

RAPPORT DE RECHERCHE

REMIS AU

CENTRE D'INTERVENTION EN ABUS SEXUEL POUR LA FAMILLE

EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION DE GROUPE OUVERT AUPRÈS
D'ADOLESCENTES AYANT VÉCU UNE AGRESSION SEXUELLE

Marc TOURIGNY, Ph.D.¹

Martine HÉBERT, Ph.D.²

Ann Claude SIMONEAU, M.A.³

¹Département d'éducation spécialisée, Université de Sherbrooke

²Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

³Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Mots clés : Agression sexuelle, adolescents, intervention, groupe ouvert, évaluation

La réalisation de cette recherche a été rendue possible grâce à l'appui financier du Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles via une subvention du FQRSC. Les auteurs souhaitent remercier le personnel du CIASF et les adolescentes pour leur précieuse participation à ce projet. Les demandes de copies doivent être adressées à Marc Tourigny, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500 boul. de l'Université, Sherbrooke (Québec), Canada, J1K 2R1. (e-mail : Marc.Tourigny@USherbrooke.ca).

Résumé

L'objectif principal de la recherche est d'évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe ouvert auprès d'adolescentes ayant été agressées sexuellement, au moyen d'un devis quasi expérimental pré et post traitement avec groupe contrôle. Treize (13) adolescentes ayant participé à une intervention de groupe ouvert ont été comparées à 15 adolescentes ayant été agressées sexuellement mais n'ayant pas reçu d'intervention de groupe. Le second objectif est de comparer l'efficacité de l'intervention de groupe ouvert à une intervention de groupe fermé, et ce, au moyen d'un devis quasi expérimental pré et post traitement. Treize (13) adolescentes ayant participé à une intervention de groupe ouvert ont été comparées à 31 adolescentes ayant participé à une intervention de groupe fermé. Les 59 participantes ont complété un ensemble de questionnaires auto-administrés avant et après le traitement, soit des mesures de stress post-traumatique, de problèmes de comportements, de stratégies d'adaptation, du sentiment de pouvoir, de la qualité de la relation parent/adolescent et de distorsions cognitives. Les interventions de groupe ouvert et fermé de nature psychoéducatrice comportaient en moyenne 20 rencontres hebdomadaires d'une durée de deux heures chacune dont le contenu était similaire. Les résultats montrent que les adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe ouvert s'améliorent davantage que les adolescentes du groupe contrôle, et ce, pour la grande majorité des mesures. Les analyses de variances à mesures répétées montrent en effet des améliorations statistiquement significatives pour l'intervention de groupe ouvert au niveau de toutes les sous-échelles de stress post-traumatique à l'exception de la colère, des distorsions cognitives dont plus spécifiquement les sous-échelles de confiance interpersonnelle et de responsabilisation, des comportements auto-destructeurs, de l'optimisme et des stratégies d'adaptation dont les sous-échelles de recherche de soutien social et de résolution de problèmes. De plus, une diminution des problèmes de comportements en général dont une diminution des problèmes internalisés (retrait social et anxiété) et de deux autres sous-échelles (socialisation et problèmes d'attention) est également constaté. Par contre, aucune amélioration

significative n'est constatée au niveau de la colère, du fait de se sentir différentes des autres, de la crédibilité, des relations avec le père ou la mère, du sentiment de pouvoir, des comportements externalisés et des stratégies d'adaptation basées sur l'évitement. Les résultats démontrent clairement l'utilité d'une intervention de groupe ouvert auprès d'adolescentes agressées sexuellement.

D'autre part, la comparaison des deux types d'intervention de groupe (ouvert ou fermé) ne montre aucune différence significative entre ces deux groupes et ce sur l'ensemble des mesures. Les deux types d'interventions semblent donc aussi efficace l'une que l'autre.

Introduction

Contexte québécois

Le développement de la recherche sur les séquelles des agressions sexuelles envers les enfants et la remise en question des approches d'interventions dites traditionnelles ont entraîné le développement d'une diversité d'approches en matière de traitement des enfants agressés sexuellement, autant au niveau des objectifs qu'au niveau du contenu et des modalités thérapeutiques (Glaser, 1991; Keller, Cicchinelli et Gardner, 1989; Marois, Messier et Perreault, 1982; Putnam, 2003). La thérapie de groupe représente une des modalités thérapeutiques particulièrement populaire et fréquemment utilisée (Kruczek et Vitanza, 1999; Tourigny, 1997). Kruczek et Vitanza (1999) soulignent que dans le contexte social actuel où la demande de services est élevée et les ressources limitées, la thérapie de groupe présente des avantages économiques non négligeables par rapport à d'autres formes de thérapies. De plus, l'intervention de groupe est particulièrement recommandée afin de réduire l'isolement social et la stigmatisation dont souffrent fréquemment les victimes d'agressions sexuelles (Friedrich, 1997; Glasser et Frosh, 1988; Silovsky et Hambree-Kigin, 1994). Enfin, l'intervention de groupe s'avère intéressante pour les adolescents qui sont à une étape développementale où la présence des pairs est très importante et valorisée (Kruczek et Vitanza, 1999).

Malgré cette prolifération de programmes et l'utilisation répandue de l'intervention de groupe, il existe encore peu d'études évaluatives (Finkelhor et Berliner, 1995; Putman, 2003; Saunders, Berliner et Hanson, 2003; Tourigny, 1997). Les recension des écrits ayant examiné l'efficacité des interventions de groupe offertes aux enfants et aux adolescents victimes d'agressions sexuelles concluent généralement que l'intervention de groupe semble un mode d'intervention prometteur tout en soulignant que plusieurs limites méthodologiques rendent difficiles des conclusions définitives (Finkelhor et Berliner, 1995; Saunders et al., 2003; Tourigny, 1997).

Les études ayant évalué les effets de l'intervention de groupe auprès des adolescents spécifiquement sont peu nombreuses. Dans l'ensemble, ces études présentent certains effets positifs liés à la thérapie de groupe concernant les aspects suivants : les problèmes de comportement, l'estime de soi, la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, les symptômes liés à la sexualité, et les stratégies d'adaptation positives (Ashby, Gilchrist & Miramontez, 1987; Baker, 1987; Kruczek & Vitanza, 1999; Lindon & Nourse, 1994; Mackey, Gold & Gold, 1987; Picard, 1991; Sinclair et al., 1995; Verleur, Hughes, & de Rios, 1986).

Jusqu'à maintenant les caractéristiques des interventions de groupe et leur lien avec les effets de la thérapie n'ont pas été étudiés. Parmi les modalités qui doivent être discutées, la tenue d'un groupe ouvert ou fermé est probablement celle qui suscite le plus de question et de débat quant à leurs avantages et désavantages respectifs. Dans les évaluations citées précédemment certaines ont porté sur une thérapie de groupe ouvert alors que d'autres ont porté sur l'intervention de groupe fermé. Toutefois aucune étude n'a jusqu'à maintenant comparé les effets d'une intervention de groupe ouvert à ceux d'une intervention de groupe fermé s'adressant à des enfants ou des adolescentes ayant été victime d'agressions sexuelles. D'ailleurs, même en dehors du traitement des enfants/adolescents agressés sexuellement, il semble n'exister aucune étude scientifique comparant l'impact de la modalité groupe ouvert ou fermé sur l'efficacité thérapeutique (Galinsky et Schopler, 1985; Smith, 1997).

Groupe ouvert ou fermé

Mackenzie (1996) définit le groupe ouvert comme étant un groupe dans lequel certains membres peuvent se joindre ou quitter le groupe selon l'atteinte de leurs objectifs ou selon leur cheminement dans le groupe. À l'inverse, le groupe fermé se distingue par le fait qu'une fois celui-ci démarré aucun nouveau membre ne peut s'y ajouter. Ce type de groupe implique donc que tous les membres vont débiter et terminer le processus thérapeutique ensemble. Dans la littérature clinique et scientifique, la modalité à privilégier en thérapie de groupe ne semble pas faire consensus.

Un premier avantage de l'intervention de groupe fermé est qu'elle permet à chacun des membres de vivre ensemble les différentes étapes du processus thérapeutique vécu dans le groupe (par exemple, le commencement, l'engagement, la différenciation, les conflits, le travail intra et interpersonnel, la consolidation des acquis, la fin du groupe) ce qui assurerait que le potentiel thérapeutique de chaque étape puisse être exploré, exploité et approfondi.

Pour leur part, Kesterberg et Decobert (1966) notent que la durée limitée du groupe fermé offre un cadre plus structurant pour les enfants/adolescents, qui aide ces derniers à mieux gérer leur angoisse ou leurs mécanismes de défense pathologiques. Cette limite temporelle qui n'était pas pré-établie dans le cas de la majorité des groupes ouverts semble entraîner une attitude régressive, nuisible à la cohésion au sein du groupe ouvert.

Plusieurs auteurs croient également que le groupe fermé offre à l'enfant/adolescent la possibilité de créer un lien de confiance et un sentiment de sécurité puisque que l'environnement social du groupe reste stable, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de nouveaux membres qui s'ajoutent à chaque semaine (Bergard, 1986; Douglas, 1991; Grotzky et al. 2000). Ce type de groupe permet donc d'offrir au participant un environnement prédictible et contribue à former la cohésion du groupe étant donné que les règles et routines sont stables et comprises par tous les membres « en même temps » (Grotzky et al. 2000).

Un autre avantage du groupe fermé par rapport au groupe ouvert est qu'il permettrait de fixer une fin à l'intervention alors que les participants du groupe ouvert ont parfois tendance à prolonger leur traitement créant ainsi une certaine dépendance soit envers le thérapeute ou le groupe lui-même. Finalement, les groupes fermés permettent une meilleure interprétation des régressions et des évolutions thérapeutiques. Par contre, la fin du processus de groupe peut être complexe et douloureuse car chacun doit faire le deuil du groupe qui va disparaître dans sa réalité. Le groupe doit alors entreprendre l'élaboration psychique de la séparation et des angoisses que soulève cette fin (Chapelier, 2000, Douglas, 1991).

Étant donné que la confiance est souvent difficile à établir entre les membres du groupe, Grotzky et al. (2000) et Slavson (1950) rapportent qu'un groupe stable facilite le processus de dévoilement. Aussi, les membres du groupe qui n'ont pas la même ancienneté ont régulièrement de grands écarts dans leur cheminement ce qui contribuerait à semer une distance entre eux (Chapelier, 2000; Douglas, 1991; Grotzky et al., 2000). Grotzky et al. (2000) soulignent toutefois que le groupe ouvert a l'avantage de fournir aux adolescentes plus anciennes, l'opportunité de prendre un rôle de leader.

Le groupe ouvert présente d'autres avantages sur le plan thérapeutique. Si certains auteurs indiquent que le groupe fermé permet de reconstruire le modèle familial (Grotzky et al. 2000), d'autres croient que c'est le groupe ouvert qui le représente le mieux (Chapelier, 2000; Ganzarain, 1989, Ginott, 1961; Slavson, 1950). Par les conflits qui surviennent en groupe, comme dans chaque famille, les enfants peuvent faire l'apprentissage de nouvelles méthodes de gestion des conflits. Ceci dit, la plupart des auteurs s'entendent à dire que le groupe en soit est un mode d'expérimentation in-vivo riche en contenu thérapeutique.

De plus, la thérapie de groupe permet d'aborder l'anxiété de séparation et la rivalité fraternelle. Dans un groupe ouvert, la *disparition* d'un compagnon de jeu peut accroître la peur de l'abandon chez certains. L'arrivée d'un nouveau mobilise toujours des vécus d'abandon et défenses régressives. Selon Ganzarain (1989), l'arrivée de nouveaux membres provoquent la régression des autres membres qui, comme lors de l'arrivée d'un nouveau né dans une famille, craignent que le dernier venu ne suscite toute l'attention de la mère. Pour ces auteurs, le groupe ouvert permet alors d'aborder certains enjeux psychologiques non réglés chez les participants. Ginott (1961) et Bianchi-Ranci (1995) suggèrent fortement d'aborder, en groupe, chacun des départs vécu par les membres afin de prévenir l'accrue de l'anxiété dans le groupe. En ce qui le concerne, Douglas (1991) compare les arrivées et abandon en thérapie de groupe au processus de création et de dissolution des liens sociaux. La

thérapie de groupe permet donc à la personne d'apprendre à vivre ces changements dans un lieu protégé.

D'autres avantages des groupes ouverts ont pu être notés. Les groupes ouverts sont plus faciles à mettre en place, ils permettent d'éviter les listes d'attente et ils mettent à l'abri des échecs dus à la désertion des participants (Chapelier, 2000; Douglas, 1991; Galinsky et Schopler, 1985; Grotzky et al., 2000).

Le groupe ouvert peut toutefois occasionner la répétition de certaines informations et ralentir, ou même empêcher de couvrir l'ensemble de la matière prévue puisque l'arrivée de nouveaux membres peut entraîner une répétition de l'information (Galinski et Schopler, 1985; Grotzky et al., 2000).

Dans le cadre de l'intervention auprès des enfants victimes d'agression sexuelle, Grotzky, Camerer et Damiano (2000) croient fortement que les groupes doivent être « fermés » parce que l'établissement d'un début et d'une fin de traitement donne un aperçu à l'enfant du travail qu'il aura à accomplir dans une période de temps limitée. Dans leur étude exploratoire, Kesterberg et Decobert (1966) notent que la limitation du temps a paru présenter une valeur structurante et aider au dépassement de l'angoisse ou des mécanismes de défense pathologiques au sein des groupes stables (fermés). Cette valeur temporelle qui n'était pas pré-établie dans le cas des groupes ouverts a semblé entraîner une attitude régressive, nuisible à la cohésion au sein du groupe ouvert.

Dans ce contexte, la présente étude comporte deux objectifs. Le premier étant d'évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe ouvert pour adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles. Le second objectif est de vérifier si l'efficacité du groupe ouvert est différente de celle du groupe fermé¹.

¹ L'intervention de groupe fermé a déjà fait l'objet d'une évaluation de son efficacité (Tourigny, Hébert, Daigneault, Sénéchal et Simoneau, sous presse)

Méthodologie

Devis

Pour le premier objectif, l'étude repose sur un devis quasi expérimental comportant deux temps de mesures (pré test – post-test). Le groupe expérimental se compose de 13 adolescentes ayant reçu une intervention de groupe ouvert d'une durée d'environ 20 semaines à raison d'une rencontre hebdomadaire de deux heures chacune. Le groupe contrôle est constitué de 15 adolescentes qui ont fait une demande de service au centre d'intervention, mais qui n'ont pas reçu de traitement pour une ou l'autre des raisons suivantes : l'adolescente a décidé de ne pas participer au programme de groupe, elle a abandonné le traitement dans les premières semaines ou les intervenants ont évalué que l'intervention de groupe ne lui convenait pas (par exemple en raison de difficulté d'expression des émotions en contexte de groupe, une gêne excessive).

Pour le second objectif, l'étude repose sur un devis quasi expérimental comportant deux temps de mesures (pré test – post-test) où l'on compare le groupe de 13 adolescentes ayant reçu une intervention de groupe ouvert à un groupe constitué de 31 adolescentes ayant reçu le même type de service mais selon une modalité de groupe fermé.

Participants

Les 59 adolescentes ont été recrutées, entre le 1^{er} septembre 1998 et le 31 mai 2000, à la suite d'une demande de services au Centre d'intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF). Lors de ce premier contact, l'intervenante expliquait l'étude à l'adolescente et sollicitait sa participation. Dans le cas des adolescentes de moins de 14 ans, le consentement de l'adolescente et de ses parents était demandé.

Seulement 4,1% des 74 adolescentes approchées ont refusé de participer à l'étude, les 71 autres ont complété un formulaire de consentement écrit et ont participé à la première

entrevue mais 16,9% ont abandonné la thérapie ou l'étude et n'ont pas participé à la seconde entrevue. 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 soit au Centre d'intervention où au domicile de l'adolescente.

Les adolescentes étaient toutes d'origine canadienne à l'exception d'une adolescente d'origine russe et une d'origine grecque. Elles avaient en moyenne 14,9 ans lors du pré-test. Près d'une adolescente sur trois (29%) était placée soit en famille d'accueil ou en centre de réadaptation alors que 32% vivaient avec ses deux parents et 31% avec leur mère.

Les agressions sexuelles vécues par ces adolescentes sont sévères et se caractérisent par le fait qu'il y a eu pénétration (orale, anale ou vaginale) dans 69% des cas, que les abus étaient fréquents (au moins une fois par semaine) dans 67% des cas, qu'il y a eu l'utilisation de la force physique dans 29% des cas. Enfin, 22% des adolescentes ont été agressées par plus d'un agresseur et 15% ont également vécu des abus physiques. Au niveau de l'identité de l'agresseur, celui-ci était connu dans tous les cas sauf deux (4%), il s'agissait d'un adulte dans 82% des cas, 40% étaient un membre de la famille immédiate et 33% étaient un membre de la famille élargie. Les adolescentes des trois groupes ne diffèrent pas statistiquement sur l'ensemble des variables présentées au Tableau 1.

Mesures

Caractéristiques socio-démographiques et des agressions sexuelles

Tous les questionnaires ont été complétés par les adolescentes à l'exception du *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS - Friedrich, 1992) qui était complété par l'intervenante du CIASF. Les deux questionnaires qui suivent ont été administrés uniquement lors du pré-test. Un premier questionnaire d'informations socio-démographiques sur l'adolescente permet de décrire la composition familiale de l'adolescente (nombre de frères et de sœurs, nombre de frères et de sœurs vivant avec elle, son rang dans la famille), le niveau de scolarité des parents

et de l'adolescente, l'âge de l'adolescente et avec qui elle habite (mère, père, les deux, famille d'accueil, centre de réadaptation). Le SARS comporte 23 items cotés oui ou non qui permettent de documenter différentes caractéristiques de l'agression sexuelle (sévérité, fréquence, caractéristiques de l'agresseur, etc.).

Santé psychologique des adolescentes

Le *Trauma Symptoms Checklist for Children* (TSC- C; Briere, 1996) est utilisé auprès d'enfants de 8 à 17 ans et mesure différentes séquelles de détresse post-traumatique d'enfants ayant vécu un événement traumatisant. Il comprend six échelles cliniques mesurant la perception de l'adolescente relativement à son niveau d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de préoccupations sexuelles, de dissociation et de colère. De plus, le TSC-C comprend deux échelles de validité évaluant la tendance des adolescents à nier la présence de symptômes qui sont généralement rapportés par la plupart des répondants ainsi que la tendance à démontrer plus de symptômes que la norme. À partir d'un certain score, les auteurs suggèrent que les résultats des répondants peuvent ne pas être valide. La consistance interne des six échelles cliniques est élevée (Alpha de 0,77 à 0,89) (Brière, 1996). Les validités de convergente, discriminante et de construit ont été étudiées et démontrent des résultats satisfaisants (Brière, 1996). Un score plus élevé indique une présence plus élevée de symptômes.

Le *Youth Self-Report and Profile* (Achenbach, 1991) est la version pour adolescents (11 à 18 ans) du *Child Behavior Checklist* (CBCL) qui mesure la perception qu'a le répondant relativement à différents comportements liés à l'anxiété, la dépression, la somatisation, le retrait social, l'agressivité, la délinquance, l'organisation de la pensée, l'attention et la socialisation. L'instrument compte 112 items qui évaluent, sur une échelle en trois points, la fréquence d'un comportement donné au cours des six derniers mois. Deux grandes échelles permettent de regrouper les comportements liés à l'internalisation et ceux liés à l'externalisation. Pour une période de sept jours, la stabilité de ces échelles varie de $r = 0,67$ à

0,91 selon l'échelle et l'âge des adolescents. Un score élevé indique une fréquence plus importante des problèmes de comportements.

Le *Ways of Coping Questionnaire* (version abrégée - Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, et Wright, 1995; Folkman et Lazarus, 1988; Knussen, Sloper, Cunningham et Turner, 1992) évalue les stratégies d'adaptation utilisées par les adolescents/adultes. Il comprend 21 items qui permettent de noter la fréquence d'utilisation d'un comportement donné sur une échelle en quatre points (pas utilisé, utilisé quelquefois, utilisé souvent, utilisé beaucoup). Il mesure trois types de stratégies d'adaptation, soit la recherche de soutien social, la ré-évaluation positive/négative des problèmes et la distanciation/évitement. Un score élevé indique une fréquence d'utilisation plus grande de la stratégie d'adaptation.

Le *Children's Attitude and Perception Scale* (CAPS, Mannarino, Cohen et Berman, 1994) a été développé spécifiquement pour évaluer certaines attributions et attitudes vis-à-vis d'événements négatifs. Le questionnaire comporte 18 items qui, sur une échelle de type Likert en cinq points allant de "jamais" à "toujours", permet d'évaluer la fréquence de certaines pensées. L'instrument comporte une mesure globale ainsi que quatre sous-échelles : le sentiment d'être différent des autres, la confiance interpersonnelle, la responsabilisation face aux événements négatifs et la crédibilité perçue auprès des autres. Pour la mesure globale, plus le score est élevé plus l'adolescente se présente comme ayant des attitudes et des perceptions plutôt négatives. La consistance interne des sous-échelles varie de 0,68 à 0,72.

Les comportements autodestructeurs spécifiques à la période de l'adolescence chez les victimes d'agressions sexuelles ont été évalués à l'aide de l'inventaire de comportement d'autodestruction de Sadowsky (1995). Il mesure la présence de 21 comportements d'autodestruction dans les trois derniers mois, dont les comportements auto-mutilatoires (s'ouvrir les veines des poignets, se brûler la peau, s'arracher les cheveux, etc.), les comportements suicidaires (avalier du poison, chercher à s'étrangler), les troubles alimentaires (refuser de manger et manger avec excès, se faire vomir, etc.) et les conduites dangereuses

risquant de provoquer des blessures. L'analyse de ce questionnaire est descriptive. Un score total de la présence des comportements sera utilisé pour les fins de l'étude.

Le *Child's Attitude toward the Mother* (CAM) et le *Child's Attitude toward the Father* (CAF) mesurent la perception de l'adolescente concernant la qualité de la relation qu'elle vit avec chacun de ses parents. Il comporte 25 questions et le score global permet d'identifier la présence ou l'absence de conflits dans la relation adolescent-parent. Un score se situant entre 30 et 69 indique la présence d'une relation cliniquement problématique avec le parent alors qu'un score de 70 et plus indique que l'enfant vit un stress sévère et qu'il est possible qu'il utilise ou pense à utiliser la violence pour faire face aux problèmes. (Giuli et Hudson, 1977). Giuli et Hudson (1977) mentionnent une cohérence interne de 0,94 et 0,95 ainsi qu'une fidélité test-retest à une semaine d'intervalle de 0,89 et 0,96 et une validité discriminante de 0,88 et 0,86 pour le CAM et le CAF respectivement. Ces auteurs jugent en outre que les instruments sont dotés d'une bonne validité factorielle, puisque chacun de leurs items est davantage corrélé avec l'échelle à laquelle il appartient qu'avec les échelles utilisées comme critères de comparaison.

Une mesure du sentiment de pouvoir comportant 23 items a également été utilisée (Roger, Chamberlin, Langer, et Crean, 1997). L'instrument original comporte 28 items comprenant 5 sous-échelles soit : l'optimisme, la participation communautaire, l'efficacité personnelle, l'impuissance et la colère justifiée. Pour chacune des affirmations, l'adolescente devait identifier son niveau d'accord avec l'affirmation sur une échelle Likert en 4 points (Tout à fait d'accord à pas du tout d'accord). Dans le cadre de cette étude la sous-échelle «participation communautaire» n'a pas été utilisée. Plus le score est élevé et plus l'adolescente a le sentiment de contrôler sa vie. La consistance interne est élevée, Rogers et al. (1997) rapportent un Alpha de Cronbach de 0,86 alors que Wowra et McCarter (1999) obtiennent un alpha de Cronbach de 0,85 auprès d'un échantillon 283 adultes (*outpatient*) provenant d'une population recevant des services publics en santé mentale.

Variable indépendante – l'intervention de groupe ouvert et fermé

Le CIASF, un organisme communautaire à but non-lucratif situé dans la région de l'Outaouais, offre des interventions de groupe auprès des adolescentes depuis 1993. Le modèle d'intervention de groupe ouvert a été offert jusqu'en 1999 et l'intervention de groupe fermé est offert depuis septembre 1999. Par groupe fermé, nous entendons un groupe qui n'accepte plus de nouveaux participants une fois qu'il a démarré alors que dans le cadre du groupe ouvert les adolescentes peuvent s'ajouter au groupe à n'importe quel moment. Dans les deux types de groupe, le contenu thérapeutique sensiblement le même ainsi que la durée de la thérapie. Cette dernière est limitée par la participation aux 20 rencontres thématiques offertes. Outre le fait que les adolescentes arrivent et quittent le groupe à différents moments, la principale différence entre les deux groupes tient donc au fait que les adolescentes du groupe ouvert ne participent pas aux rencontres dans la même séquence alors que pour le groupe fermé, les adolescentes participent aux rencontres dans la même séquence.

Les services sont offerts aux adolescents de 13 à 17 ans ayant vécu une agression sexuelle intra-familiale (famille nucléaire ou élargie) ou extra-familiale. Les participantes peuvent avoir été orientées vers le CIASF par différents organismes tels que les Centres jeunesse de l'Outaouais (CJO), les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), etc.

Le groupe fermé se compose de 6 à 8 participantes. Le groupe ouvert quant à lui présente une variation plus importante du nombre de participantes soit entre 4 à 10 selon le moment. Les deux groupes comprennent environ 20 rencontres² offertes hebdomadairement, à raison de deux heures par rencontre. L'intervention de nature psychoéducatrice comporte diverses activités thérapeutiques comme des discussions de groupe, des témoignages, des

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

exercices individuels et de groupe et de l'enseignement magistral. Chaque rencontre présente généralement la même structure et porte sur un thème spécifique (voir annexe 1). Les principaux thèmes abordés ont trait au dévoilement de l'abus, au cycle de l'agression sexuelle, aux conséquences des agressions sexuelles dans leur vie, à la relation avec l'agresseur, à la sexualité, à la prévention de la revictimisation et aux relations amoureuses. Les interventions de groupe sont dispensées par 2 intervenants psycho-sociaux (généralement 1 homme et une femme) supervisés au besoin par la directrice du CIASF. Bien que les dynamiques de groupes particulières soient respectées, l'homogénéité des interventions a été assurée à l'aide d'un manuel de traitement (Sénéchal, 1999).

Les objectifs thérapeutiques sont : a) de réduire les effets négatifs et traumatisants de l'agression sexuelle (anxiété, dépression, baisse d'estime de soi, problèmes de comportements, difficultés liées à la sexualité, agressivité, stress post-traumatique, difficultés d'ordre scolaire) pour permettre à la victime d'acquérir un développement normal; b) de briser l'isolement par la création de liens avec les autres participantes; c) de déculpabiliser l'adolescente face aux agressions sexuelles vécues, et d) d'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.

Dans le cadre de la présente étude, les 31 adolescentes du groupe fermé sont réparties dans cinq groupes d'intervention. Quatre adolescentes ont abandonné le groupe fermé au cours de l'étude soit 11% des adolescentes alors que deux (13%) ont abandonné le groupe ouvert. Si on exclut les adolescentes ayant abandonné, le niveau de participation aux rencontres de groupe de chacune des adolescentes varie de 64% à 100%. En moyenne, les adolescentes ont participé à 90% des rencontres de leur groupe ce qui représente 17 rencontres en moyenne par adolescente. Aucune différence entre les deux types de groupe au niveau de la participation (tableau 1)

Résultats

Dans un premier temps, des test-t ont été réalisés afin de vérifier si les deux groupes étaient comparables au prétest sur l'ensemble des mesures présentées au Tableau 2.

Efficacité de l'intervention de groupe ouvert

Les analyses de covariances (ANCOVA) ont ensuite été effectuées afin de déterminer si les adolescentes du groupe ouvert s'améliorent de façon significativement plus que celles du groupe contrôle tout en contrôlant pour le score obtenu au prétest. Le Tableau 2 montre que les adolescentes ayant reçu l'intervention de groupe s'améliorent davantage que celles du groupe contrôle pour plusieurs des variables à l'étude. L'intervention de groupe ouvert réduit de façon significative le stress post-traumatique, et ce, pour toutes les échelles du TSC-C à l'exception de la colère qui ne changent pas plus chez le groupe ouvert que le groupe contrôle. Une réduction des distorsions cognitives est également constatée, et ce, tout spécialement au niveau de la confiance interpersonnelle et du sentiment de responsabilisation. De même, au niveau des stratégies d'adaptation, les adolescentes ayant reçu l'intervention de groupe utilisent, suite à la thérapie, davantage la recherche de soutien et la ré-évaluation du problème comme stratégies d'adaptation. Notons qu'aucune différence n'est constatée au niveau de l'utilisation de la stratégie d'évitement.

Au niveau des problèmes de comportements, les adolescentes du groupe ouvert voient leurs problèmes de comportements diminuer de façon significative par rapport à celles du groupe contrôle. Ces diminutions se retrouvent principalement au niveau des comportements internalisés (retrait social et anxiété) et au niveau des problèmes sociaux et d'attention. Aucune différence significative n'apparaît au niveau des comportements externalisés. Finalement, on observe également une diminution significative des comportements auto-destructeurs chez les adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe comparativement à celles du groupe contrôle.

La perception de l'adolescente concernant la qualité de sa relation avec sa mère ou de celle avec son père ne montre aucune différence avec le groupe contrôle. Dans l'ensemble, le sentiment de pouvoir sur leur vie ne s'améliore pas pour les adolescentes ayant reçu de la thérapie bien qu'une amélioration significative soit constatée au niveau de la sous-échelle optimisme. Enfin, notons qu'aucune différence significative ne distingue les adolescentes des groupes au niveau des comportements délinquants.

Comparaison de l'intervention de groupe ouvert et fermé

Le Tableau 2 permet de constater qu'aucune différence significative n'est détectée entre les deux types de groupe. L'intervention de groupe ouvert et fermé s'avèrent donc aussi efficace l'une que l'autre.

Discussion

Effets de l'intervention de groupe ouvert

Les résultats démontrent des améliorations significativement plus importantes chez le groupe d'adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe ouvert, et ce, principalement au niveau des symptômes de stress post-traumatique, des distorsions cognitives, des stratégies d'adaptation et des problèmes de comportements internalisés et dans une moindre mesure du sentiment de pouvoir. La majorité de ces aspects sont directement abordés au cours de l'intervention de groupe (voir annexe 1). Par exemple, un atelier porte spécifiquement sur la question des «pensées intrusives ou *flashback*» et comment les gérer. Plusieurs ateliers abordent de façon concrète les distorsions cognitives souvent rencontrées chez les victimes via des exercices sur la compréhension du cycle des agressions sexuelles qui aide à déculpabiliser et à redonner la responsabilité des agressions sexuelles à l'agresseur. Trois rencontres portent spécifiquement sur l'identification des conséquences personnelles des agressions sexuelles sur les adolescentes et l'identification de moyens adéquats pour faire face à ces conséquences (stratégies d'adaptation positives) (Sénéchal, 1999). Rappelons que l'intervention de groupe augmente la recherche de soutien et la réévaluation qui sont généralement associées à une résolution de la situation plus positive alors que l'évitement est associé à des résultats négatifs. De plus, la généralisation de ces acquis pourrait les aider à mieux gérer d'autres événements stressant que les adolescentes pourraient rencontrer dans d'autres contextes de vie.

Aucune amélioration significative n'est constaté au niveau de la perception qu'à l'adolescente de sa relation avec sa mère ou son père. L'examen détaillé des scores à ces deux échelles nous montre que pour la relation avec les mères, le score au pré et au post test se situe sous le seuil problématique (moins de 30) ce qui pourrait expliquer le fait qu'aucune

amélioration n'est constatée. Par contre, concernant la relation avec le père, on constate qu'au pré test, les adolescentes qui participent à l'intervention de groupe présentent un score moyen de 35 ce qui signifie la présence d'une relation cliniquement problématique avec leur père, l'intervention de groupe n'a aucun effet à ce niveau (Giuli et Hudson, 1977). Pour leur part, les comportements délinquants pourraient ne pas avoir changé en raison de la faible fréquence de ces comportements au début de l'intervention de groupe.

Ces résultats confirment donc ce que certaines études ont démontré, à savoir que l'intervention de groupe ouvert peut atténuer de nombreux symptômes associés aux agressions sexuelles (voir les recensions de Finkelhor et Berliner (1995) et de Tourigny (1997)).

Intervention de groupe ouvert et fermé

Les résultats de l'étude démontrent également clairement que les deux types de groupe semblent tout aussi efficaces l'un que l'autre. Il faut noter ici que le modèle de groupe ouvert qui a été évalué diffère de ce que l'on considère généralement comme groupe ouvert dans le sens où le groupe à l'étude présentait une durée limitée dans le temps pour chaque participante ce que l'on ne retrouve généralement pas. La principale distinction entre les deux groupes a donc trait à l'arrivée et au départ des membres en cours d'intervention dans le groupe ouvert puisque le nombre de rencontres et le contenu thérapeutique étaient semblables. Cette différence entre les deux groupes ne semble donc pas affecter leur efficacité respective.

Dans ce contexte, on peut penser que l'intervention de groupe ouvert peut donc s'avérer tout aussi efficace que l'intervention de groupe fermé tout en présentant l'avantage de pouvoir être implanté plus facilement. Par exemple, dans les régions où le nombre de participantes potentielles n'est pas très élevé le groupe ouvert permet de démarrer avec un nombre minimum de participants tout en accueillant par la suite les participantes au fur et à mesure des demandes de services (ACJQ, 2000). Ceci a donc l'avantage de réduire le temps d'attente des adolescentes en maintenant des services de façon plus continue (Chapelier, 2000;

Douglas, 1991; Galinsky et Schopler, 1985; Grotzky et al., 2000). De plus, le groupe ouvert peut davantage faire face aux abandons en cours de traitement puisque la perte de participantes dans le groupe peut être comblée par l'arrivée de nouvelles. Dans le cadre du groupe fermé, un certain nombre d'abandon peut en venir qu'à menacer l'existence même du groupe en raison d'un trop faible nombre de participants à un certain moment (Chapelier, 2000; Douglas, 1991; Galinsky et Schopler, 1985; Grotzky et al., 2000).

Le groupe ouvert n'est toutefois pas sans problème et peut demander une gestion plus importante de la part des thérapeutes, et ce, principalement en raison du nombre de participantes qui est amené à varier considérablement d'une période à l'autre. Les thérapeutes doivent alors prévoir les ressources matérielles et physiques en lien avec la demande (par exemple, un local suffisamment grand pour accueillir un nombre maximal de participants). Il est également clair comme l'ont souligné certains auteurs, qu'une gestion régulière des arrivées et des départs doit être prévue et que cette gestion alourdit quelque peu la tâche des thérapeutes. Ces éléments sont toutefois prévisibles et peuvent être gérés.

Forces et limites méthodologiques

Cette étude suggère que l'intervention de groupe ouvert peut s'avérer une modalité d'intervention efficace pour aider à réduire les séquelles de l'agression sexuelle et améliorer la santé psychologique des adolescentes ayant été agressées sexuellement. Sur le plan de la méthodologie, l'utilisation d'un groupe de comparaison, l'utilisation d'une variété de mesures directement liées aux conséquences des agressions sexuelles, un nombre de participants acceptable et le fait de documenter le niveau de participation des adolescentes à l'intervention de groupe représentent des forces méthodologiques. Enfin, il s'agit de la première étude à explorer les effets différentiels d'une intervention de groupe fermé ou ouvert.

Toutefois certaines limites méthodologiques demeurent présentes. 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, demeure un

devis qui présente certaines menaces à la validité interne. Bien que les adolescentes des deux groupes ne se distinguent pas quant à leur état psychologique lors du pré-test, il est possible que les adolescentes du groupe de traitement présentent certaines caractéristiques pouvant expliquer en partie ou en totalité les changements observés suite à l'intervention de groupe. Par exemple, il est possible que des facteurs individuels tels la motivation à participer à la thérapie de groupe ou une participation plus active à des services extérieurs au CIASF puisse expliquer partiellement l'amélioration constatée.

Une seconde limite concerne le fait que toutes les mesures utilisées dans le cadre de l'étude sont des mesures auto-administrées aux adolescentes. L'utilisation de plusieurs sources de données (parent, professeur, autre adulte significatif) pourraient éventuellement fournir un portrait plus complet via différents points de vue.

Alors que de plus en plus d'études tendent à montrer l'efficacité de l'intervention de groupe auprès des enfants/adolescents victimes d'agressions sexuelles, plusieurs défis demeurent dont celui de mieux comprendre le rôle de différentes caractéristiques de l'intervention de groupe. Doit-on avoir un ou deux thérapeutes pour animer? Est-ce que le sexe des thérapeutes versus celui des victimes est important? Quel est le rôle de l'alliance thérapeutique sur la motivation (abandon) ou l'efficacité de l'intervention? Quelle est la durée optimale de l'intervention de groupe? Des réponses à ces questions devraient nous aider à mieux définir les services thérapeutiques offerts aux enfants/adolescents qui ont été agressés sexuellement.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Association des centres jeunesse du Québec – ACJQ (2000). Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants. Montréal, Qc : Auteur.
- Ashby, M. R., Gilchrist, L. D. et Miramontez A. (1987). A group treatment for sexually abused American Indian adolescents. Social Work with Groups, 10(4), 21-32.
- Baker, C. R. (1987). A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females". Dissertation Abstracts International, 47 (10-B), 4319-4320.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C. et 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.
- Finkelhor, D. et 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. et Lazarus, R. S. (1988). Ways of Coping Questionnaire: Research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Friedrich, W. N. (1992). Self-Destruction Behaviors Inventory. Document inédit. Rochester: Department of Pedopsychiatry, Clinique Mayo.
- Friedrich, W. (1997). Psychotherapy with sexually abused boys. In Wolfe, D. A., McMahon, R. J. et Peters, R. D. (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.
- Giuli, C. A. et 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.
- Keller, R. A., Cicchinelli, L. F. et Gardner., D. M. (1989). Characteristics of child sexual abuse treatment programs. Child Abuse and Neglect, 13 (3), 361-368.
- Knussen, C., Sloper, P., Cunningham, C. C. et Turner, S. (1992). The use of the Ways of Coping (revised) questionnaire with parents of children with Dow's syndrome. Psychological Medicine, 22, 775-786.
- Kruczek, T. et Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group. Child Abuse and Neglect, 23 (5), 477-485.
- Lindon, J. et Nourse, C. A. (1994). A multi-dimensional model of groupwork for adolescent girls who have been sexually abused. Child Abuse and Neglect, 18 (4), 341-348.
- Mackey, B., Gold, M. et Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescents girls who have been sexually abused. The Arts in Psychotherapy, 14 (1), 77-84.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., et 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.

Marois, M. R., Messier, C. et Perreault, L. A. (1982). L'inceste: une histoire à trois ou plus... apprendre à les aider. Québec: Ministère de la justice, Comité de la protection de la jeunesse.

Picard, D. (1991). Rapport d'évaluation de l'activité de groupe pour les adolescentes victimes d'abus sexuel. Québec: Direction des services professionnels, Centre de services sociaux du Québec.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 269-278.

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.

Rorty, M. et Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. Psychiatric Clinics of North America, 19, 773-791.

Sadowsky, C. M. (1995). Self-Injurious Behaviors Questionnaire. Unpublished manuscript. Rochester, MN: Mayo Clinic.

Saunders B. E., Berliner, L. et Hanson, R. F. (2003). Guidelines for psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse (Final Report). Charleston, SC: Authors.

Sénéchal, P. (1999). Modèle d'intervention de groupe auprès d'adolescentes abusées sexuellement. Document inédit. Hull, Québec: Centre d'Intervention en Abus Sexuel pour la Famille.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z. et Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. Child Abuse and Neglect, 20, 709-723.

Silvosky, J. F. et Hambree-Kigin, T. L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children : A review. Journal of Child Sexual Abuse, 3 (3), 1-20.

Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham K. et Jones, M. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting. Journal of Interpersonal Violence, 10 (4), 533-542.

Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement: une recension des écrits. Revue canadienne de psycho-éducation, 26 (1), 39-69.

Tourigny, M. (1991). Incidence, facteurs de risque et programmes de prévention des abus sexuels envers les enfants. Recueil des études commandées par le Groupe de travail pour les jeunes. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tourigny, M., Péladeau, N., Bouchard, C. et Doyon, M. (1998). Efficacité d'un programme de traitement des enfants abusés sexuellement. Child Abuse and Neglect, 22 (1), 25-43.

Tourigny, M., Gagné, M.-H. et Joly, J. (en préparation). Prévalence et cooccurrence des mauvais traitements dans l'enfance dans la population adulte québécoise.

Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I. et Wright, J. (2003). 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. et Larrivée, M.-C. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ). Montréal: Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales.

Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J. et Larrivée, M.-C. (2003). Québec Incidence Study of reported child abuse, neglect, abandonment and serious behaviour problems (QIS). Montréal: Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales.

Vancouver Incest and Sexual Abuse Centre (VISAC) (1989). The integrated treatment model ITM: For sexually abused children and their mothers. Vancouver: Family Services of Greater Vancouver.

van der Kolk, B. A., Perry, J. C. et Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. American Journal of Psychiatry, 148, 1665-1671.

Verleur, D., Hughes, R. E. et de Rios, M. D. (1986). Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims: A controlled comparison. Adolescence, 21, 843-854.

Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J. et Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. Journal of Behavioral Medicine, 10, 1-18.

Wowra, S. A., McCarter, R. (1999). Validation of the empowerment scale with an outpatient mentale health population. Psychiatric Services, 50 (7), 959-961.

Wright, J., Tourigny, M., Trocmé, N. et Mayer, M. (2000). Decline of incidence of sexual abuse in Québec: An exploration of possible causes. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, November 3rd, Rockville, Maryland US.

Annexe 1

Thématiques abordées durant l'intervention de groupe auprès des adolescentes ayant été agressées sexuellement.

Cette annexe présente en ordre chronologique les différents thèmes abordés pendant les rencontres ainsi que les objectifs généraux visés par chacun de ces thèmes. Ces thèmes peuvent s'échelonner sur plus d'une rencontre.

Thème 1. Amorcer la démarche de groupe : Établir un lien de confiance, créer un climat propice aux échanges, présenter les objectifs des rencontres, établir une structure favorable au travail thérapeutique, permettre la socialisation afin de briser la stigmatisation, explorer et recadrer le vécu émotif des adolescentes en lien avec la situation d'agression sexuelle.

Thème 2. Témoignage d'une survivante d'une agression sexuelle : Par modelage ou imitation, faciliter le récit de la situation vécue et la découverte de moyens d'adaptation adéquats.

Thème 3. Le dévoilement : Faciliter l'expression des émotions face au dévoilement (honte, culpabilité), restructuration cognitive en lien avec le dévoilement (désavantages/avantage).

Thème 4. Les messages véhiculés par l'agression et les mécanismes de défense (d'adaptation): Identifier les mécanismes d'adaptation de l'adolescente, effectuer un recadrage des mécanismes de défenses, démontrer que le dialogue intérieur a un impact sur l'état émotif et sur les comportements.

Thème 5. Le cycle de l'agression sexuelle (le profil de l'agresseur) : Diminuer la culpabilité ressentie face à l'agression vécue, restructuration cognitive en lien avec la responsabilité de l'agression sexuelle (démontrer les manipulations utilisées par l'agresseur pour les piéger, la préparation du geste par l'agresseur).

Thème 6. Lettre à l'enfant agressé sexuellement : Diminuer la culpabilité face à l'agression sexuelle vécue, réduire l'isolement social en favorisant le soutien mutuel des adolescentes, faciliter le développement de comportements sains chez l'adolescente.

Thème 7. Les sentiments : Valider les sentiments liés à l'agression, reconnaître l'utilité d'identifier, de vivre, de verbaliser et de gérer ses émotions, normaliser les réactions affectives, démontrer que les sentiments évoluent.

Thème 8. Les conséquences de l'agression sexuelle : Favoriser la prise de conscience des impacts de l'agression sexuelle, identifier des outils pour atténuer l'impact sur le fonctionnement global des participantes (stratégies d'adaptation).

Thème 9. Les pensées intrusives (flashbacks) : Identifier, développer et partager des moyens adéquats pour gérer les pensées intrusives.

Thème 10. Lettre à l'agresseur : S'exprimer librement face à l'abuseur.

Thème 11. L'estime de soi : Identifier ce qu'est l'estime de soi, développer des outils afin d'avoir une bonne estime de soi.

Thème 12. Les relations amoureuses : Reconnaître ce qu'est une relation amoureuse saine.

Thème 13. L'éducation sexuelle : Explorer les étapes du développement sexuel à l'adolescence.

Thème 14. Se projeter dans l'avenir de façon positive et prévenir la revictimisation: Faire le bilan du cheminement des adolescentes, développer des moyens de protection de la revictimisation, une image positive de soi et une vision optimiste de l'avenir.

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques des participantes et des agressions sexuelles

	Échantillon Total n = 59 %	Groupe Ouvert n = 13 %	Groupe Contrôle n = 15 %	Groupe Fermé n = 31 %	Tests statistiques
Caractéristiques des adolescentes					
Âge moyen (ans) de la victime	14,9	14,4	14,8	15,2	F=3,09
Origine ethnique					X ² =4,78
Canadienne	96,6	0,0	96,8	93,3	
Grecque	1,7	0,0	0,0	6,7	
Russe	1,7	0,0	3,2	0,0	
Tuteur de la victime					X ² =3,02
parents	32,2	46,2	33,3	32,3	
mère	30,5	30,8	33,3	22,6	
père	1,7	0,0	0,0	3,2	
famille élargie	3,4	0,0	6,7	3,2	
famille d'accueil	22,0	23,1	13,3	25,8	
centre d'accueil	6,8	0,0	6,7	9,7	
appartement autonome	3,4	0,0	6,7	3,2	

Caractéristiques socio-démographiques des participantes et des agressions sexuelles

	Échantillon Total n = 55 %	Groupe Ouvert n = 13 %	Groupe Contrôle n = 13 %	Groupe Fermé n = 29 %	Valeur du Chi2
Caractéristiques liées à l'agresseur					
Personne significative					
Oui	82,3	92,3	84,6	86,2	0,41
Non	17,7	7,7	15,4	13,8	
Adulte (18 ans et plus)					
Oui	81,8	92,3	84,6	75,9	1,72
Non	18,2	7,7	15,4	24,1	
Famille immédiate					
Oui	40,0	46,2	46,2	34,5	0,78
Non	60,0	53,9	53,9	65,5	
Famille élargie					
Oui	32,8	30,8	33,3	31,0	0,26
Non	67,2	69,2	66,7	69,0	
Personne inconnue					
Oui	3,6	7,7	7,7	0,0	2,32
Non	96,4	92,3	92,3	100,0	

Tableau 1 (suite)

Caractéristiques socio-démographiques des participantes et des agressions sexuelles

	Échantillon total n = 55 %	Groupe traitement n = 13 %	Groupe contrôle n = 13 %	Groupe de comparaison n = 29 %	Valeur du du Chi2
Caractéristiques liées à l'agresseur					
Plus d'un agresseur					
Oui	21,8	38,5	23,1	13,8	3,22
Non	78,2	61,5	76,9	86,2	
Caractéristiques des agressions sexuelles					
Avec pénétration					
Oui	69,1	76,9	84,6	58,6	3,33
Non	30,9	23,1	15,4	41,4	
Utilisation de la force					
Oui	29,1	30,8	30,8	73,4	0,07
Non	70,9	69,2	69,2	26,6	
Présence d'abus physique					
Oui	14,6	23,1	7,7	13,8	1,27
Non	85,5	76,9	92,3	86,2	
Plus d'une fois par semaine					
Oui	67,3	69,2	61,5	69,0	0,26
Non	32,7	30,8	38,5	31,0	
Taux de participation des adolescentes					
	Échantillon Total n = 55 %	Groupe Ouvert n = 13 %	Groupe Contrôle n = 13 %	Groupe Fermé n = 29 %	Valeur du Chi2
Nombre de présence effectives	nsp*	16,5	nsp*	17,06	F=4,53
Taux de participation	nsp*	0,9	nsp*	0,90	F=0,20

* Ne s'applique pas

Tableau 2
Résultats des analyses statistiques

	OUVERT			FERMÉ			CONTROL				TESTS							
	T1	T2	adj	T2	T1	T2	adj	T2	T1	T2	adj	T2	GLOBAL	OUVERT vs CONTROL	OUVERT vs FERMÉ			
	M	M	M	SE	M	M	M	SE	M	M	M	SE						
Symptômes de Stress Post-traumatique (TSC-C, Briere, 1996)																		
Score Total	69.8	43.8	43.6	3.8	71.5	47.0	45.8	2.3	64.5	64.9	67.6	3.5	F(2,53)=15.48	p=.000	t(53)= 4.66	p=.000	t(53)= 0.49	p=.623
Anxiété	13.6	8.8	8.3	0.7	12.9	8.1	8.0	0.4	11.4	12.4	13.1	0.6	F(2,53)=23.29	p=.000	t(53)= 5.10	p=.000	t(53)=-0.38	p=.707
Dépression	13.5	7.9	8.1	0.8	14.0	8.9	8.8	0.5	14.1	13.2	13.1	0.7	F(2,53)=14.09	p=.000	t(53)= 4.59	p=.000	t(53)= 0.77	p=.443
Dissociation	12.3	7.0	6.6	0.9	12.0	8.4	8.1	0.6	10.1	9.4	10.3	0.9	F(2,53)= 4.27	p=.019	t(53)= 2.88	p=.006	t(53)= 1.41	p=.165
Stress post-traumatique	15.8	11.5	11.7	1.0	16.9	10.8	10.4	0.6	15.0	16.6	17.2	0.9	F(2,53)=19.96	p=.000	t(53)= 4.24	p=.000	t(53)=-1.10	p=.276
Colère	9.3	6.5	7.2	1.0	11.6	7.5	7.0	0.6	9.8	9.4	9.8	0.9	F(2,53)= 3.18	p=.050	t(53)= 1.91	p=.062	t(53)=-0.12	p=.907
Préoccupations Sexuelles	9.2	4.8	4.4	0.8	7.7	5.7	5.8	0.5	7.1	7.3	7.6	0.7	F(2,53)= 4.97	p=.011	t(53)= 3.12	p=.003	t(53)= 1.59	p=.118
Distorsions Cognitives suite à l'agression sexuel (CAPS, Mannarino, Cohen & Berman, 1994)																		
Score Total	51.8	49.2	50.1	1.6	53.7	48.5	48.2	1.0	53.4	55.7	55.6	1.4	F(2,54)= 8.87	p=.000	t(54)= 2.56	p=.013	t(54)=-0.96	p=.339
Se différent des autres	13.8	14.3	13.9	0.6	13.3	13.5	13.4	0.4	12.0	12.8	13.4	0.5	F(2,53)= 0.30	p=.744	t(53)=-0.61	p=.544	t(53)=-0.75	p=.457
Confiance Interpersonnelle	14.8	13.5	14.1	0.7	16.4	14.0	13.9	0.4	16.3	18.2	18.0	0.6	F(2,54)=15.65	p=.000	t(54)= 4.04	p=.000	t(54)=-0.39	p=.696
Responsabilisation	10.4	8.9	9.1	0.5	10.8	8.6	8.6	0.3	10.8	11.2	11.2	0.4	F(2,54)=12.18	p=.000	t(54)= 3.17	p=.003	t(54)=-0.92	p=.360
Crédibilité face aux autres	12.8	12.3	12.6	0.6	13.4	12.3	12.3	0.4	14.2	13.5	13.1	0.5	F(2,54)= 0.88	p=.421	t(54)= 0.65	p=.517	t(54)=-0.48	p=.634
Compts Auto-destructeurs	5.0	1.9	2.2	0.6	5.8	3.0	2.9	0.4	5.7	4.7	4.7	0.6	F(2,55)= 5.09	p=.009	t(55)= 3.01	p=.004	t(55)= 1.03	p=.308
Compts Délinquant	0.7	0.2	0.2	0.3	1.1	0.6	0.6	0.2	0.3	0.1	0.2	0.2	F(2,55)= 1.22	p=.304	t(55)= 0.03	p=.979	t(55)= 1.26	p=.211
Auto-évaluation de Jeune et profile (Achenback, 1991)																		
Score total	86.8	73.4	77.9	4.3	99.5	78.2	74.4	2.8	87.5	91.6	95.6	4.0	F(2,55)= 9.50	p=.000	t(55)= 3.01	p=.004	t(55)=-0.69	p=.496
Comportement Internalisé	24.7	19.1	21.2	1.8	29.6	19.1	18.0	1.1	27.4	31.6	32.0	1.6	F(2,53)=26.72	p=.000	t(53)= 4.60	p=.000	t(53)=-1.49	p=.141
Retrait	5.9	4.5	5.0	0.5	7.2	4.9	4.7	0.3	6.5	8.6	8.7	0.5	F(2,55)=27.93	p=.000	t(55)= 5.51	p=.000	t(55)=-0.58	p=.562

Efficacité d'une intervention de groupe

Somatisation	7.2	4.9	4.9	0.9	6.7	4.2	4.3	0.6	7.7	5.6	5.4	0.8	F(2,53)= 0.63	p=.535	t(53)= 0.41	p=.683	t(53)=-0.56	p=.578
Anxiété	13.5	10.6	11.9	1.2	17.3	10.5	9.6	0.8	14.2	18.9	20.0	1.1	F(2,55)=30.45	p=.000	t(55)= 5.07	p=.000	t(55)=-1.63	p=.109
Problèmes de pensée	4.1	2.5	2.4	0.5	3.6	1.9	2.0	0.3	4.1	1.9	1.8	0.5	F(2,53)= 0.31	p=.736	t(53)=-0.77	p=.443	t(53)=-0.60	p=.597
Problèmes sociales	4.4	2.8	2.7	0.5	4.3	3.2	3.1	0.3	3.6	4.1	4.4	0.4	F(2,54)= 4.80	p=.012	t(54)= 2.79	p=.007	t(54)= 0.71	p=.478
Problèmes d'attention	7.2	5.5	5.7	0.5	8.4	6.5	6.0	0.3	6.1	7.3	8.2	0.5	F(2,55)= 7.80	p=.001	t(55)= 3.41	p=.001	t(55)= 0.42	p=.677
Compts d'externalisation	15.4	12.2	13.1	1.6	18.6	15.5	14.4	1.1	14.4	15.8	17.4	1.5	F(2,55)= 2.07	p=.135	t(55)= 1.93	p=.058	t(55)= 0.64	p=.523
Délinquance	4.5	3.4	4.0	0.6	5.9	4.9	4.6	0.4	5.2	5.3	5.5	0.5	F(2,55)= 1.90	p=.159	t(55)= 1.90	p=.062	t(55)= 0.85	p=.401
Agressivité	10.9	8.8	9.0	1.3	12.7	10.6	9.9	0.9	9.2	10.4	11.7	1.3	F(2,55)= 1.13	p=.331	t(55)= 1.45	p=.152	t(55)= 0.55	p=.583
Relation Mère/fille	27.2	23.4	31.1	4.6	43.3	33.7	30.1	3.0	37.1	41.0	41.7	4.3	F(2,49)= 2.61	p=.083	t(49)= 1.69	p=.098	t(49)=-0.19	p=.852
Relation Père/fille	35.0	37.8	35.5	3.6	26.9	23.1	27.3	2.7	39.3	42.0	36.3	3.7	F(2,39)= 2.61	p=.086	t(39)= 0.15	p=.882	t(39)=-1.82	p=.077
Sentiment de pouvoir																		
Score total	2.7	2.8	2.8	0.1	2.6	2.8	2.8	0.1	2.6	2.6	2.6	0.1	F(2,54)= 4.12	p=.022	t(54)=-1.94	p=.057	t(54)= 0.41	p=.685
Optimisme	3.0	3.2	3.1	0.1	2.9	3.0	3.0	0.1	2.9	2.7	2.7	0.1	F(2,54)= 3.43	p=.040	t(54)= -2.37	p=.021	t(54)=-0.65	p=.520
Colère	2.3	2.3	2.3	0.1	2.3	2.4	2.4	0.1	2.4	2.4	2.4	0.1	F(2,52)= 0.21	p=.808	t(52)= 0.53	p=.601	t(52)= 0.63	p=.530
Efficacité personnelle	3.0	3.0	2.9	0.1	2.8	3.0	3.0	0.1	2.6	2.6	2.7	0.1	F(2,52)= 3.00	p=.058	t(52)= 1.38	p=.172	t(52)= 0.62	p=.539
Impuissance	2.4	2.4	2.4	0.1	2.4	2.6	2.6	0.1	2.4	2.4	2.4	0.1	F(2,54)= 2.33	p=.107	t(54)= 0.12	p=.909	t(54)= 1.74	p=.087
Strategies d'adaptation																		
Recherche de soutien	9.5	11.8	11.1	0.8	7.8	11.5	11.4	0.5	5.8	4.5	5.1	0.7	F(2,55)=26.97	p=.000	t(55)=-5.51	p=.000	t(55)= 0.30	p=.766
Résolution de problème	11.4	12.3	11.7	1.3	9.4	14.4	14.4	0.8	7.3	5.9	6.5	1.2	F(2,55)=14.67	p=.000	t(55)=-2.90	p=.005	t(55)= 1.78	p=.081
Évitement	7.8	7.8	8.9	0.9	10.1	10.1	9.9	0.5	11.2	11.9	11.1	0.8	F(2,55)= 1.80	p=.176	t(55)= 1.88	p=.065	t(55)= 1.05	p=.299

