Chartrand, M.-E. (2006). Prévalence et co-occurrence des mauvais traitements envers les enfants dans la population québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 97(2), 109-113.

Vaddiparti, K., Bogetto, J., Callahan, C., Abdallah, A. B., Spitznagel, E. L., & Cottler, L. B. (2006). The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 451-459.

Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 7(2), 138-166.

Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 264-271.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhousen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process*, 46(3), 301-316.