

**JEUNES ET AGRESSIONS SEXUELLES :
MODALITÉS ET ÉVALUATION DE L'INTERVENTION
SEXUALLY ABUSED YOUTH : ASSESSMENT AND TREATMENT**

PRÉSENTATION

L'agression sexuelle envers les jeunes est un évènement traumatisant aux multiples conséquences. Ce problème existe depuis toujours, mais ce n'est que récemment dans l'histoire de l'humanité que l'agression sexuelle a éveillé l'attention des cliniciens, des éducateurs et des législateurs. En 2001, le gouvernement du Québec a défini l'agression sexuelle comme un « geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne. » (p. 22).

Par ailleurs, la Direction de la Protection de la jeunesse du Québec définit l'agression sexuelle comme un « geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle » (1991, p. 5). Par conséquent, le fait de définir l'agression sexuelle de façon différente exerce un effet direct sur les taux de prévalence et d'incidence.

L'objectif de ce numéro thématique est, dans un premier temps, de cerner les modalités et les évaluations des programmes utilisés par des groupes de chercheurs et de praticiens pour venir en aide aux jeunes ayant vécu des agressions sexuelles. Ces professionnels incluent, dans certains cas, dans leurs programmes thérapeutiques, les parents ou les substituts parentaux. Par la suite, sont intégrés à ce numéro, des articles qui ne décrivent pas des programmes mais qui apportent, de par leur contenu, un éclairage important sur le problème de l'agression envers les jeunes surtout et, dans le cas d'un article, envers les adultes.

Ce numéro thématique est donc constitué de 13 articles portant sur le problème des agressions sexuelles faites aux enfants, adolescents et jeunes adultes. Certains articles rapportent spécifiquement des résultats de recherche ou des analyses documentaires examinant l'efficacité des interventions relatives aux agressions sexuelles commises à l'endroit des

Présentation

adolescent(e)s et des jeunes adultes. Enfin, des problématiques reliées à l'agression sexuelle sont abordées. Plus précisément, les 13 articles sont les suivants.

Le premier article, *Impact de l'intervention auprès d'enfants qui ont des comportements sexuels problématiques*, rédigé par Claudia Tremblay et Huguette Bégin, fait ressortir les avantages et les bienfaits d'une intervention de groupe auprès de 95 enfants (garçons et filles, subdivisés en deux groupes : 6-9 ans, 10-12 ans) qui ont des comportements sexuels problématiques envers d'autres enfants et auprès de leurs parents ou d'adultes significatifs. À la suite de leur participation à un programme (approche cognitivo-comportementale; 20 rencontres de 105 minutes) nommé *Programme d'intervention À la Croisée des Chemins* et élaboré par l'équipe de recherche, les jeunes s'améliorent, entre autres, sur le plan de l'affirmation de soi et du contrôle de soi, ils ont moins de préoccupations sexuelles; en outre, les parents apprennent à intervenir et à assumer leur responsabilité relativement au changement dans le comportement de leur enfant.

Le deuxième article, *Évaluation d'une intervention de groupe pour enfants âgés de 6 à 13 ans victimes d'une agression sexuelle*, a été écrit par Ann Claude Simoneau, Martine Hébert et Marc Tourigny. Cette recherche évalue les effets d'une intervention de groupe (12 rencontres de 90 minutes pour les jeunes âgés de 6 à 8 ans; 9 rencontres de deux heures pour les jeunes filles âgées de 9 à 12 ans) sur les comportements sexualisés et l'estime personnelle des jeunes. Les résultats font ressortir que l'intervention de groupe exerce un impact positif sur l'estime de soi et entraîne une diminution des comportements sexualisés chez les jeunes qui bénéficient de l'intervention.

Le troisième article, *Enfants présentant des comportements sexuels problématiques : lignes directrices en matière d'évaluation et de traitement*, élaboré par Mélanie M. Gagnon, Marc Tourigny et Mireille Lévesque, trace un portrait du problème des enfants qui exercent de la violence sexuelle envers d'autres jeunes. Après avoir présenté les données relatives à la prévalence et à l'incidence de ce problème, les auteurs font ressortir les facteurs associés à ces troubles et les typologies. Par la suite, ils mentionnent l'importance de procéder à une évaluation du profil psychosocial des jeunes de façon à cerner, entre autres, les facteurs de protection, le soutien parental et les occasions offertes à l'enfant qui facilitent l'adoption de comportements inappropriés. Les auteurs présentent aussi les objectifs de programmes (peu nombreux) qui traitent les jeunes ayant des comportements sexuels problématiques ainsi qu'une recension de six études empiriques évaluant l'efficacité des traitements.

L'article, *Les facteurs de résilience et de guérison chez les autochtones victimes d'agression sexuelle*, rédigé par François Muckle et Jacinthe Dion, expose l'état de la situation (prévalence et incidence, séquelles, facteurs de résilience) des agressions sexuelles vécues par les jeunes et les femmes autochtones. Les auteurs rappellent l'impact dévastateur de la colonisation et des pensionnats « sur la culture autochtone, le système familial ainsi que le système communautaire. ». Par la suite, ils abordent la résilience des autochtones dans une perspective écologique en tenant compte de leurs « valeurs collectivistes ». Les auteurs terminent leur article en faisant ressortir l'importance, pour les non-autochtones, de tenir compte de la réalité des autochtones tant sur le plan de l'évaluation des agressions sexuelles que dans le traitement; en effet, comme les auteurs le mentionnent, « la pratique initiée par les non-autochtones doit s'effectuer en prenant conscience des réalités propres aux réserves ».

Le cinquième article, *La traite sexuelle des enfants : un phénomène méconnu*, écrit par Mélanie M. Gagnon et Catherine Gauvreau, définit, dans un premier temps, ce qui est sous-entendu par les termes traite des enfants et trafic des migrants. Par la suite, les auteures décrivent l'ampleur de ce problème, les modes de recrutement des trafiquants et les facteurs de risque, à savoir le genre, la pauvreté, l'isolement social, les conflits armés et les politiques d'immigration restrictives. Elles exposent aussi les conséquences, pour ces jeunes filles vulnérables et soumises, sur le plan de la santé (entre autres, elles sont contaminées par le VIH; elles peuvent vivre des grossesses précoces, ce qui peut mener à des avortements illégaux ou à des infanticides). À la suite de ce sombre portrait, les auteures proposent des pistes de réflexion, dont notamment l'information auprès des jeunes, la coopération entre les différents partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux, l'aide aux victimes et des changements en ce qui a trait aux méthodes d'enquête.

L'article, *Une recension systématique des programmes d'intervention de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement*, écrit par Geneviève Paquette, Marc Tourigny et Jacques Joly, analyse 20 recherches sur les plans méthodologique et statistique. Les auteurs notent, entre autres, que :

- l'orientation théorique demeure inconnue pour plus de la moitié des programmes;
- le nombre de rencontres de groupe prévu varie considérablement (de 6 à 26);
- l'objectif le plus fréquemment cité vise l'amélioration des stratégies adaptatives;
- l'estime de soi et la réduction de l'isolement social se sont améliorées chez les jeunes;

Présentation

- les taux d'abandon sont documentés;
- les programmes s'adressent aux adolescentes qui ont 14,7 ans et plus;
- la majorité des adolescentes disent avoir une meilleure compréhension de ce qu'elles ressentent après l'intervention de groupe.

Les résultats suggèrent aussi que les programmes de traitement de groupe sont efficaces pour améliorer l'adaptation psychosociale et la santé psychologique des adolescentes participantes.

Le septième article, intitulé *L'efficacité de l'approche MASTR-EMDR auprès d'adolescent(e)s qui ont été agressé(e)s sexuellement*, a été écrit par Leechen Farkas, Mireille Cyr, Thomas Lebeau, Jacques Lemay et Pierre McDuff. Cet article présente les résultats d'un traitement manualisé qui a été conçu pour des jeunes exposés à des traumatismes. Trente jeunes ainsi que leurs parents ont participé à cette recherche qui a été réalisée selon un devis expérimental à mesures répétées (pré et post-traitement et suivi à trois mois). Les résultats indiquent que ce traitement réduit les « symptômes rapportés par les adolescents participant au groupe de traitement (soit le stress post-traumatique, la colère, la dépression, la dissociation et l'anxiété) ».

Marc Tourigny est l'auteur du huitième article intitulé *Efficacité après six mois d'une thérapie psychoéducatrice de groupe pour adolescentes agressées sexuellement*. Cette recherche examine les effets d'une thérapie psychoéducatrice auprès d'adolescentes agressées sexuellement. Cette thérapie (20 séances et trois temps de mesure) est offerte à des adolescentes (N = 27) en groupe fermé alors que le groupe de comparaison comprend 15 adolescentes qui n'ont pas reçu de traitement. Les résultats révèlent que les adolescentes qui ont participé à la thérapie présentent des comportements anorexiques, une diminution des distorsions cognitives liées à la confiance interpersonnelle ainsi qu'une amélioration dans la recherche de soutien et dans la réévaluation.

Le neuvième article, *Caractéristiques associées à l'abandon de la thérapie de groupe par des adolescentes victimes d'agressions sexuelles*, a été écrit par Isabelle Boisvert, Marc Tourigny et Geneviève Paquette. Cette étude, qui s'étale de 1998 à 2005, a permis d'identifier les caractéristiques qui prédisent l'abandon d'une thérapie dispensée dans trois centres d'intervention auprès de 116 adolescentes âgées de 12 à 17 ans. Le taux d'abandon est de 19,8 %. Les résultats démontrent que les jeunes qui quittent la thérapie présentent un niveau de bouleversement plus élevé relativement aux agressions sexuelles et plus de problèmes

comportementaux comparativement aux jeunes qui poursuivent le traitement.

Le dixième article, rédigé par Mathieu Goyette, Joanne-Lucine Rouleau, Patrice Renaud et Francis Fortin, s'intitule *Évaluation et intervention auprès de consommateurs de pornographie juvénile sur Internet*. Cet article fait le point sur les modes d'approche des intervenants auprès de consommateurs de pornographie juvénile sur Internet. Après avoir présenté l'état de la situation, les auteurs soumettent une étude de cas qui illustre le processus d'un individu « excité sexuellement lorsqu'il parvenait à s'imaginer à la place de l'enfant plutôt que de l'agresseur ».

Le onzième article, écrit par Mylène Payer, Mireille Cyr et Pierre McDuff, s'intitule *Facteurs liés au soutien maternel et aux stratégies d'adaptation de mères d'un enfant victime d'une agression sexuelle*. Cette recherche, réalisée auprès de 147 mères victimes d'agression sexuelle durant leur enfance, met en lumière le lien entre leur perception des conséquences de leur propre agression sexuelle et le soutien émotif qu'elles donnent à leur enfant (17 % sont des garçons et 83 % sont des filles) victime d'agression sexuelle.

Le douzième article, *Drogues du viol, alcool et agressions sexuelles : perception d'étudiants de niveaux collégial et universitaire*, a été écrit par Nicole Perreault, Huguette Bégin, Danielle Bédard, Isabelle Denoncourt et Josée Michaud. Les résultats de cette recherche révèlent, entre autres, que « la majorité des comportements négatifs perçus (à la suite de la consommation de substances) sont de l'ordre de la perte de contrôle et de la peur du regret subséquent ». Les auteures constatent aussi chez les jeunes une banalisation des effets de l'alcool et de son rôle dans les agressions sexuelles.

Finalement, le treizième article, *Viols en temps de guerre : l'actualité des agressions sexuelles commises sur des femmes adultes*, écrit par Sophie Bélair et Joanne-Lucine Rouleau, trace un portrait de la situation des femmes lors des conflits armés. Après avoir fait état de cadres théoriques expliquant cette réalité, l'auteure suggère quelques stratégies préventives qui pourraient, si elles étaient appliquées, limiter le nombre de victimes en cas de conflits.

CONCLUSION

Nous souhaitons que ce tour d'horizon puisse parfaire vos connaissances dans ce domaine et susciter réflexions et démarches pour assurer à nos jeunes un monde meilleur, plus sécuritaire et respectueux.

Présentation

Références

- Association des Centres jeunesse du Québec (2000). *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*. Montréal : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Directeurs de la Protection de la Jeunesse du Québec (1991). *Définition de l'abus sexuel*. Québec : MSSS.
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Santé et Services sociaux.

Huguette Bégin

Université de Montréal

IMPACT DE L'INTERVENTION AUPRÈS D'ENFANTS QUI ONT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES

**EFFECTIVENESS EVALUATION OF GROUP PSYCHOTHERAPY FOR CHILDREN WITH
SEXUALLY INAPPROPRIATE BEHAVIOR**

Claudia Tremblay
*Association des Centres
jeunesse du Québec*

Huguette Bégin¹
Université de Montréal

Les recherches sur les enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques envers d'autres enfants ont connu un essor important depuis les vingt dernières années. Bien que la fréquence et l'intensité de ces problèmes restent à préciser, ce phénomène est d'autant plus inquiétant que des études et des observations cliniques indiquent qu'une majorité d'adolescents et d'adultes agresseurs ont posé leurs premiers gestes sexuels inadéquats avant l'âge de 12 ans (Araji, 1997; Shaw, 1999). Ces études rapportent également qu'entre 19 % et 37 % des enfants sont de sexe féminin et que l'âge moyen des enfants à leur premier geste sexuel inadapté est de 7,5 ans. Bien que les comportements sexuels auxquels s'adonnent ces enfants comprennent le répertoire des activités sexuelles d'adultes, les attouchements sexuels représentent le type de gestes le plus commun (chez plus des deux tiers des enfants). De plus, les enfants ont souvent recours à la coercition verbale et à l'intimidation (dans 54 % à 60 % des cas) et, à un moindre degré, à l'utilisation de la force physique (dans 23 % à 38 % des cas) lorsqu'ils posent des gestes sexuels inadéquats.

Une histoire d'agression sexuelle antérieure est, sans contredit, un des facteurs les plus documentés dans les écrits scientifiques (Bentovim, 2002; Ryan, 2002; Watkins et Bentovim, 2000). À ce titre, les études rapportent des fréquences d'agression sexuelle variant de 48 % à 100 % chez les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques. La violence physique et psychologique ainsi que la négligence sont en lien avec l'apparition de comportements sexuels inappropriés. En effet, les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques proviennent de milieux familiaux perturbés où se retrouvent des comportements d'agression physique et sexuelle, de la maltraitance psychologique, de la négligence, des conflits parentaux, une absence de soutien et de cohésion ainsi que des environnements sexualisés. Les troubles psychiatriques (trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, état de

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6662. Courriel : Huguette.Begin@umontreal.ca

stress post-traumatique) sont aussi fréquemment mentionnés. Dans l'étude de Gray, Pithers, Busconi et Houchens (1999), 96 % des 127 enfants de leur échantillon répondent aux critères du DSM-IV pour au moins un diagnostic psychiatrique, dont le trouble des conduites (76 %), le déficit de l'attention avec hyperactivité (40 %), le trouble oppositionnel avec provocation (27 %) ainsi que l'état de stress post-traumatique (17 %). De plus, la majorité de ces jeunes présente des difficultés d'apprentissage sévères et d'autres problèmes scolaires (retards scolaires, redoublement) qui les orientent vers des classes spécialisées. Ils manifestent aussi des déficits importants sur le plan des compétences sociales. En effet, ces enfants ont peu d'amis et la majorité d'entre eux entretiennent des relations conflictuelles avec leurs pairs (caractérisées par l'agressivité, la peur et l'impulsivité); ils présentent de plus une faible tolérance à la frustration et de pauvres habiletés sur le plan de la résolution de conflits et de la gestion de situations nouvelles. Devant cette réalité, les milieux d'intervention (centres jeunesse et organismes communautaires) ont reconnu le caractère prioritaire de ces situations inquiétantes, tant pour les enfants que pour les milieux d'hébergement, et l'urgence de développer des interventions appropriées à leur situation. Dans ce contexte, le programme d'intervention de groupe « À la croisée des chemins » a été élaboré afin de répondre aux besoins spécifiques de ces enfants et de leur famille (Tremblay et Gagnon, 2005). Depuis 1999, le programme est implanté dans différentes régions du Québec, notamment aux Centres jeunesse de Lanaudière.

PROGRAMME D'INTERVENTION « À LA CROISÉE DES CHEMINS »

Le programme comprend deux volets parallèles, enfants et parents, qui s'échelonnent sur 20 semaines, à raison d'une rencontre hebdomadaire d'une durée de 1 heure et 45 minutes. Le nombre maximal de participants par groupe est de 8 pour le groupe d'enfants et de 14 pour le groupe de parents. Les enfants sont répartis dans les groupes selon leur âge (6 à 9 ans et 10 à 12 ans) alors que les parents sont regroupés au sein d'un même groupe. Pour le même enfant, deux adultes peuvent participer au groupe (par exemple, les deux parents biologiques ou un parent et un éducateur de résidence de groupe). Lorsque le parent ne peut participer à ces rencontres et que l'enfant est placé, le parent substitut ou l'éducateur du milieu de vie peut accompagner l'enfant et s'intégrer au groupe de parents. L'existence d'un lien d'attachement et d'un rôle parental est tout aussi significatif et nécessite soutien et éducation, et ce, tout particulièrement lorsque l'enfant est séparé de son milieu familial d'origine et vit en milieu substitut (famille d'accueil, résidence de groupe, etc.).

Le programme, composé d'un ensemble d'activités, s'insère dans un cadre théorique fortement inspiré des approches cognitivo-

comportementales. Ces activités permettent à l'enfant de : a) reconnaître son comportement sexuel problématique, b) cerner les mécanismes déclencheurs et les conséquences du comportement sexuel problématique, c) apprendre des connaissances en matière de sexualité saine, d) prendre conscience de ses limites personnelles et de celles d'autrui, e) parfaire ses habiletés sociales, f) développer des habiletés favorisant le contrôle de soi et g) renforcer son estime de soi.

Parallèlement, pour l'ensemble des parents, les cibles d'intervention visent : a) la reconnaissance des comportements sexuels problématiques de leur enfant, b) la compréhension des mécanismes déclencheurs menant aux comportements sexuels inadéquats, c) l'établissement d'une supervision adéquate, limitant ainsi les activités qui placent l'enfant dans une situation propice aux activités sexuelles inappropriées, d) l'apprentissage de connaissances et d'habiletés dans l'éducation à la sexualité de leur enfant et e) le développement d'habiletés parentales par l'apprentissage d'une communication ouverte, d'une attention positive et le renforcement de l'estime de soi de l'enfant.

MÉTHODE

Cette recherche a pour objectif d'évaluer l'impact d'une intervention de groupe sur les comportements sexuels problématiques d'enfants.

Participants

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 95 enfants présentant des comportements sexuels problématiques et de leurs parents. Tous les enfants et leur famille ont été évalués lors de leur référence pour intégrer le programme d'intervention. Pour être éligibles au programme d'intervention, les enfants, garçons et filles, doivent être, au moment de la référence, a) référés pour des comportements sexuels problématiques, b) âgés de 6 à 12 ans et c) accompagnés d'un parent ou d'un adulte significatif. Les données de l'étude proviennent de deux catégories de répondants : a) le parent ou le tuteur de l'enfant et b) l'enfant lui-même.

Matériel

Le protocole d'entrevue, élaboré par Gagnon (1999), permet de recueillir de l'information auprès de l'adulte sur les caractéristiques sociodémographiques et des données sur divers aspects de la vie personnelle, sociale et familiale de l'enfant. Ce protocole documente aussi l'histoire des comportements sexuels problématiques selon la perception de l'adulte répondant et de celle de l'enfant. Les enfants complètent l'*Échelle post-traumatique pour enfants (Trauma Symptom Checklist for Children* de Briere, 1996; v.f. Philippe-Labbé, Lachance et Saintonge,

1999) qui mesure le contrôle des symptômes de traumatisme chez les enfants de 8 à 16 ans à l'aide de 54 items cotés sur une échelle en quatre points (jamais, parfois, souvent, presque toujours) et répartis en six dimensions. Les coefficients de cohérence se situent entre .77 et .89. Les jeunes répondent également au *Système d'évaluation des habiletés sociales*, version française du *Social Skills Rating System (SSRS*; Gresham et Elliott, 1990) traduite par Gagné (1993). Ce questionnaire évalue les habiletés sociales selon la perception de l'enfant. L'instrument comprend 34 items cotés sur une échelle en trois points qui sont répartis en quatre sous-échelles : affirmation de soi, contrôle de soi, empathie et habiletés sociales. Un score global d'habiletés sociales est calculé de même qu'un score pour chacune des quatre sous-échelles situant la position de l'enfant par rapport à la norme de son groupe d'âge de référence. Dans sa version originale, l'instrument a démontré de bonnes qualités psychométriques : un coefficient alpha de .83 pour l'échelle globale et un coefficient de corrélation test-retest (1 mois) se situant à .68. L'instrument indique aussi une très bonne validité de construit.

Le parent répond à *l'Inventaire des comportements sexuels de l'enfant*, version traduite au Québec par Wright, Sabourin et Lussier (1994), du *Children Sexual Behavior Inventory (CSBI*; Friedrich, Fisher, Dittner, Action, Berliner, Butler, Damon, Davies, Gray et Wright, 2001). Cet inventaire de 39 items cotés par le parent à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points mesure la fréquence des comportements sexuels de l'enfant au cours des six derniers mois. Un score global étant obtenu, il est alors possible de se référer à des seuils critiques selon l'âge et le sexe des enfants. En ce qui concerne la fidélité de l'instrument, une étude comparative réalisée auprès de 1114 enfants dits normaux, 620 victimes d'agression sexuelle et 277 patients psychiatriques révèle des coefficients de cohérence interne de .72, .92 et .83 respectivement. Les coefficients de corrélation test-retest se situent pour chacun des groupes à .91, .93 et .93. L'instrument possède également une bonne validité discriminante (Friedrich *et al.*, 2001).

Résultats

Des analyses non paramétriques (Chi-carré de Pearson) ont permis de comparer les groupes d'âge (6-9 ans et 10-12 ans) selon les caractéristiques du profil psychosocial des enfants et des parents. Des analyses de variance factorielle (sexe, catégorie d'âge) à mesures répétées sur la dernière variable (temps) ont été effectuées sur les questionnaires cliniques. Compte tenu de la taille de l'échantillon, le seuil alpha est fixé à $p < .05$. Il est à noter que, pour diverses raisons (abandon d'enfants et de parents, questionnaires incomplets, retrait de participants, connaissances limitées de l'enfant, etc.), certaines parties de l'évaluation

n'ont pu être complétées, ce qui explique la variation du nombre de sujets dans les divers tableaux.

La présentation des résultats comporte deux parties. La première expose les principales caractéristiques sociodémographiques des enfants et de leurs parents biologiques ainsi que leur vécu. La deuxième partie résume les résultats aux questionnaires cliniques ainsi que les différences retrouvées avant la participation du jeune au programme (prétest) et après (post-test). Cinquante pour cent (50,5 %, $n = 48$) des enfants sont âgés de 6 à 9 ans et 49,5 % ($n = 47$) sont âgés de 10 à 12 ans. L'âge moyen des enfants est de 9 ans 4 mois. Des 95 enfants évalués, 75,8 % ($n = 72$) sont de sexe masculin alors que 24,2 % ($n = 23$) sont de sexe féminin (6 à 9 ans : 70,8 % de garçons et 29,2 % de filles; 10 à 13 ans : 80,9 % et 19,2 %).

Sur le plan de la santé, comme on le constate au Tableau 1, 17,4 % des enfants présentent un retard de développement. Il y a plus d'enfants âgés de 10 à 12 ans qui ont un retard de développement ($N = 12$, 29,3 %) que d'enfants âgés de 6 à 9 ans ($n = 3$, 6,7 %) ($X^2 = 9,03$, $p = .01$). Près d'un enfant sur trois (30,2 %) éprouve des problèmes d'ordre psychiatrique, notamment l'hyperactivité avec déficit d'attention. Une différence significative ressort en ce qui concerne les problèmes liés au sommeil ($X^2 = 7,75$, $p = .021$). Les enfants plus âgés ($n = 15$, 36,6 %) vivent plus de problèmes liés au sommeil que les plus jeunes ($n = 6$, 13,3 %). Par ailleurs, les enfants âgés de 10 à 12 ans ont tendance à présenter plus de problèmes ($X^2 = 5,48$, $p = .06$) reliés à l'alimentation ($n = 9$, 22 %) que les enfants âgés de 6 à 9 ans ($n = 6$, 13,3 %). En outre, plus de la moitié des enfants (52,9 %) prennent plus d'un médicament (principalement le Ritalin 82,2 % des cas). Sur le plan comportemental, les données recueillies révèlent que 47,7 % des enfants vivent des conflits avec les autres et manifestent des comportements agressifs envers les autres enfants, les adultes à la maison ou à l'école. Un peu plus du quart des enfants (27,9 %) ont des crises de rage incontrôlables et certains jeunes mentent régulièrement (32,6 %) et volent (16,3 %). En ce qui concerne le vol, on note une tendance à l'effet que les enfants plus âgés voleraient ($n = 10$, 24,4 %) plus souvent que les enfants plus jeunes. ($n = 4$, 9,8 %) ($X^2 = 3,78$, $p = .052$). Sur le plan relationnel, 22,1 % des enfants vivent de l'isolement; les enfants âgés de 10 à 12 ans s'isolant plus fréquemment ($n = 13$, 31,7 %) que les enfants de 6 à 9 ans ($n = 6$, 13,3 %). Enfin, sur le plan scolaire, une grande proportion (66,3 %) des enfants manifestent des difficultés importantes d'attention et de concentration et 59,3 % affichent aussi des problèmes d'apprentissage. Dans près du tiers des cas (30,2 %), l'enfant participe à un programme d'éducation spécialisée en raison de problèmes d'apprentissage ou de

Impact de l'intervention

Tableau 1 Fonctionnement de l'enfant

Fonctionnement de l'enfant	N	6-9 ans	10-12 ans	Total (%)
Retard de développement	86	3	12	17,4
Trouble psychiatrique	86	12	14	30,2
Problèmes liés au sommeil	86	6	15	24,4
Problèmes liés à l'alimentation	86	3	9	14,0
Comportement d'automutilation	86	3	8	12,8
Tentative de suicide	86	2	5	8,1
Conflits avec les autres	86	23	18	47,7
Comportements agressifs	86	23	18	47,7
Crises de rage	86	14	10	27,9
Mentir	86	15	13	32,6
Voler	86	4	10	16,3
Isolement	86	6	13	22,1
Difficulté d'attention et de concentration	86	28	29	66,3
Problèmes d'apprentissage	86	25	26	59,3
Éducation spécialisée	86	10	16	30,2
École spéciale	86	4	7	12,8
Agressivité envers les professeurs	86	9	5	16,3
Attouchement et caresses	73	28	25	72,6
Fellation	73	10	7	23,3
Pénétration et tentative	73	9	4	17,8
Sodomie et tentative	73	4	5	12,3
Voyeurisme	73	4	4	11,0
Exhibitionnisme	73	5	2	9,6
Masturbation	73	1	2	4,1
<i>Type de coercition</i>				
Aucune coercition	73	17	24	56,2
Coercition verbale	73	12	4	21,9
Coercition physique avec arme	73	1	1	2,7
Coercition physique sans arme	73	0	1	1,4

comportement et 12,8 % fréquentent une école spéciale. De plus, 16,3 % des enfants adopteraient des comportements agressifs envers leur professeur.

Il est important de faire ressortir que la diversité des comportements sexuels auxquels aux quels s'adonnent ces enfants fait référence au répertoire de tous les comportements sexuels observés chez les adultes, soit les attouchements des organes génitaux (72,6 %), la fellation (23,3 %), la pénétration et les tentatives de pénétration (17,8 %), la sodomie et les tentatives de sodomie (12,3 %), les comportements de voyeurisme (11 %), les comportements d'exhibitionnisme (9,6 %) et la masturbation (4,1 %). Cinquante-six pour cent (56,2 %) des jeunes n'ont eu recours à aucune forme de coercition alors que d'autres enfants ont employé la contrainte verbale (21,9 %), la contrainte physique avec arme (2,7 %) ou la contrainte physique sans arme (1,4 %) afin d'obtenir la participation de l'autre enfant. (Les différences entre les groupes ne sont pas significatives).

Par ailleurs, une proportion non négligeable de parents (Tableau 2) présentent des problèmes de toxicomanie (48,8 %), d'alcoolisme (31 %), de santé mentale (29,8 %), de criminalité (16,7 %) et des problèmes d'ordre économique (13,1 %). Plus du quart des enfants (29,8 %) vivent dans un milieu familial caractérisé par de la violence conjugale. En outre, bon nombre de parents ont vécu une histoire d'antécédents de mauvais traitements : abus physiques (22,9 %), agressions sexuelles (37,3 %) et

Tableau 2 Caractéristiques des parents

Caractéristiques	N	6-9 ans	10-12 ans	Total (%)
<i>Fonctionnement des parents</i>				
Toxicomanie	84	20	21	48,8
Alcoolisme	84	10	16	31
Problèmes de santé mentale	84	12	13	29,8
Activités criminelles	84	7	7	16,7
Problèmes d'ordre économique	84	3	8	13,1
Violence conjugale	84	9	16	29,8
<i>Abus dans l'enfance</i>				
Abus physiques	83	7	12	22,9
Agressions sexuelles	83	14	17	37,3
Abus psychologiques	83	5	10	18,1
<i>Facteurs de risque familiaux</i>				
Matériel pornographique	88	19	11	34,1
Comportements sexuels explicites et observables entre adultes	88	18	16	38,6
Absence d'encadrement et de supervision	88	22	15	42,0

Impact de l'intervention

abus psychologiques (18,1 %). Certains facteurs de risque caractérisent aussi le milieu de vie d'origine de ces enfants, notamment l'accès à du matériel pornographique (34,1 %), le fait que les jeunes soient témoins de comportements sexuels explicites et observables entre adultes (38,6 %) ainsi que l'absence d'encadrement et de supervision des enfants (42 %). De plus, lors des analyses, nous trouvons un effet d'interaction temps/sexe [$F(1,48) = 4,71; p = .035$] à l'*Inventaire des comportements sexuels de l'enfant*. En effet, lors de la décomposition de l'effet d'interaction, nous observons au temps 1 une différence significative entre les sexes [$F(1,48) = 7,36; p = .009$], les filles présentant significativement plus de comportements sexuels que les garçons. Mais, nous retrouvons également une différence significative entre le temps 1 et le temps 2 pour les filles [$F(1,48) = 10,09; p = .003$]. En effet, elles présentent significativement moins de comportements sexuels après avoir participé au programme d'intervention.

Le Tableau 3 fait ressortir des différences significatives à certaines dimensions du questionnaire *Échelle post-traumatique pour enfants*, soit un effet principal de la catégorie âge pour les échelles de la colère [$F(1,32) = 9,69; p = .004$] et de la dépression [$F(1,32) = 8,48; p = .006$]. En effet, les enfants âgés de 6 à 9 ans présentent significativement plus de colère et de dépression que les jeunes âgés de 10 à 12 ans, et ce, peu importe le moment d'évaluation.

Finalement, il existe un effet d'interaction temps/catégorie d'âge [$F(1,32) = 4,59; p = .04$] à l'échelle préoccupations sexuelles. Lors de la décomposition de l'effet d'interaction, nous retrouvons au temps 1 une différence significative entre les catégories d'âge [$F(1,32) = 6,36;$

Tableau 3 Résultats à l'Échelle post-traumatique pour les enfants en fonction de la catégorie d'âge

Dimensions	6 à 9 ans					10 à 12 ans				
	T 1		T 2			T 1		T 2		
	<i>n</i>	M	ÉT	M	ÉT	<i>n</i>	M	ÉT	M	ÉT
Stress post-traumatique	12	61,25	15,97	56,17	13,74	22	52,14	9,93	52,50	12,74
Dissociation	12	64,50	18,21	63,67	15,56	22	56,32	13,31	54,59	13,65
Anxiété	12	66,00	18,03	61,08	15,89	22	55,41	13,80	58,82	16,67
Colère	12	63,17	16,16	58,17	12,01	22	51,77	6,73	51,55	10,04
Dépression	12	66,25	18,54	67,42	16,30	22	54,47	9,82	54,23	13,53
Préoccupations sexuelles	12	92,33	30,93	74,33	19,83	22	69,23	22,11	67,36	20,00

$p = .02$]. Ainsi, au prétest, les enfants âgés de 6 à 9 ans présentent significativement plus de préoccupations sexuelles que les enfants âgés de 10 à 12 ans. Nous notons également une différence significative entre le temps 1 et le temps 2 pour les enfants âgés de 6 à 9 ans [$F(1,32) = 8,82$; $p = .006$]. En effet, les préoccupations sexuelles de ces enfants diminuent significativement à la suite de leur participation au programme d'intervention.

Nous observons, au Tableau 4, un effet principal du temps pour les dimensions « affirmation de soi » [$F(1,51) = 4,26$; $p = .044$] et « contrôle de soi » [$F(1,49) = 4,66$; $p = .036$]. Ainsi, l'ensemble des enfants dit adopter significativement plus de comportements d'affirmation de soi et avoir significativement un meilleur contrôle de soi après avoir participé au programme d'intervention.

DISCUSSION

Cette évaluation de l'impact d'un programme d'intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques apporte, dans un premier temps, une description intéressante de la clientèle québécoise visée par ce programme. En effet, les enfants québécois sont plus âgés ($M = 9,5$ ans) que les enfants américains ($M = 7,5$ ans) (Gray *et al.*, 1999, Johnson, 1989); toutefois, la proportion de garçons et de filles (75,8 % et 24,2 %) est semblable à celle des études américaines (Bonner, Walker et Berliner, 1999; Gray *et al.*, 1999; Johnson, 1989; Pithers, Gray, Busconi et Houchens, 1998). En ce qui concerne les comportements sexuels, les jeunes de l'échantillon s'adonnent principalement aux caresses et attouchements sexuels tout comme les jeunes d'autres études (Johnson, 1989). Par ailleurs, une proportion importante des jeunes a recours à la fellation (23,3 %), à des comportements d'exhibitionnisme (23,3 %), ainsi qu'à des comportements et des tentatives de sodomie (18,6 %) et de pénétration (15,1 %). Finalement, une distinction importante concerne l'utilisation de la

Tableau 4 Résultats au Système d'évaluation des habiletés sociales

Dimensions	<i>n</i>	T1		T2	
		<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Affirmation de soi	53	12,774	4,140	13,981	3,411
Coopération	53	13,170	4,136	14,151	3,488
Contrôle de soi	51	13,529	3,786	14,686	3,685
Empathie	53	11,283	4,521	12,189	3,701
Score total	50	51,180	14,978	54,960	12,362

Impact de l'intervention

coercition. Les jeunes québécois emploient la coercition verbale dans 24,4 % des cas et la coercition physique dans 5,9 % des situations comparativement aux jeunes américains qui ont recours à la coercition verbale et à l'intimidation dans plus de la moitié des situations (54 % à 60 %) ainsi qu'à l'utilisation de la force physique dans plus du quart des cas (23 % à 38 %) (Johnson, 1989).

De plus, la grande majorité des enfants a été victime d'abus psychologiques (73,5 %), d'abus physiques (65,9 %) et d'abus sexuels (62,4 %); plus de la moitié a vécu de la négligence (59,3 %) et un peu moins que le tiers des jeunes a été témoin de violence conjugale (31,5 %). La reconnaissance d'un fonctionnement perturbé chez les enfants présentant des comportements sexuels problématiques justifie donc le recours à des objectifs d'intervention englobant les dimensions psychologique, émotive, cognitive et comportementale. Non seulement les modalités d'intervention doivent-elles être pensées en fonction du niveau de développement des enfants, mais elles doivent aussi prendre en considération la multiplicité des domaines affectés, ce qui justifie le recours à des interventions dont les objectifs sont multiples.

Les résultats démontrent donc que les enfants sont éduqués dans un environnement familial dysfonctionnel à plusieurs plans (personnel, économique, santé mentale, toxicomanie, alcoolisme, criminalité). De plus, certains parents ont été victimes, dans leur enfance, d'agression sexuelle (37,3 %), d'abus physique (22,9 %) et d'abus psychologique (18,1 %). Ces facteurs, ajoutés à une absence d'encadrement (42 %) et de frontières sexuelles (38,6 %), ainsi qu'à l'accès à du matériel pornographique (34,1 %), caractérisent ces milieux familiaux. Il s'avère donc nécessaire d'impliquer les parents dans une démarche d'intervention et d'orienter l'intervention vers le développement d'habiletés parentales favorisant la relation parent et enfant et l'instauration d'un environnement sécuritaire de façon à contrôler les situations propices aux comportements sexuels inadéquats. Par ailleurs, en ce qui a trait aux résultats des enfants aux outils cliniques, nous notons que les filles présentent plus de comportements sexuels que les garçons, et ce, avant et après l'intervention. Toutefois, leurs comportements sexuels diminuent significativement après avoir participé au programme d'intervention. Nous observons aussi que les enfants âgés de 6 à 9 ans démontrent plus de symptômes de colère et de dépression que les enfants âgés de 10 à 12 ans, et ce, avant et après l'intervention. De plus, les jeunes âgés de 6 à 9 ans présentent davantage de préoccupations sexuelles que les enfants âgés de 10 à 12 ans avant leur participation au programme; toutefois, celles-ci diminuent après qu'ils ont participé au programme d'intervention. En outre, les enfants rapportent adopter plus de comportements

d'affirmation de soi et avoir un meilleur contrôle de soi après leur participation au programme d'intervention.

CONCLUSION

Ces résultats confirment la pertinence d'intervenir auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et invitent à poursuivre l'implantation du programme d'intervention « À la croisée des chemins ». De plus, le fait que les parents apprennent à intervenir de manière adéquate auprès de leur enfant semble renforcer la généralisation des acquis; en outre, cela permet aux parents de constater leur responsabilité dans le maintien des comportements sexuels problématiques de leur enfant. À cet égard, les résultats de l'étude justifient l'importance d'impliquer les parents dans le processus d'intervention. Enfin, de futures recherches évaluatives ayant recours à un plus grand nombre d'enfants et de parents et à un groupe témoin devraient permettre de documenter le profil psychosocial des enfants et de leur famille, à circonscrire l'ampleur des changements perçus et à déterminer l'impact réel de l'intervention.

Références

- Araji, S. K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Bonner, B. L., Walker, C.E. et Berliner, L. (1999). *Final report in children with sexual behaviour problems : Assessment and treatment*. Washington, D.C. : Office of Child Abuse and Neglect, Department of Health and Human Services.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL : Psychological Assessment Ressources.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Dittner, C. A., Action, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A. et Wright, J. (2001). Child sexual behaviour inventory : Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Gagné, R. (1993). *Traduction en français du Social Skills Rating System* (Gresham, F. M. et Elliott, S., 1990), Document inédit, Montréal.
- Gagnon, M. M. (1999). *Protocole d'entrevue*. Joliette : Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A. et Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems : Treatment implications. *Child Abuse and Neglect*, 23, 601-623.
- Gresham, F. M. et Elliott, S. (1990). *Social Skills Rating System Manual*, Minnesota : American Guidance Service.
- Johnson, T. C. (1989). Female perpetrators-children who molest other children : Preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 13, 371-585.
- Philippe-Labbé, M. P., Lachance, L. et Saintonge, S. (1999). Le Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) et l'Adolescent Dissociative Experience Scales (A-DES) comme outils de dépistage : résultats préliminaires d'une validation canadienne-française. Communication présentée au XXIII^e Congrès annuel de la SQRP, Québec.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.

Impact de l'intervention

- Ryan, G. (2002). Victims who go on to victimize others : No simple explanations. *Child Abuse and Neglect*, 26, 891-892.
- Shaw, J. A. (1999). Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 55S-76S.
- Tremblay, C. et Gagnon, M. M. (2005). *À la croisée des chemins. Programme d'intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques*. Guide d'animation. Joliette : Centres jeunesse de Lanaudière.
- Watkins, B. et Bentovim, A. (2000). Male children and adolescents as victims : A review of current knowledge. In G. Mezey (Éd.), *Male victims of sexual assault* (p. 56-75). Oxford : Oxford University Press.
- Wright, J., Sabourin, S. et Lussier, Y. (1994). Traduction française du Children's Sexual Behavior Inventory (Friedrich, 1992). Montréal, Québec : Département de psychologie, Université de Montréal.

Résumé

L'objectif de cette étude vise à évaluer l'impact d'une intervention de groupe auprès de 95 enfants qui ont des comportements sexuels problématiques à l'aide d'instruments standardisés, administrés avant et après l'intervention de groupe. Les résultats révèlent que les enfants s'améliorent entre le début et la fin de l'intervention de groupe sur le plan des comportements sexuels problématiques et des habiletés sociales. Cette étude suggère que l'intervention de groupe peut s'avérer une modalité d'intervention pouvant répondre aux besoins des enfants en les aidant à réduire leurs comportements sexuels problématiques et à améliorer leur état comportemental, affectif et social.

Mots clés

enfants, comportement sexuel problématique, intervention de groupe, efficacité

Abstract

The purpose of this research is to evaluate the treatment effectiveness of group psychotherapy on 95 children with sexually inappropriate behavior, using behavioral rating instruments administered before and after intervention. The results reveal that subjects fare better after completing the program. This study suggests that group intervention can meet the needs of a significant portion of the children treated, by helping them reduce their sexually inappropriate behavior and improve their social competence.

Key words

children, sexual inappropriate behavior, treatment group, effectiveness

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE POUR ENFANTS DE SIX À TREIZE ANS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE¹

EVALUATION OF A GROUP THERAPY FOR 6-13 YEAR OLD SEXUALLY ABUSED CHILDREN

Ann Claude Simoneau

Université du Québec à Montréal

Martine Hébert²

Université du Québec à Montréal

Marc Tourigny

Université de Sherbrooke

Il est reconnu que l'agression sexuelle (AS) envers les enfants est un problème social qui touche un nombre considérable d'enfants. Une étude québécoise a estimé qu'en 1998, 0,9 enfant québécois sur 1 000 a été agressé sexuellement et signalé à la Protection de la jeunesse, soit près de 1 500 enfants (Tourigny, Mayer, Wright, Lavergne, Trocmé, Hélie, Bouchard, Chamberland, Cloutier, Jacob, Boucher et Larrivée, 2003). Toutefois, ces données ne représentent pas l'ampleur réelle du phénomène puisque plusieurs agressions sexuelles ne sont pas dévoilées (Staller et Nelson-Gardell, 2005). Les enfants victimes sont susceptibles d'afficher des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique (TSPT), des sentiments de honte, une baisse d'estime de soi et des troubles de comportement lorsque comparés à des enfants qui n'ont pas été agressés (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché, 2006).

Le nombre important d'enfants victimisés et les conséquences négatives associées ont mené au développement d'une grande variété de services thérapeutiques et de modalités de traitement dont la thérapie individuelle, dyadique, familiale ou la thérapie de groupe (Tremblay, Hébert et Simoneau, 2004). Mais le débat demeure quant à la modalité de traitement à privilégier. Certains auteurs soulignent que l'intervention de groupe serait plus efficace que l'intervention individuelle (Nurcombe, Wooding, Marrington, Bickman et Roberts, 2000), d'autres militent en faveur d'une préséance de l'intervention individuelle sur l'intervention de groupe (Stevenson, 1999). Reeker, Ensing et Elliott (1997) ont réalisé une méta-analyse permettant d'établir une mesure quantitative de l'efficacité des traitements de groupe pour les enfants victimes d'agression sexuelle

1. La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée par le Fonds québécois sur la recherche sur la société et la culture (FQRSC) au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). Nous tenons à remercier les enfants et les parents qui ont participé à cette étude de même que Mme Huguette Joly, directrice, et les intervenants du Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF).
2. Adresse de correspondance : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8. Téléphone : (514) 987-3000, poste 5697. Courriel : hebert.m@uqam.ca

(VAS). À l'aide de 15 études, les auteurs ont situé la taille de l'effet moyen à $d = 0,79$ ($ÉT = 0,44$), ce qui représente un effet de grande taille (Cohen, 1988).

L'intervention de groupe aurait l'avantage de permettre de travailler sur deux enjeux importants pour les enfants VAS : la stigmatisation et le sentiment d'isolement qui ne sont pas facilement traités par d'autres modalités thérapeutiques (Friedrich, 2002). Aussi, Reeker et ses collègues (1997) indiquent que l'intervention de groupe permet de rejoindre un plus grand nombre de personnes en besoin tout en mobilisant moins d'intervenants. De plus, par les interactions possibles avec d'autres participants, l'intervention de groupe offre la possibilité d'un apprentissage social par imitation et peut réduire la résistance au traitement (Hetzl-Riggin, Brausch et Montgomery, 2007). Selon Bédard et Berteau (1995), le format de groupe oriente également l'enfant vers la reconstruction de sa confiance envers les autres et, compte tenu que les agresseurs impliqués sont souvent des adultes, les enfants peuvent se sentir plus à l'aise dans un groupe où ils côtoient leurs pairs. Finalement, le partage en groupe brise l'impression de secret entourant les AS (Bédard et Berteau, 1995).

À partir d'une recension exhaustive de 36 études portant sur l'efficacité des thérapies de groupe, Simoneau, Hébert et Tourigny (2008) concluent que les résultats démontrent que l'intervention de groupe permet une réduction des symptômes et que les améliorations notées se maintiennent dans le temps. Certaines études ont été menées afin de comparer les effets d'une intervention de groupe aux effets d'une intervention de crise ou de services généralement offerts par les centres de la protection de l'enfance (Doyon, 1990; Gilbert, 1990; Hyde, Bentovim et Monck, 1995; Monck, Bentovim, Goodall, Hyde, Lwin, Sharland et Elton, 1994). Les résultats indiquent que les deux groupes d'enfants évoluent de façon similaire pour un ensemble de variables. Gilbert (1990) a conduit une étude auprès de 47 filles AS âgées de 9 à 14 ans et exploré les effets distinctifs d'une thérapie de groupe ($n = 17$) et des services habituellement offerts dans la communauté ($n = 13$). Les résultats indiquent que les services habituellement offerts dans la communauté seraient parfois plus efficaces que la thérapie de groupe, tel que démontré par les changements dans la qualité des dessins produits par l'enfant et l'amélioration sur le plan des troubles de comportement (auto-évalués par l'enfant à l'aide du *Youth Self-Report*). Par contre, l'étude n'a pas permis de relever de changement quant au sentiment de sécurité dans la famille, au sentiment de solitude et à l'estime de soi des enfants des deux groupes.

Hyde et ses collègues (1995) ont comparé les effets d'une thérapie de groupe à ceux d'un réseau d'entraide. L'information a été recueillie auprès de 28 enfants âgés de 4 à 16 ans (15 ayant participé à la thérapie de

groupe et 13 ayant bénéficié du réseau d'entraide). Alors que les intervenants ont été directement interrogés sur leurs impressions cliniques quant à l'effet de l'intervention, ceux-ci ont perçu une plus grande amélioration chez les enfants ayant bénéficié de la thérapie de groupe (sur la symptomatologie de l'enfant et les relations familiales). Cependant, une limite importante a été notée en ce qui concerne la validité de ces résultats : en effet, les cliniciens ont été appelés à coter leurs impressions sur les changements réalisés par leurs propres clients. Quelques mesures ont été complétées par les enfants ou les parents et révèlent des changements significatifs (entre les deux temps de mesure) de même ampleur pour les deux groupes à l'étude pour ce qui est de leurs symptômes de dépression et de leurs troubles de comportement. Par contre, on ne note pas de changement entre les deux temps de mesure, quel que soit le groupe, sur la mesure d'estime de soi.

Les études évaluatives recensées ne sont pas sans certaines limites méthodologiques (Simoneau *et al.*, 2008). D'abord, plusieurs études ont été menées auprès de petits échantillons ($n < 25$) et n'incluent pas de groupe contrôle composé d'enfants ne recevant pas le traitement évalué. Aussi, plusieurs études ne vérifient pas le maintien des acquis chez les enfants ayant participé à une intervention de groupe. De plus, certaines études basent leurs analyses sur des questionnaires non standardisés, des impressions cliniques ou sur des mesures complétées par une seule source d'information, le plus souvent la mère.

Dans ce contexte, la présente étude vise à évaluer l'efficacité d'une intervention de groupe pour des enfants VAS de 6 à 13 ans. Elle cherche à combler certaines lacunes méthodologiques rapportées dans la littérature par : a) l'utilisation d'un échantillon raisonnablement grand de participants; b) le recours à plusieurs mesures standardisées couvrant un éventail de symptômes liés à l'AS; c) le recours, pour l'évaluation des changements, à plus d'une source d'information; d) un devis qui implique un groupe témoin composé d'enfants VAS recevant les services offerts par le Centre jeunesse (CJ) et e) la considération de la standardisation de l'intervention et de l'assiduité des enfants au traitement.

MÉTHODE

Devis

L'évaluation des effets de l'intervention de groupe repose sur un devis quasi expérimental avec deux temps de mesure (T1 prétest et T2 post-test). Le groupe expérimental (GE) est composé d'enfants VAS participant à l'intervention de groupe alors que les enfants du groupe témoin (GT) reçoivent les services habituellement offerts par le CJ.

Échantillon

Le recrutement des familles pour le GE s'est échelonné sur une période de deux ans. Au total, 51 familles se sont présentées pour participer à la thérapie de groupe et toutes ces familles ont été sollicitées pour l'étude. De cet échantillon, 49 parents ou tuteurs ont accepté que leur enfant participe à la recherche et 42 parents ou tuteurs ont eux-mêmes consenti à y participer. Lors du T2, 43 enfants et 34 parents ont complété les questionnaires. Les abandons entre le T1 et T2 s'expliquent, dans un cas, par le transfert d'un enfant dans le groupe pour adolescent et, dans les autres cas, par le fait que cinq familles ont abandonné le traitement.

Le recrutement pour le GT a été effectué au CJ de la Montérégie. Deux enfants en attente de traitement au centre d'intervention ont aussi été inclus dans le groupe de comparaison. Aucune intervention de groupe centrée sur l'AS n'a été offerte à ces enfants mais ils ont tous reçu les services généralement offerts par le CJ; neuf enfants ont également bénéficié de services dans d'autres milieux d'intervention (thérapie de groupe centrée sur une autre problématique que l'AS, thérapie familiale, thérapie individuelle, suivi en pédopsychiatrie ou par le psychologue de l'école).

Procédure

Les familles du GE ont été rencontrées au centre d'intervention et celles du GT étaient jointes à leur domicile. Tous les parents ont signé le questionnaire de consentement et ont été informés que leur participation au projet de recherche était volontaire et ne compromettrait en rien les services qu'ils recevraient.

Description de l'intervention de groupe

Les enfants bénéficiant de l'intervention de groupe ont été répartis selon leurs âges respectifs, et les groupes étaient composés de trois à cinq participants. Les enfants âgés de 6 à 8 ans ont participé à 12 rencontres hebdomadaires de 90 minutes. Ils étaient accompagnés de leurs parents pour les cinq premières rencontres. Les filles âgées de 9 à 13 ans ont bénéficié de 9 rencontres de 120 minutes et leurs parents participaient aux quatre premières séances. Les groupes d'enfants âgés de 6 à 8 ans étaient mixtes alors que le centre a choisi de recevoir les garçons et les filles séparément à partir de neuf ans. Les garçons de neuf ans et plus ont été vus individuellement étant donné qu'ils étaient peu nombreux à réclamer des services.

Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été considérés. Pour être admis dans les groupes d'intervention, l'enfant devait : a) avoir entre 6 et 13 ans; b) s'exprimer en français; c) avoir dévoilé une situation

d'agression sexuelle; d) avoir franchi le processus d'enquête et de déposition filmée; e) ne pas présenter de problèmes graves de comportement restreignant sa capacité d'interagir dans un groupe et f) être accompagné d'un adulte significatif ayant le rôle de tuteur auprès de l'enfant. Les enfants ne pouvaient être absents plus de deux fois auquel cas ils étaient retirés du groupe. On leur offrait alors la possibilité de reprendre le processus thérapeutique lors de la création d'un nouveau groupe.

Le but de l'intervention était de réduire les séquelles associées à l'AS. Les objectifs spécifiques de l'intervention auprès des enfants étaient : a) de diminuer la perception de l'isolement social ressenti; b) d'améliorer la perception que les enfants avaient d'eux-mêmes; c) de diminuer les troubles de comportement; e) de favoriser le rapprochement entre le parent et son enfant et f) de diminuer ou d'enrayer le sentiment de culpabilité en lien avec l'AS. Les interventions offertes ont été décrites dans un manuel de traitement (Simoneau, 2002). Afin de soutenir et de guider les intervenantes, des supervisions hebdomadaires étaient offertes par la directrice générale.

Questionnaires administrés à l'enfant

Connaissances en matière d'agression sexuelle. Cette mesure de 11 items a été élaborée à partir du *Children's Knowledge of Abuse Questionnaire* (Tutty, 1995) et du *Personal Safety Questionnaire* (Wurtele, Kast, Miller-Perrin et Kondrick, 1989). Ce questionnaire démontre une consistance interne satisfaisante ($\alpha = 0,70$) et une bonne stabilité ($r = .80$) (Hébert, Lavoie, Piché et Poitras, 2001).

Symptômes de dépression. Les symptômes de dépression ont été évalués par la version brève (10 items) du *Children's Depression Inventory* (CDI - Kovacs, 1985) qui considère cinq aspects : humeur négative, problèmes interpersonnels, sentiment d'inefficacité, anhédonie et estime de soi négative. La version française présente des indices de fidélité adéquats ($\alpha = 0,92$ et $r = 0,70$) (St-Laurent, 1990).

Symptômes d'anxiété. Le niveau d'anxiété de l'enfant a été évalué par une sous-échelle de 11 items du *Revised Children's Manifest Anxiety* (RCMAS - Reynolds et Richmond, 1985) portant sur les inquiétudes et l'hypersensibilité. Les coefficients de fidélité pour cette sous-échelle varient de 0,76 à 0,81 selon les populations étudiées (Reynolds et Richmond, 1985).

Symptômes de stress post-traumatique. Une version française brève de 40 items du *Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised* (CITES – Hébert et Parent, 1999; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas, Wolfe, 1991) a été utilisée pour la mesure de stress post-traumatique.

L'instrument comporte trois sous-échelles, soit l'évitement de ce qui rappelle la situation d'agression, l'hyperréactivité physiologique et la réexpérimentation.

Estime de soi. L'estime de soi (6 items) de l'enfant a été évaluée à l'aide du *Self-Perception Profile for Children (SPPC)* – Harter, 1982). Le questionnaire original, adapté en français par Hébert (1996), comporte six dimensions. Pour cette étude, seule la dimension d'estime de soi globale a été utilisée.

Questionnaires administrés au parent

Symptômes de stress post-traumatique. La version française (Hébert et Daignault, 2002) du *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (CPTSR)* évalue la présence et le niveau de sévérité des symptômes de TSPT chez l'enfant (Frederick, Pynoos et Nader, 1992). Cette échelle comporte 20 items développés à partir des critères diagnostiques du DSM-IVTR (APA, 1994). Trois facteurs sont évalués, soit la réexpérimentation du trauma, l'insensibilité/évitement et l'hypervigilance/hyperréactivité physiologique.

Troubles de comportement. Le *Child Behavior Checklist (CBCL)*; Achenbach et Rescorla, 2001) comporte 113 items énonçant divers comportements problématiques intériorisés (anxiété, dépression somatisation) ou extériorisés (agressivité, délinquance). Les difficultés relationnelles, les troubles de l'attention et de la pensée y sont aussi mesurés.

Symptômes de dissociation. Le niveau de dissociation chez l'enfant a été évalué par la version française (Hébert et Parent, 2000) du *Child Dissociative Checklist (CDC)* – Putnam, 1988) qui comporte 20 items dont certains sont associés à des comportements pathologiques et d'autres à des comportements qui peuvent être considérés comme normaux, selon le stade de développement de l'enfant.

Comportements sexualisés. La version française du *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)* de Friedrich, Damon, Hewitt, Koverola, Lang, Wolfe et Broughton (1992) a été traduite par Wright et Sabourin (1996). Les énoncés indiquent la fréquence de comportements sexuels spécifiques observés chez l'enfant au cours des six derniers mois. Cette mesure vise à répertorier les comportements sexuels qui peuvent devenir problématiques selon l'âge de l'enfant, le lieu et la fréquence d'apparition.

Questionnaire de l'intervenant

Le questionnaire de l'intervenant permet de recueillir des variables liées à l'AS (durée, sévérité, agresseur et type d'agressions sexuelles). De

plus, des grilles ont été complétées afin de s'assurer de l'adéquation du contenu des interventions offertes. La participation des enfants était cotée sur une échelle allant de très mauvaise (1) à excellente (5).

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques des AS dévoilées

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des enfants rencontrés et les caractéristiques des AS subies. Les participants, dont 78,9 % de filles, sont âgés entre 6 ans et 13 ans avec une moyenne de 9,19 ans ($ÉT = 2,00$). Le lien avec l'agresseur est majoritairement intrafamilial (54,5 %) et ce dernier est le plus souvent âgé de 20 ans ou plus (66,1 %). Environ le tiers des enfants a vécu un épisode unique d'agression sexuelle (28,8 %), un autre tiers a expérimenté quelques épisodes d'agression mais répartis sur une période de moins de six mois (34,6 %) et le dernier tiers a été agressé de façon répétée et pour une durée de temps de plus de six mois (36,5 %). Finalement, une majorité d'enfants a subi une agression impliquant des attouchements aux parties sexuelles mais sans pénétration (66,0 %) alors que 30,2 % auraient subi une AS impliquant une pénétration.

Des test-t et des analyses de Chi carré réalisés pour vérifier si les deux groupes étaient comparables au T1 pour l'ensemble des mesures montrent, qu'à l'exception du type de famille et de l'âge de l'agresseur, les enfants des deux groupes présentent des profils semblables. Les enfants du GE proviennent plus souvent de familles recomposées par rapport aux enfants du groupe de comparaison qui sont plus souvent placés en famille d'accueil. Des corrélations entre les scores de gain (soit la différence entre le score du T2 et du T1) et la variable liée au type de famille ont permis d'établir que les résultats relatifs au score de dépression, tel qu'évalué par l'enfant, semblent associés au type de famille ($r = .325$; $p = .014$; $n = 57$). De plus, les enfants du GE ont plus souvent été agressés par d'autres enfants ou adolescents alors que les participants du GT l'ont plus souvent été par des adultes. Les corrélations indiquent que les résultats à la sous-échelle d'hyperréactivité physiologique du score de TSPT, tel qu'évalué par l'enfant, sont associés à l'âge de l'agresseur ($r = -.303$; $p = .024$). Les variables « type de famille » et « âge de l'agresseur » ont donc été utilisées comme covariables dans les analyses explorant les changements liés à l'intervention pour les variables concernées.

Assiduité des participants et uniformité du traitement offert

Le taux moyen de participation aux rencontres est de 95 %. En moyenne, les enfants ont eu 0,6 absence aux rencontres et 25 jeunes

Évaluation d'une intervention de groupe

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participants et caractéristiques des agressions sexuelles subies

	n	Total	Groupe expérimental	Groupe contrôle	Tests statistiques
Âge moyen - victime	57	M = 9,2	M = 8,9	M = 10,0	$t_{(55)} = 1,77$ ns
Pourcentage de filles	57	78,9 %	76,7 %	85,7 %	$\chi^2_{(1)} = 0,51$ ns
Type de famille	56				
D'origine		21,1 %	25,6 %	7,1 %	$\chi^2_{(1)} = 15,19$ **
Monoparentale		36,7 %	34,9 %	42,9 %	
Recomposée		22,8 %	30,2 %	0,0 %	
D'accueil		19,3 %	9,3 %	50,0 %	
Scolarité de la mère	42				
Primaire - Secondaire		50,0 %	48,5 %	55,6 %	$\chi^2_{(1)} = 0,14$ ns
Collégial - Universitaire		50,0 %	51,5 %	44,4 %	
Sévérité de l'agression	53				
Moins sévère		3,8 %	4,7 %	0,0 %	$\chi^2_{(2)} = 0,50$ ns
Modérée		66,0 %	65,1 %	70,0 %	
Sévère		30,2 %	30,2 %	30,0 %	
Fréquence de l'agression	52				
Un épisode unique		28,8 %	30,2 %	22,2 %	$\chi^2_{(2)} = 1,73$ ns
Quelques événements		34,6 %	37,2 %	22,2 %	
Chronique		36,5 %	32,6 %	55,6 %	
Identité de l'agresseur	55				
Intra-familial		54,5 %	46,5 %	41,7 %	$\chi^2_{(1)} = 0,09$ ns
Extra-familial		45,5 %	53,5 %	58,3 %	
Âge de l'agresseur	56				
19 ans et moins		33,9	44,2	0,0 %	$\chi^2_{(1)} = 8,69$ **
20 ans et plus		66,1	55,8	100,0 %	
% femmes agresseurs	56	1,8 %	2,3 %		$\chi^2_{(1)} = 0,31$ ns

** $p < .01$

n'ont manqué aucune rencontre. De fait, seulement 14 % des enfants ont eu plus d'une absence au groupe. La participation des enfants à chacune des activités a été cotée comme allant de « bonne » à « excellente » à l'exception de quelques enfants qui auraient moins participé, notamment lors des discussions de groupe. Aucun enfant n'a reçu la cote « mauvaise participation ». La moyenne de la qualité de la participation rapportée par l'intervenante est de 4,13.

Bien que les activités principales de l'intervention aient été maintenues d'un groupe à l'autre, certaines activités secondaires ont été ajoutées, d'autres retirées, selon les besoins de chacun des groupes. Les grilles comportent plusieurs données manquantes, mais l'analyse des données suggère que 51 % des enfants ont abordé tous les contenus prévus alors que 49 % ont été sensibilisés à plus de 75 % des contenus prévus.

Analyse des effets de l'intervention de groupe

À l'aide d'analyses de la variance à mesures répétées (Groupe x Temps), les effets d'interaction ont été examinés afin de tester l'hypothèse prédisant que la symptomatologie des enfants du GE s'améliorerait davantage entre les deux temps de mesure (prétest et post-test) que celle des enfants du GT. Les variables liées au type de famille et à l'âge de l'agresseur ont été insérées comme covariables afin de contrôler leur effet. Les résultats (voir Tableaux 2 et 3) indiquent qu'à la fin de l'intervention, les enfants ayant participé à la thérapie de groupe présentent une meilleure estime d'eux-mêmes et significativement moins de comportements sexualisés que les enfants du GT. Par ailleurs, pour la plupart des autres indicateurs de changement, les enfants des deux groupes semblent évoluer de façon similaire et voir leurs symptômes diminuer entre le premier et le deuxième temps de mesure. En effet, les enfants des deux groupes présentent significativement moins de symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de dissociation. Ils affichent également moins de culpabilité, moins de troubles de comportement extériorisés et démontrent une meilleure connaissance en matière d'AS.

Toutefois, aucune différence significative n'est notée, pour les deux groupes d'enfants, en ce qui a trait aux sentiments de dépression, aux troubles de comportement intériorisés et au sentiment de pouvoir.

À titre exploratoire, des analyses ont été menées sur un sous-groupe de 23 enfants du groupe expérimental ayant participé à une relance quatre mois après la fin de la thérapie. Ces résultats démontraient le maintien des acquis thérapeutiques. Par ailleurs, étant donné l'absence de groupe témoin et le taux important d'attrition pour cette mesure, les résultats sont à considérer avec prudence.

Tableau 2 Efficacité de l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agression sexuelle telle que mesurée auprès des enfants

	Groupe expérimental (n = 43)				Groupe -contrôle (n = 14)				Effets		
	Prétest		Post-test		Prétest		Post-test		Temps	Groupe	Temps x Groupe
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	F(1,57)	F(1,57)	F(1,57)
Connaissance en matière d'agression sexuelle	7,26	2,07	8,44	1,50	7,14	2,11	7,86	2,18	14,23 ***	0,44 ns	0,88 ns
Estime de soi	16,88	4,42	19,45	4,62	18,36	4,68	12,57	6,37	3,07 ns	5,23 *	20,70 ***
Symptômes d'anxiété	5,80	3,13	4,95	3,40	6,07	2,73	4,57	3,55	7,36 **	0,00 ns	0,56 ns
Symptômes de dépression ¹	4,35		2,77		3,15		1,67		4,29 *	2,00 ns	0,01 ns
Symptômes de TSPT ²	21,83	7,39	19,20	8,20	20,50	10,06	16,29	10,06	9,16 **	0,82 ns	0,49 ns
Hyperréactivité physiologique ³	5,90		4,94		5,88		4,65		8,93 **	0,03 ns	0,09 ns
Évitement	8,88	3,08	8,59	3,18	7,71	3,83	7,36	3,32	0,43 ns	1,87 ns	0,01 ns
Réexpérimentation	6,82	3,75	5,60	3,86	7,07	4,71	4,07	4,26	13,68 **	0,34 ns	2,41 ns
Culpabilité	1,35	1,72	0,79	1,32	1,57	1,60	0,64	1,15	11,46 **	0,01 ns	0,69 ns
Sentiment de pouvoir	8,03	3,13	9,46	2,5	8,93	2,34	9,43	1,99	3,35 ns	0,45 ns	0,78 ns

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

1. Moyennes ajustées pour considérer l'effet du type de famille

2. Stress post-traumatique

3. Moyennes ajustées pour considérer l'effet de l'âge de l'agresseur

Tableau 3 Efficacité de l'intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agression sexuelle telle que mesurée auprès des parents

	Groupe expérimental (30)				Groupe contrôle (11)				Effets		
	Prétest		Post-test		Prétest		Post-test		Temps	Groupe	Temps x Groupe
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>F</i> (1,41)	<i>F</i> (1,41)	<i>F</i> (1,41)
Comportements sexuels inappropriés	3,33	4,13	1,65	2,08	2,30	2,58	4,54	3,52	0,17 ns	1,03 ns	8,53 **
Symptômes de TSPT ¹	26,15	15,15	21,65	15,60	21,16	13,50	13,70	13,32	6,04 *	1,74 ns	0,37 ns
Hyperréactivité physiologique	6,03	3,81	4,64	3,62	5,47	4,33	4,08	4,53	2,71 ns	0,21 ns	0,00 ns
Évitement	6,48	4,43	5,10	4,65	5,16	2,31	3,00	3,37	7,96 **	1,63 ns	0,38 ns
Réexpérimentation	11,37	6,89	9,90	7,53	8,95	7,28	5,90	5,80	3,60 ns	1,95 ns	0,43 ns
Symptômes de dissociation	6,33	6,07	4,65	4,88	5,09	5,15	3,21	3,43	7,58 **	0,60 ns	0,03 ns
Troubles de comportement	62,33	11,93	58,17	10,44	58,48	13,83	54,64	10,97	10,05 **	0,92 ns	0,02 ns
Intériorisés	62,13	11,92	57,33	11,66	56,18	15,36	54,27	10,89	3,72 ns	1,31 ns	0,69 ns
Extériorisés	62,37	11,87	58,83	9,04	60,27	11,15	55,55	10,81	10,48 **	0,58 ns	0,22 ns
Difficultés relationnelles	61,87	9,27	57,93	7,24	59,91	9,52	56,82	6,57	7,63 **	0,34 ns	0,11 ns
Troubles de la pensée	61,00	9,93	57,40	6,91	60,64	10,78	57,09	8,68	7,64 **	0,01 ns	0,00 ns
Troubles de l'attention	63,03	10,53	60,53	8,18	59,91	8,28	56,55	5,68	6,78 *	1,48 ns	0,15 ns

* $p < .05$, ** $p < .01$; *** $p < .001$

1. Stress post-traumatique

DISCUSSION

L'objectif de la présente étude visait à analyser les effets d'une intervention de groupe auprès des enfants victimes d'agression sexuelle. Les données recueillies documentent d'abord le profil des enfants du groupe expérimental. Ces enfants, une majorité de filles, qui ont en moyenne 8,9 ans, ont le plus souvent vécu une agression intrafamiliale, presque toujours par un homme adulte. Ils ont le plus souvent subi une agression impliquant des attouchements sans pénétration. Finalement, la fréquence des agressions subies se distribue uniformément entre des enfants qui ont vécu un seul épisode d'agression, quelques épisodes ou des agressions répétées sur une période de six mois ou plus.

Les analyses effectuées mettent en évidence l'efficacité de l'intervention de groupe pour ce qui est d'augmenter l'estime de soi des enfants et de réduire la fréquence des comportements sexualisés. En effet, pour les deux indicateurs, les enfants du groupe de thérapie s'améliorent significativement plus que les enfants n'ayant pas reçu de services. Ces résultats sont comparables à ceux de Perez (1987) qui note des améliorations significatives de l'estime de soi des enfants ($n = 39$) ayant participé à la thérapie (de groupe ou individuelle) de 12 rencontres alors que les enfants du groupe témoin ($n = 16$) ne présentaient aucune amélioration pour cet aspect. Selon l'auteur, la thérapie permet de développer une meilleure estime de soi.

Certains éléments de l'approche de groupe visent spécifiquement la consolidation de l'estime de soi et de la relation parent-enfant. Deux activités spécifiques sollicitaient la participation du parent. Lors de la première activité, le parent est invité à nommer un geste ou une action positive que l'enfant aurait fait au courant de la semaine; dans la deuxième, le parent est invité à passer du temps de qualité avec son enfant lors d'un jeu libre au choix de l'enfant. À la lumière des résultats obtenus dans cette évaluation du programme d'intervention, cela suggère que l'implication des parents aux activités des enfants a eu un effet direct sur les changements positifs observés pour le groupe expérimental.

Nos résultats indiquent également une réduction significative des comportements sexualisés. Plusieurs études ont documenté la présence de comportements sexualisés chez les enfants VAS (Deblinger et Helfin, 1996; Friedrich *et al.*, 1992) et certains auteurs mentionnent la nécessité d'intervenir pour réduire la fréquence et la sévérité de ces comportements (Chaffin, Berliner, Block, Cavanagh Johnson, Friedrich, Garza Louis, Lyon, Page, Prescott et Silovsky, 2006; Friedrich, 2002). Les données de la présente étude sont aussi similaires à celles obtenues par Stauffer et Deblinger (1996) qui ont remarqué que les enfants ayant participé à une thérapie de groupe voient la fréquence de leurs comportements sexualisés

diminuer. Ces auteurs expliquent que les parents ont développé des moyens de parler de ces comportements inappropriés avec leurs enfants et de les encadrer. De plus, les comportements sexuels pouvant être la manifestation externe d'intrusions cognitives liées au trauma, le fait d'aborder les agressions sexuelles et d'apprendre à gérer les flash-back permettraient de réduire le besoin impulsif de passage à l'acte sexualisé.

Lors de l'intervention de groupe évaluée, parents et enfants étaient réunis afin de discuter de la sexualité à l'aide d'un livre d'exercices. Il est donc possible de croire que la participation du parent à cette deuxième activité a également joué un rôle dans la disparition des comportements sexuels problématiques.

Par ailleurs, les résultats de la présente étude démontrent que les deux groupes de participants s'améliorent avec le temps pour certains aspects. Ces résultats rejoignent ceux des études de Doyon (1990), de Gilbert (1990) ainsi que de Hyde et ses collègues (1995) qui ont démontré que les interventions offertes en milieu naturel aux enfants ne participant pas au traitement de groupe procurent des bénéfices comparables en ce qui a trait à la réduction de l'anxiété, de la dépression et des troubles de comportement.

Monck et ses collègues (1994) ont mené une étude où les effets d'une thérapie de groupe ont été comparés aux effets d'un service habituellement rendu aux familles d'enfants ayant vécu une agression sexuelle. Ces auteurs ont aussi trouvé peu de différences entre les deux groupes à l'étude et ont émis l'hypothèse que des changements quant à la compréhension qu'a l'enfant de son agression sexuelle ont été obtenus mais que ces changements sont difficilement quantifiables avec les outils de mesures disponibles.

Une des hypothèses pouvant expliquer l'absence de différence significative pour une majorité de variables dans cette étude est qu'une majorité des enfants du groupe témoin ont reçu des services thérapeutiques préalables à la passation du premier questionnaire ou entre les deux temps de mesure. Ces services avaient comme objectifs d'aider les enfants à s'adapter à leur souffrance dans différents milieux et à atténuer leurs symptômes. Cette situation ne semble pas unique à notre étude puisque Gilbert (1990) rapportait également que les enfants de son groupe comparatif avaient reçu d'autres formes de services.

De plus, les enfants du GT ont été sollicités par l'intermédiaire de leur intervenant des CJ. Parmi les familles pouvant potentiellement participer à la recherche, 17 n'ont pu être rencontrées. Neuf parents ont refusé. Huit autres familles se trouvaient en situation de crise lors du recrutement et, comme la participation des familles est volontaire, les intervenants ont

préféré ne pas solliciter ces familles. Ceci a pu introduire un biais important. Ainsi, il est possible que le peu de différences décelées entre les deux groupes résulte du fait que seulement les enfants démontrant moins de détresse et ayant en quelque sorte traversé la phase de symptômes aigus aient été sélectionnés par les intervenants. Une autre hypothèse pouvant être avancée est que les familles composant le GT présentaient une motivation plus grande à vouloir changer. Également, avec le consentement des parents, un rapport sommaire d'évaluation de l'enfant était remis aux intervenants. Il est possible que les familles se soient décrites positivement dans l'espoir de voir leur dossier clos au CJ.

Par ailleurs, une autre hypothèse est que le traitement, tel que dispensé, n'est peut-être pas suffisamment efficace pour se différencier des services reçus par les enfants pris en charge par les Centre jeunesse lorsque certains indicateurs sont considérés. Force est de constater que les deux formes d'aide doivent avoir leurs points forts respectifs permettant de répondre, en partie du moins, aux besoins des enfants en détresse.

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques. Premièrement, l'utilisation de plus d'une source de données a permis de mettre en évidence les perceptions différentes des parents et des enfants quant à la symptomatologie des enfants. Les intervenants ont aussi été invités à remplir des mesures quant à la standardisation du traitement, la présence des enfants ainsi que des données sociodémographiques concernant la situation d'AS vécue par l'enfant. Afin de dresser un portrait clinique plus étoffé, il aurait été intéressant que la perception de l'intervenant de la symptomatologie de l'enfant soit aussi recueillie. Les études futures devront donc recueillir, si possible, de l'information auprès de l'enseignant et du pédiatre de l'enfant.

Deuxièmement, des questionnaires validés fiables et susceptibles de détecter des changements dans la symptomatologie ont été administrés. Troisièmement, les interventions offertes ont été décrites dans un manuel de traitement et des supervisions hebdomadaires ont permis d'assurer l'adéquation des activités planifiées avec les objectifs thérapeutiques et les besoins spécifiques des enfants de chaque groupe.

Bien qu'ayant permis de fournir une première analyse des effets de l'intervention de groupe destinée aux enfants, cette étude évaluative comporte néanmoins certaines limites méthodologiques. Une évaluation des bénéfices à plus long terme devrait être menée afin de documenter le maintien des acquis des participants. L'ajout d'un groupe de comparaison n'ayant reçu aucune forme de traitement ou de suivi aurait été essentiel afin de déterminer les effets spécifiques et uniques de l'intervention de groupe. Toutefois, restreindre l'accès à une forme d'aide ou de soutien à des enfants qui souffrent peut représenter une atteinte importante à

l'éthique professionnelle. Pour permettre ces comparaisons, certains auteurs ont choisi d'administrer deux prétests à quelques mois d'intervalle (Stauffer et Deblinger, 1996), de comparer les enfants VAS à des enfants n'ayant pas été agressés (De Luca, Boyes, Grayston et Romano, 1995) ou de comparer deux modalités de traitement (Deblinger, Stauffer et Steer, 2001).

En conclusion, malgré les limites inhérentes à ce type d'études évaluatives, la présente étude apporte une contribution valable au domaine de recherche. Les résultats de cette étude ont permis de documenter le profil des enfants AS demandant à recevoir des services thérapeutiques. Les résultats révèlent un effet positif de l'intervention de groupe sur l'estime de soi et sur la fréquence des comportements sexualisés. Il est recommandé que le processus d'évaluation se poursuive afin de connaître l'impact réel de l'engagement parental sur la symptomatologie de l'enfant et sur sa propre symptomatologie puisque le soutien du parent auprès de son enfant semble avoir été documenté comme un des aspects facilitant le rétablissement de l'enfant (MacMillan, 2000).

Références

- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Washington, D.C. : American Psychiatric Association.
- Bédard, C. et Berteau, G. (1995). Controverse actuelle sur l'intervention de groupe auprès des enfants abusés sexuellement : un regard positif. *Intervention*, 101, 18-25.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Cavanagh Johnson, T., Friedrich, W. N., Garza Louis, D., Lyon, T. D., Page, J., Prescott, D. et Silovsky, J.F. (2006). *ATSA Task Force on Children with Sexual Behavior Problems*. Norman, OK : University of Oklahoma Health Science Center. Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Cohen, H. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Deblinger, E., Stauffer, L. B. et Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343.
- Deblinger, E. et Helfin, A. E. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents : A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- De Luca, R. V., Boyes, D. A., Grayston, A. D. et Romano, E. (1995). Sexual abuse : Effects of group therapy on pre-adolescent girls. *Child Abuse Review*, 4(4), 263-277.
- Doyon, P. (1990). *Étude exploratoire de trois modalités d'intervention sur les conséquences du traumatisme*. St-Laurent : Fondation Marie-Vincent.
- Frederick, C., Pynoos, R. et Nader, K. (1992). Childhood PTSD Reaction Index (CPTS-RI). Document inédit.
- Friedrich, W. N. (2002). An integrated model of psychotherapy for abused children. In J. E. B. Myers, B. Lucy, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny et T. A. Reid (Éds), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2e éd., p. 141-157). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Friedrich, W. N., Damon, L., Hewitt, S. K., Koverola, C., Lang, R. A., Wolfe, V. et Broughton, D. (1992). Child sexual behavior inventory : Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.

Évaluation d'une intervention de groupe

- Gilbert, C. M. (1990). *A structure group nursing intervention for girls who have been sexually abused using Roy's theory of the person as an adaptive system*. Columbia, SC : University of South Carolina.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Hébert, M. (1996). *Traduction du "Self-perception for children"* (Harter, 1985). Document inédit. Ste-Foy : Département de mesure et évaluation, Université Laval.
- Hébert, M. et Daignault, I. (2002). *Traduction française du "Child post-traumatic stress reaction index" de C.J. Frederick, R.S. Pynoos et K.O. Nader, (CPTS-RI; 1992)*. Document inédit. Montréal, QC : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C. et Poitras, M. (2001). Proximate effects of a child sexual abuse prevention program in elementary school children. *Child Abuse and Neglect*, 25, 505-522.
- Hébert, M. et Parent, N. (1999). *Traduction française du "Children's impact of traumatic events scale-revised" de V. V. Wolfe, C. Gentile, T. Michienzi, et L. Sas (CITES-R; 1991)*. Document inédit. Ste-Foy, QC : Université Laval.
- Hébert, M. et Parent, N. (2000). *Traduction française du « Child dissociative checklist » de F. Putnam, K. Helmers, et P. K. Trickett (CDC; 1993)*. Document inédit. Montréal, QC : Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V. et Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M. et Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents : An exploratory study. *Child Abuse and Neglect*, 31(2), 125-141.
- Hyde, C., Bentovim, A. et Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 19(11), 1387-1399.
- Kovacs, M. (1985). The Children's depression inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-1124.
- MacMillan, H. (2000). Child maltreatment : What we know in the year 2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 702-709.
- Monck, E., Bentovim, A., Goodall, G., Hyde, C., Lwin, R., Sharland, E. et Elton, A. (1994). *Child sexual abuse : A descriptive and treatment outcome study*. London : HMSO.
- Nurcombe, B., Wooding, S., Marrington, P., Bickman, L. et Roberts, G. (2000). Child sexual abuse II : Treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 92-97.
- Perez, C. L. (1987). *A comparison of group play therapy and individual play therapy for sexually abused children*. Greeley, CO : University of Northern Colorado.
- Putnam, F. W. (1988). *Child dissociative checklist (Version 2.2)*. Document inédit, National Institute of Mental Health, Washington.
- Reeker, J., Ensing, D. et Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 669-680.
- Reynolds, C. R. et Richmond, B. O. (1985). *"What I think and feel" (RCMAS)*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
- Simoneau, A. C. (2002). *Manuel d'intervention de groupe pour enfants de six à huit ans ayant été agressés sexuellement*. Document inédit. Gatineau : Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille.
- Simoneau, A. C., Hébert, M. et Tourigny, M. (2008). Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 37(2), 245-288.
- Staller, K. M. et Nelson-Gardell, D. (2005). "A burden in your heart" : Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1415-1432.
- Stauffer, L. B. et Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children : A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1(1), 65-76.

- Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 89-111.
- St-Laurent, L. (1990). Normalisation de l'inventaire de la dépression Kovacs pour experts. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 22(4), 377-384.
- 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). *L'étude d'incidence québécoise sur les signalements d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux (ÉIQ)*. Montréal, QC : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale.
- Tremblay, C., Hébert, M. et Simoneau, A. C. (2004). Les interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle : Examen des pratiques curatives récentes. *Revue québécoise de psychologie*, 25(1), 203-229.
- Tutty, L. (1995). The Revised Children's Knowledge of Abuse Questionnaire : Development of a measure of children's understanding of sexual abuse prevention concepts. *Social Work Research*, 19, 112-120.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L. et Wolfe, D. A. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale : A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment*, 13(4), 359-383.
- Wright, J. et Sabourin, S. (1996). *Traduction française du "Trauma symptom checklist for children"*. Document inédit. Montréal, QC : Département de Psychologie, Université de Montréal.
- Wurtele, S. K., Kast, L. C., Miller-Perrin, C. L. et Kondrick, P. A. (1989). Comparison of programs for teaching personal safety skills to preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 505-511.

Résumé

Cette étude vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe pour les enfants victimes d'agression sexuelle. Le devis comporte un groupe expérimental d'enfants participant à l'intervention (n=46) et un groupe de comparaison d'enfants recevant les services traditionnels (n=14). Les résultats indiquent que suite à l'intervention, les enfants démontrent une réduction de la fréquence des comportements sexualisés et une augmentation de l'estime de soi lorsque comparés aux enfants du groupe de comparaison. Les enfants des deux groupes présentent des améliorations comparables pour les autres variables considérées. Les limites de l'étude et les implications sur le plan de l'intervention sont discutées.

Abstract

This study evaluates the effectiveness of group therapy for school-aged sexually abused children. The experimental design consisted of two groups : an experimental group (n=46) of children participating in group therapy and a comparison group (n=14) of children receiving services as usually provided by Child Protective Services. Results show that children participating in group therapy achieve higher self-esteem scores and display less sexualized behaviors following treatment than children from the comparison group. However, both groups present comparable gains in all other outcome variables considered. Limitations and practice implications of the study are discussed.

Mots clés

agression sexuelle, intervention de groupe, efficacité, enfants

Key words

sexual abuse, group therapy, effectiveness, children

**ENFANTS PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS
PROBLÉMATIQUES : LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE
D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT**

**CHILDREN WITH SEXUALLY INAPPROPRIATE BEHAVIOR : GUIDELINES FOR
EVALUATION AND TREATMENT**

Mélanie M. Gagnon¹

*Centre d'expertise en agression
sexuelle Marie-Vincent*

Marc Tourigny

Université de Sherbrooke

Mireille Lévesque

Université du Québec à Montréal

Les comportements sexuels problématiques (CSP) manifestés par des enfants suscitent, sur le plan social, incompréhension et remise en question. Il n'est donc pas étonnant qu'au cours des deux dernières décennies, des cliniciens et des chercheurs aient porté une attention particulière à ce phénomène préoccupant. Les CSP chez les enfants ne sont pas considérés comme un trouble de santé mentale, ils sont plutôt un ensemble de comportements qui se retrouvent hors des limites sociales acceptables (ATSA, 2006). Or, les chercheurs et cliniciens reconnaissent maintenant le rôle des enfants dans la violence sexuelle perpétrée à l'endroit d'autres enfants et insistent sur la nécessité d'évaluer ces jeunes et d'intervenir efficacement auprès de ceux-ci afin de freiner le phénomène (Carpentier, Silovsky et Chaffin, 2006). Cela dit, malgré la reconnaissance croissante de ce problème, les écrits scientifiques portant sur les CSP des enfants restent, à ce jour, peu nombreux. Le présent article expose brièvement la problématique en abordant la définition des CSP, leur prévalence et leur incidence, les facteurs associés aux CSP et les typologies. Par la suite, une description des pratiques relatives à l'évaluation et à l'intervention auprès des enfants présentant des CSP est présentée.

PORTRAIT DU PROBLÈME

Définition

Bien que le phénomène des enfants qui manifestent des CSP interpelle de plus en plus les chercheurs, il n'existe à ce jour aucun consensus sur une définition des CSP (Gray, Busconi, Houchens et Pithers, 1997; Hall, Mathews et Pearce, 1998; Johnson et Aoki, 1993). Le groupe de travail de l'*Association for Treatment of Sexual Abusers (ATSA)* sur les enfants manifestant des CSP propose de définir les CSP comme

1. Adresse de correspondance : Centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent, 4689, rue Papineau, 3^e étage, Montréal (Québec), H2H 1V4. Téléphone : (514) 285-0505. Courriel : melanie.gagnon@ceasmv.ca

« des comportements impliquant des parties sexuelles du corps, qui sont initiés par des enfants de 12 ans et moins et qui sont inappropriés d'un point de vue développemental ou qui sont potentiellement néfastes pour l'enfant lui-même ou pour les autres » (ATSA, 2006; traduction libre). Cette définition implique donc que les comportements sexuels peuvent être dirigés vers l'enfant lui-même ou vers d'autres enfants. Tel que souligné par Silovsky et Bonner (2003), bien que le terme « sexuel » soit utilisé, les intentions et les motivations sous-jacentes à ces comportements peuvent être liées ou non à un besoin de gratification ou de stimulation sexuelle. Les comportements sexuels des enfants peuvent être motivés par la curiosité, l'anxiété, l'imitation, la recherche d'attention, l'apaisement ou par d'autres éléments.

Prévalence et incidence

À ce jour, il demeure difficile de déterminer la prévalence exacte d'enfants ayant des CSP puisqu'une proportion importante de ces comportements se produit à l'insu des parents et n'est pas nécessairement rapportée aux autorités (Gagnon, 2003; Gray *et al.*, 1997; Hall *et al.*, 1998). De plus, il n'existe aucune étude populationnelle de prévalence ou d'incidence portant sur les CSP chez les enfants (ATSA, 2006).

Il est toutefois possible de dresser un portrait partiel de l'ampleur du phénomène en se référant aux cas identifiés parmi la clientèle des services de protection de l'enfance. Ainsi, Gray *et al.* (1997) rapportent qu'en 1994, dans l'État du Vermont, plus de 125 enfants ont été agressés sexuellement par un enfant âgé de moins de 14 ans, dont un tiers d'entre eux étaient âgés de moins de 10 ans. À une échelle plus étendue, Pithers, Gray, Busconi et Houchens (1998) relatent qu'aux États-Unis, près de 40 % des agressions sexuelles posées à l'endroit d'enfants sont commises par des jeunes de moins de 20 ans, dont 13 à 18 % seraient le fait d'enfants de 6 à 12 ans. Au Québec, la prévalence d'enfants ayant des CSP semble également préoccupante. Ainsi, Gagnon (2003) rapporte que, d'après une étude menée par la Direction de la protection de la jeunesse de Montréal portant sur l'incidence de l'agression sexuelle par des mineurs, 11 % des jeunes ayant posé des gestes sexuels de nature agressive étaient âgés de 8 à 11 ans.

Facteurs associés aux CSP chez les enfants

Jusqu'à maintenant, l'origine des CSP chez les enfants n'est pas clairement comprise. Les premières théories ont mis l'accent sur l'agression sexuelle comme étant la cause prédominante de la présence des CSP chez les enfants. Les enfants qui ont été victimes d'agression sexuelle manifesteraient davantage de CSP que les enfants qui n'ont pas vécu de victimisation sexuelle (Friedrich, 1993). Une histoire d'agression

sexuelle serait présente chez un pourcentage élevé d'enfants ayant des CSP (Gagnon, Tremblay et Bégin, 2005; Johnson, 1989). Toutefois, selon des recherches récentes, plusieurs enfants qui manifestent des CSP ne présentent pas d'histoire d'agression sexuelle (Bonner, Walker et Berliner, 1999; Silovsky et Niec, 2002).

Les théories actuelles précisent que l'origine et le maintien des CSP dans l'enfance sont associés à des facteurs familiaux, sociaux, environnementaux et développementaux (Friedrich, Davies, Feher et Wright, 2003). L'agression sexuelle semble être un facteur qui contribue à l'apparition de ces manifestations, au même titre que la violence physique, les pratiques parentales dysfonctionnelles, la détresse psychologique du parent, les mauvais traitements dans l'enfance du parent, l'exposition à de la sexualité explicite, le fait de vivre dans un environnement hautement sexualisé et l'exposition à de la violence familiale (Friedrich *et al.*, 2003). Enfin, tel que souligné par certains auteurs (Friedrich *et al.*, 2003; Gray *et al.*, 1997), les CSP peuvent ne représenter qu'une partie d'un portrait plus large de troubles de comportement chez un enfant. En effet, les auteurs se sont également intéressés aux variables personnelles des enfants. Ainsi, la majorité des études démontrent que la présence de troubles du comportement extériorisés ou intériorisés est fortement corrélée avec la manifestation de CSP ou avec une fréquence plus élevée de comportements sexuels (Bonner *et al.*, 1999; Friedrich, Grambsch, Damon, Hewitt, Koverola, Lang, Wolfe et Broughton, 1992; Hall *et al.*, 1998; Hall, Mathews et Pearce, 2002).

ÉVALUATION DU PROFIL PSYCHOSOCIAL DES ENFANTS PRÉSENTANT DES CSP

L'évaluation individuelle doit jouer un rôle fondamental dans les décisions d'intervention et les actions prises auprès des enfants ayant des CSP. Le contenu de l'évaluation clinique peut varier selon l'enfant, c'est-à-dire que la complexité et la durée de l'évaluation sont variables. Selon les experts du groupe de travail de l'ATSA (2006), il n'est pas toujours nécessaire ni souhaitable de réaliser une évaluation échelonnée sur plusieurs rencontres. Il est plutôt suggéré de recueillir certaines informations à la lecture des notes et des rapports disponibles, d'obtenir du parent une description de l'histoire comportementale de l'enfant et de son fonctionnement psychologique, de réaliser une brève entrevue avec l'enfant et d'administrer quelques instruments d'évaluation standardisés à l'enfant et au parent. Il s'avère important de recueillir de l'information auprès de sources multiples, telles que les parents, le professeur, la fratrie, etc. Par ailleurs, dans les cas plus complexes où l'enfant présente plusieurs diagnostics, il est pertinent de réaliser une évaluation plus approfondie. Selon différentes études consultées (Gagnon, 2003) et le groupe de travail de l'ATSA (2006), deux grandes sphères devraient être

prises en considération dans l'évaluation d'enfants présentant des CSP, soit l'environnement social et familial de l'enfant ainsi que son profil psychologique et comportemental.

Environnement social et familial de l'enfant

Le contexte environnemental de l'enfant peut grandement influencer le développement et le maintien de ses CSP. Ainsi, l'évaluation devrait viser à recueillir de l'information sur les éléments suivants : la qualité de la relation parent-enfant, la capacité du parent à superviser les comportements de son enfant (dont les limites et les conséquences imposées à l'enfant), le soutien parental, la présence positive ou négative de modèles (adultes et pairs) dans l'environnement de l'enfant, les pratiques parentales (dont la constance des interventions), les frontières émotionnelles, physiques et sexuelles dans la maison, les occasions offertes à l'enfant de poser des comportements inappropriés, le niveau de stimulation sexuelle ou de violence dans l'environnement passé et présent de l'enfant, l'exposition à des situations potentiellement traumatiques, les facteurs de protection dans le milieu de vie (dont les ressources de la famille) ainsi que les valeurs culturelles de la famille et de la communauté concernant la sexualité. L'évaluation de l'environnement social et familial s'avère cruciale afin de déterminer les objectifs ou les stratégies qui seront poursuivis avec les adultes impliqués dans la vie de l'enfant. Elle vise non seulement à identifier les éléments plus problématiques, mais également les forces et les ressources du milieu pouvant être mobilisées afin de venir en aide à l'enfant.

Profil psychologique et comportemental de l'enfant et évaluation des comportements sexuels problématiques

Tel que précisé par le groupe d'experts (ATSA, 2006), une évaluation exhaustive des enfants présentant des CSP inclut une appréciation du fonctionnement psychologique et comportemental de l'enfant ainsi qu'une mesure spécifique des CSP. Dans certains cas, la manifestation des CSP peut s'avérer le problème prioritaire alors que, dans d'autres situations, les CSP sont secondaires par rapport à un problème plus alarmant comme des troubles du comportement ou des séquelles sévères d'agression sexuelle. Ainsi, la combinaison d'une évaluation du fonctionnement général de l'enfant à une évaluation spécifique des CSP permet de prioriser les difficultés que présente l'enfant et ainsi d'ajuster les objectifs d'intervention. Un nombre important de problèmes non sexuels chez les enfants ayant des CSP ont été décrits dans la littérature et doivent être documentés lors de l'évaluation (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon *et al.*, 2005; Gray *et al.*, 1997; Gray, Pithers, Busconi et Houchens, 1999; Hall *et al.*, 1998, 2002; Pithers *et al.*, 1998), à savoir la présence de troubles de comportement extériorisés (trouble d'attention avec hyperactivité,

comportements d'opposition, agressivité), de troubles de comportement intériorisés (dépression, anxiété, difficultés relationnelles), de problèmes d'apprentissage ainsi que la présence de symptômes de stress post-traumatique (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon *et al.*, 2005; Gray *et al.*, 1997, 1999; Hall *et al.*, 1998, 2002; Pithers *et al.*, 1998). De plus, selon le cas, il peut s'avérer pertinent d'évaluer d'autres sphères du fonctionnement de l'enfant, notamment le développement intellectuel. Enfin, une histoire de victimisation sexuelle, de violence physique ou psychologique ainsi que de négligence sont des variables qui semblent liées à l'apparition et au maintien des CSP et qui devraient être abordées lors de l'évaluation (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon *et al.*, 2005; Gray *et al.*, 1997, 1999; Hall et Mathews, 1996; Hall *et al.*, 1998, 2002; Johnson et Feldmeth, 1993; Pithers *et al.*, 1998). Tel que précisé par le groupe de travail de l'ATSA (2006), puisqu'une proportion importante d'enfants a vécu une agression sexuelle, il est pertinent d'évaluer les symptômes en lien avec l'événement traumatique.

L'obtention d'une description précise et détaillée des comportements sexuels de l'enfant s'avère prioritaire dans l'évaluation (durée, fréquence, type de comportements, progression, coercition, circonstances, etc.). Il est souvent fort pertinent de faire l'histoire chronologique des CSP et de juxtaposer ces comportements à des événements clés survenus dans la vie de l'enfant. Il est recommandé de se référer à des sources d'information multiples afin de créer un portrait le plus complet possible des CSP, incluant les renseignements provenant du parent, de l'enfant, des professeurs et des autres enfants impliqués dans les CSP. Le groupe de travail de l'ATSA (2006) souligne l'importance d'évaluer comment les CSP ont été initiés et dans quels contextes. Ces facteurs permettent de statuer sur les besoins de restriction et de supervision de l'enfant instigateur dans le but de protéger les autres enfants. L'évaluation des CSP devrait également prendre en considération les interventions mises en place par les parents afin de faire cesser ces comportements. Par ailleurs, une évaluation complète devrait tenter d'identifier les situations ou les circonstances dans lesquelles les CSP semblent se produire. À titre d'exemples, certains enfants s'engagent dans des CSP lorsqu'ils vivent une situation de stress ou lorsqu'ils se sentent déprimés ou anxieux alors que d'autres agissent lorsqu'ils ont des souvenirs de leur histoire de victimisation sexuelle et qu'ils se sentent impuissants ou en colère. D'autres enfants peuvent s'engager dans des CSP lorsqu'ils sont confrontés à des facteurs familiaux ou environnementaux, tels que l'exposition à du matériel sexuel explicite. Un des principes soulevés par le groupe de l'ATSA (2006) est que les facteurs présents et récents, tant émotionnels qu'environnementaux, qui favorisent le maintien des CSP chez l'enfant sont souvent plus importants que des facteurs plus lointains ou passés. De même, il n'est pas nécessairement prioritaire de

comprendre ou de déterminer l'origine des CSP pour offrir des interventions de qualité.

Seuls quelques questionnaires permettent d'évaluer, de manière quoique partielle, les CSP de l'enfant. Deux outils de mesure sont plus connus et utilisés, le *Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)* (Friedrich, 1997) et le *Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL-2^e révision)* (Johnson et Friend, 1995). Le premier s'adresse aux enfants âgés de 2 à 12 ans et mesure la fréquence des comportements sexuels sains et inappropriés. Bien que l'instrument possède des normes permettant de discriminer entre des comportements sexuels typiques et des comportements atypiques selon l'âge et le sexe, il ne détermine aucun seuil à partir duquel des comportements sexuels pourraient être considérés comme problématiques chez un enfant. Le second instrument, le *CSBCL* (Johnson et Friend, 1995), s'adresse aussi aux enfants de moins de 12 ans. Le questionnaire comprend une liste d'items en lien avec la sexualité chez les enfants et recueille de l'information sur l'environnement familial et les CSP de l'enfant. De plus, cette mesure fournit une liste de 26 caractéristiques de comportements sexuels inappropriés. Cela dit, cet instrument n'a pas été validé empiriquement et aucune norme n'est disponible afin de statuer si l'enfant a oui ou non des CSP.

TRAITEMENT DES ENFANTS PRÉSENTANT DES CSP

À ce jour, un certain nombre de programmes de traitement spécialisés s'adressant aux enfants présentant des CSP ont été développés (Araji, 1997). En 1993, Johnson a estimé que seulement 12 programmes de traitement spécialisés existaient aux États-Unis, en Angleterre et au Canada. Des écrits plus récents suggèrent qu'il existe en plus une dizaine de programmes de traitement pour les enfants qui présentent des CSP (Staiger, 2005). Malheureusement, peu de ces programmes, implantés en majorité aux États-Unis, ont été documentés et évalués.

Dans l'ensemble, les programmes de traitement conçus pour les enfants ayant des CSP énoncent les objectifs suivants : 1) favoriser l'expression des émotions; 2) encourager l'enfant à reconnaître ses CSP; 3) enseigner à l'enfant des habiletés afin de l'aider à diminuer la fréquence de ses CSP ou à les arrêter; 4) développer une sexualité saine conforme à l'âge développemental de l'enfant (Bonner *et al.*, 1999) et 5) soutenir les parents et les habiliter à superviser efficacement leurs enfants afin de minimiser la récurrence des CSP (Staiger, 2005; Letourneau, Schoenwald et Sheidow, 2004). Enfin, les traitements visent également le maintien des changements de comportement dans le temps (Bonner *et al.*, 1999). Les traitements s'adressent autant aux filles qu'aux garçons. Toutefois, la proportion de garçons est plus élevée dans les échantillons des groupes

de traitement étudiés. Les traitements décrits sont, pour la plupart, destinés aux enfants âgés de 6 à 12 ans et à leurs parents.

Études évaluatives des traitements

À ce jour, les écrits publiés portant sur l'évaluation des traitements destinés aux enfants qui présentent des CSP sont très peu nombreux. Notre recension des écrits révèle l'existence de seulement six études empiriques ayant évalué l'efficacité de ces traitements. Cinq des études recensées (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon, 2003; Pithers *et al.*, 1998; Staiger, 2005; Silovsky, Niec, Bard et Hecht, 2007) évaluent un programme de traitement pour les enfants qui présentent des CSP alors qu'une dernière étude (Carpentier *et al.*, 2006) présente les résultats d'un suivi longitudinal sur 10 ans d'enfants ayant bénéficié du traitement évalué par Bonner *et al.* (1999). Quatre de ces recherches utilisent un devis expérimental (3) ou quasi-expérimental (1) et deux empruntent un devis pré-expérimental prétest-posttest.

L'étude de Bonner et ses collègues (1999) a comparé l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental (TCC) ayant une composante psycho-éducative à celle d'une thérapie par le jeu. Les sujets, âgés de six à douze ans, étaient assignés aléatoirement à l'une des deux conditions et participaient à 12 rencontres de groupe. L'évaluation du comportement des enfants par les mères démontre, à court terme (un an et deux ans après la participation au traitement), une réduction considérable des CSP et des autres problèmes de comportement non sexuels pour les deux groupes d'enfants (TCC et thérapie par le jeu). Par ailleurs, dix ans après la participation au traitement, les enfants du groupe TCC montrent moins d'arrestations pour agressions sexuelles que les enfants du groupe de thérapie par le jeu (respectivement 2 % et 10 %) (Carpentier *et al.*, 2006). Toutefois, sur la période de dix ans, aucune différence significative n'est rapportée entre les deux groupes en ce qui concerne les arrestations pour des délits de nature non sexuelle. Ces résultats suggèrent qu'un traitement approprié de courte durée peut réduire le risque de commettre des offenses sexuelles dans l'avenir (ATSA, 2006).

Les travaux de Pithers et ses collègues (1998) ont comparé, à l'aide d'un devis expérimental, l'efficacité d'un traitement de groupe basé sur un modèle de prévention de la récidive à une thérapie de groupe expressive. L'échantillon, composé de 115 enfants âgés de 6 à 12 ans et leur famille, a été assigné aléatoirement aux deux groupes. Les deux programmes de traitement incluaient 32 rencontres, étaient structurés et présentaient des notions psychoéducatives. Le modèle de prévention de la récidive, adapté à partir des traitements pour adultes agresseurs sexuels, mettait l'accent sur l'identification de facteurs de récidive et d'un plan de prévention alors que la thérapie expressive se limitait à donner de l'information sur les CSP,

les frontières personnelles, la gestion des émotions, la compréhension des effets de l'agression sexuelle et à enseigner des techniques de résolution des conflits et d'habiletés sociales. Après 16 rencontres de traitement, les enfants des deux groupes s'étaient améliorés. Toutefois, on note une diminution plus grande des symptômes de stress post-traumatique chez les enfants du programme de prévention de la récidive comparativement aux enfants ayant participé au groupe de thérapie expressive (Pithers *et al.*, 1998). À la fin des 32 rencontres du traitement, les deux groupes d'enfants s'étaient améliorés, mais aucune différence significative n'était observée entre les deux groupes (Bonner et Fahey, 1998).

Silovsky, Niec, Bard et Hecht (2007) ont utilisé un groupe de contrôle (liste d'attente) et un groupe expérimental afin d'évaluer l'effet d'un TCC de groupe de 12 rencontres pour des enfants d'âge préscolaire ayant des CSP. Des mesures auprès des participants étaient prises toutes les semaines. Avec le temps, les résultats ont démontré une réduction des CSP chez les enfants des deux groupes. Toutefois, les CSP chez les enfants qui avaient initialement une fréquence plus élevée de comportements sexuels tendaient à s'améliorer plus rapidement lorsqu'ils participaient au groupe de TCC.

Certaines conclusions générales peuvent être tirées de ces résultats. D'abord, il semble que les CSP s'améliorent avec le passage du temps, du moins en présence d'une certaine forme d'intervention de la part d'un adulte (parent, intervenant social, etc.). Ensuite, il apparaît que les traitements spécifiques fonctionnent et, tout particulièrement les TCC structurés qui insistent sur les CSP et sur l'implication du parent. Aussi, il semblerait que les TCC qui mettent l'accent sur les symptômes de stress post-traumatique et les CSP peuvent s'avérer efficaces pour réduire les deux types de problèmes lorsqu'ils sont présents. Enfin, le groupe d'experts (ATSA, 2006) souligne que, bien que le TCC à court terme puisse ne pas être la meilleure option pour tous les enfants présentant des CSP, les résultats suggèrent que, combiné à l'implication du parent, il peut s'avérer un excellent choix et contribuer à l'obtention de résultats durables dans la majorité des cas. Ainsi, le TCC devrait être considéré comme le traitement de première ligne pour les enfants ayant des CSP, sauf dans des cas d'une sévérité inhabituelle.

Implication des parents dans le traitement

Tant dans les écrits cliniques que scientifiques, l'accent est mis sur l'importance d'impliquer les parents ou un adulte responsable de l'enfant dans le traitement (Johnson, 1989, 2004; Silovsky *et al.*, 2007). Le groupe de travail de l'ATSA (2006) précise que le terme « parent » fait autant référence aux parents biologiques qu'aux parents d'accueil ou à tous les autres adultes qui prennent soin de l'enfant. Dans certains cas,

l'environnement familial contribue activement au développement et au maintien des CSP de l'enfant. Ainsi, dans le but d'intervenir efficacement, l'environnement familial doit soutenir le développement sexuel sain de l'enfant et chercher à réduire les facteurs associés aux CSP. Dans d'autres situations, l'environnement familial peut ne pas être problématique, mais l'implication des parents (ou d'adultes significatifs) dans le traitement s'avère un atout crucial afin de fournir du soutien à l'enfant et l'aider à généraliser les acquis en dehors du contexte thérapeutique. Les traitements prometteurs auprès des enfants présentant des CSP incluent des interventions directes auprès des parents ou d'autres adultes importants dans la vie de l'enfant (Bonner *et al.*, 1999; St-Amand, Bard et Silovsky, 2008).

Modalités de traitement

Le groupe de travail de l'ATSA (2006) fait une mise en garde en soulignant que, bien que le traitement de groupe soit populaire auprès de diverses instances, on ne peut prétendre actuellement qu'il s'agisse de la meilleure ou de l'unique approche. À titre d'exemple, les études contrôlées précédemment discutées font ressortir des effets bénéfiques issus à la fois des modalités de traitement de groupe et de traitement individuel du TCC. Certes, le traitement de groupe offre des avantages uniques tout en posant des défis particuliers. Un des avantages de l'approche de groupe est le coût moindre engendré par le service. Les forces cliniques incluent la possibilité d'un apprentissage par imitation et observation, la réduction du sentiment d'isolement et l'occasion de développer des habiletés sociales au sein du groupe. De plus, le groupe permet des discussions plus actives. Toutefois, un traitement de groupe implique de tenir compte de la question de la confidentialité qui doit être bien gérée par les thérapeutes. L'utilisation de stratégies de gestion des comportements par le thérapeute de groupe est également essentielle au succès du traitement. En effet, un groupe mal géré peut favoriser l'apparition de problèmes de comportement, créer des modèles sociaux négatifs et encourager les renforcements négatifs par les pairs. Ensuite, la modalité de groupe peut ne pas s'avérer être la meilleure approche pour les enfants qui présentent des troubles de comportement sérieux ou des problèmes de comorbidité sévères. Enfin, dans certains cas, des rencontres supplémentaires familiales ou individuelles peuvent s'avérer nécessaires afin d'intervenir sur certains problèmes de comorbidité.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Les connaissances actuelles font ressortir le profil hétérogène des enfants présentant des CSP. Ainsi, sachant que les facteurs associés à la présence et au maintien des CSP chez un enfant sont très diversifiés, une évaluation complète touchant diverses sphères de la vie de l'enfant s'avère

toute indiquée. Par ailleurs, certaines conclusions et recommandations peuvent être tirées à la lumière des différents résultats de recherche concernant les traitements destinés aux enfants présentant des CSP. Tout d'abord, les écrits confirment l'importance de développer et d'appliquer des méthodes d'interventions spécifiques aux CSP (ATSA, 2006; St-Amand *et al.*, 2008). Le groupe d'experts de l'ATSA (2006) souligne, en outre, l'importance d'adapter les interventions en fonction des problèmes des enfants et des symptômes retrouvés chez ces derniers plutôt que d'offrir un service standard pour tous les enfants. Cela dit, les recherches actuelles font ressortir que le TCC semble plus efficace à long terme pour la réduction des CSP que la thérapie de type psychodynamique. De plus, les enfants manifestant des CSP et ayant participé à un TCC ne sont pas plus à risque de commettre des agressions de nature sexuelle à l'âge adulte que d'autres enfants qui manifestent divers problèmes de comportement. L'approche psychodynamique ne semble pas avoir cet impact positif à long terme sur les enfants qui présentent des CSP puisque ces derniers détiennent des taux d'arrestation pour agressions sexuelles plus élevés à l'âge adulte (Carpentier *et al.*, 2006). Il est à noter que d'autres approches de traitement qui n'ont pas fait l'objet d'évaluations systématiques semblent prometteuses. L'intervention systémique propose notamment une utilisation des diverses ressources de l'entourage de l'enfant dans le but de susciter un impact positif sur la diminution des CSP. Cela dit, de futures études pourraient comparer, entre autres, l'impact différentiel du TCC et d'une intervention systémique.

De surcroît, les conclusions obtenues à partir des données disponibles sur les traitements destinés aux enfants qui manifestent des CSP doivent être interprétées avec prudence. Chacune des études d'efficacité des traitements présente des limites méthodologiques, dont l'absence de groupe de comparaison adéquat, l'utilisation de mesures des CSP qui ne sont pas validées ou qui sont utilisées de façon inadéquate et un taux élevé d'abandon en cours de traitement. En dépit de leurs lacunes méthodologiques, les études empiriques fournissent des données préliminaires sur l'évaluation des traitements. Jusqu'à ce jour, les résultats démontrent que chacun des formats d'intervention, soit les thérapies individuelles, les thérapies de groupe et les thérapies familiales, comporte ses avantages et ses inconvénients. Ainsi, il semble plus juste d'adapter l'intervention aux particularités de l'enfant et à ses difficultés spécifiques. De plus, bien que l'efficacité des TCC semble supérieure à celle d'autres formes de traitement, il est important de souligner que les interventions d'approches psychodynamique et systémique n'ont pas encore fait l'objet de multiples évaluations empiriques. Les travaux à venir auraient avantage à décrire et à évaluer les approches thérapeutiques préconisées, les techniques utilisées et les composantes des programmes de traitement à l'étude afin d'en tirer de meilleures conclusions.

De plus, l'ensemble des auteurs semble s'entendre sur la nécessité d'impliquer les parents et les autres personnes significatives dans les interventions offertes aux enfants (Bonner *et al.*, 1999; Gagnon *et al.*, 2005; Pithers *et al.*, 1998). D'ailleurs, la méta-analyse de St-Amand *et al.* (2008) portant sur les programmes de traitement visant à réduire les CSP, tant chez les enfants ayant des CSP que chez les enfants victimes d'agression sexuelle, a démontré que plusieurs composantes s'adressant directement aux parents sont liées à la réduction des CSP. Il s'avère donc essentiel de considérer les caractéristiques de l'environnement familial et social pour analyser l'efficacité des traitements (ATSA, 2006; St-Amand *et al.*, 2008).

En somme, la présente recension des écrits permet de constater que, malgré l'intérêt grandissant pour le problème des enfants manifestant des CSP, le phénomène est encore, à ce jour, trop peu documenté. Il est toutefois encourageant de constater que plusieurs chercheurs et cliniciens tentent de développer des services appropriés à ce groupe d'enfants.

Références

- Araji, S. K. (1997). *Sexually aggressive children : Coming to understand them*. Sage Publications : Thousand Oaks.
- ATSA (2006). *Report of the Task force on children with sexual behavior problems*. Beaverton, OR : Association for the treatment of sexual abusers.
- Bonner, B. L. et Fahey, W. E. (1998). Children with aggressive sexual behavior. In N. N. Singh et A. S. W. Winton (Éds), *Comprehensive clinical psychology : Clinical Psychology. Special populations, Vol. 9* (p. 453-466). Oxford, UK : Elsevier England-Elsevier Science.
- Bonner, B. L., Walker, C. E. et Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems : Assessment and treatment* (Final Rep., Grant No. 90-CA-1469). Washington, DC : Administration of Children, Youth and Families, Department of Health and Human Services.
- Carpentier, M. Y., Silovsky, J. F. et Chaffin, M. (2006). Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems : Ten-year follow up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 482-488.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behaviour in children. A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect, 17*(1), 59-66.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child sexual behavior inventory : Professional manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Davies, W., Feher, E. et Wright, J. (2003). Sexual behaviour problems in preteen children : Developmental, ecological, and behavioral correlates. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*(1), 95-104.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S., Koverola, C., Lang, R. A., Wolfe, V. et Broughton, D. (1992). Child sexual behavior inventory : Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment, 4*(3), 303-311.
- Gagnon, M. (2003). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : étude exploratoire*. Thèse de doctorat en psychologie. Montréal : Université de Montréal, Québec.
- Gagnon, M. M., Tremblay, C. et Bégin, H. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude descriptive. *Revue québécoise de psychologie, 26*(1), 1-14.

Enfants et comportements sexuels problématiques

- Gray, A., Busconi, A., Houchens, P. et Pithers, W. D. (1997). Children with sexual behaviour problems and their caregivers : Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9(4), 267-290.
- Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A. et Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems : Treatment implications. *Child Abuse and Neglect*, 23(6), 601-623.
- Hall, D. et Mathews, F. (1996). *The development of sexual behavior problems in children and youth*. Toronto, ON : Central Toronto Youth Services.
- Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behaviour problems in young sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 22(10), 1045-1063.
- Hall, D. K., Mathews, F. et Pearce, J. (2002). Sexual behaviour problems in sexually abused children : A preliminary typology. *Child Abuse and Neglect*, 26(3), 289-312.
- Johnson, T. C. (1989). Female child perpetrators-children who molest other children : Preliminary finding. *Child Abuse and Neglect*, 13(4), 571-585.
- Johnson, T. C. (1993). Preliminary Finding. In E. Gil et T. C. Johnson (Éds), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (p. 67-89). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T. C. (2004). *Helping children with sexually behaviour problems : A guidebook for parents and substitute caregivers* (2^e éd.). South Pasadena, CA : Author.
- Johnson, T. C. et Aoki, W. T. (1993). Sexual behaviors of latency age children in residential treatment. *Residential Treatment for Children and Youth*, 11(1), 1-22.
- Johnson, T. C. et Feldmeth, J. R. (1993). Sexual behaviors : A continuum. In E. Gil et T. C. Johnson (Éds), *Sexualized children : Assessment and treatment of sexualized children who molest* (p. 41-52). Rockville, MD : Launch Press.
- Johnson, T. C. et Friend, C. (1995). Assessing young children's sexual behaviors in the context of child sexual abuse evaluations. In T. Ney (Éd.), *True and false allegations of child sexual abuse : Assessment and case management* (p. 49-72). Philadelphia, PA : Brunner/Mazel.
- Letourneau, E. J., Schoenwald, S. K. et Sheidow, A. J. (2004). Children and adolescents with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 9(1), 49-61.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. et Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems : Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.
- Silovsky, J. F. et Bonner, B. L. (2003). Sexual behavior problems. In T. H. Ollendick et C. S. Schroeder (Éds), *Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology*. New York : Kluwer Press.
- Silovsky, J. F. et Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems : A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197.
- Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D. et Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems : A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36 (3), 378-391.
- Staiger, P. (2005). *Children who engage in problem sexual behaviours : Context, characteristics and treatment*. Australian Childhood Foundation : Ringwood.
- St-Amand, A., Bard, D. E. et Silovsky, J. F. (2008). Meta-analysis of treatment for child sexual behavior problems : Practices elements and outcomes. *Child Maltreatment*, 13(2), 145-166.

Résumé

Le problème des enfants qui manifestent des comportements sexuels problématiques préoccupe de plus en plus les cliniciens et les chercheurs. Cet article propose une brève description de la question en abordant la définition, l'incidence et la prévalence des comportements sexuels problématiques des enfants, les facteurs qui y sont associés ainsi que les typologies. Ensuite, des lignes

Mots clés

évaluation, traitement, comportement sexuel problématique, enfants, lignes directrices

directrices en matière d'évaluation et d'intervention auprès des enfants manifestant des comportements sexuels problématiques sont exposées. Des perspectives orientant les recherches et les interventions futures sont proposées en guise de discussion et de conclusion.

Abstract

Children presenting sexually inappropriate behavior are a growing subject of interest to both clinicians and researchers. This article describes the issue by discussing the definition, incidence, prevalence, associated factors and typology of this behavior disorder. Guidelines for the evaluation and treatment of children with sexually inappropriate behavior are proposed. In conclusion, prospects for future research and intervention initiatives are discussed.

Key words

evaluation, treatment, sexually inappropriate behavior, children, guidelines

LES FACTEURS DE RÉSILIENCE ET DE GUÉRISON CHEZ LES AUTOCHTONES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE¹

RESILIENCY AND HEALING FACTORS AMONG FIRST NATIONS' SEXUAL ABUSE VICTIMS

François Muckle

Université du Québec à Chicoutimi

Jacinthe Dion²

Université du Québec à Chicoutimi

La question de la résilience chez les Autochtones est pertinente et mérite qu'on s'y intéresse. En effet, comment ces derniers auraient-ils pu survivre aux multiples traumatismes subis lors de la colonisation, sinon en démontrant une remarquable capacité de résilience (Blackstock et Trocmé, 2004)? Bien qu'ayant des facultés d'adaptation évidentes, les Autochtones du Canada sont aux prises plus que jamais avec de multiples enjeux psychosociaux. Ainsi, nombreux sont les témoignages, essais et études présentant des résultats inquiétants quant au niveau de violence sexuelle prévalant au sein des communautés autochtones [Bopp, Bopp, et Lane, 2003; Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA), 1996; Hylton, 2002]. Problème complexe s'il en est un, la violence sexuelle chez les Autochtones semble devoir être envisagée en regard de certains déterminants tant historiques, sociaux, politiques que culturels. Ainsi, il apparaît nécessaire d'appréhender la réalité autochtone en tenant compte de ces différents contextes afin d'être amené à exercer sur le plan clinique une pratique psychologique plus lucide, efficace et respectueuse également.

La présente recension vise à faire état de la situation en ce qui concerne l'agression sexuelle chez les femmes et les enfants autochtones du Canada. Pour ce faire, cette recension s'emploie tout d'abord à discuter de la prévalence et de l'incidence de l'agression sexuelle en contexte autochtone. Sont ensuite examinées les séquelles héritées du régime des pensionnats et leur transmission intergénérationnelle, à travers la thèse du « traumatisme historique ». Dans un troisième temps, les facteurs susceptibles de favoriser la résilience et la guérison en contexte autochtone sont abordés.

1. Les auteurs tiennent à remercier Isabelle Daigneault, Marie-Pierre Philippe-Labbé et les trois évaluateurs anonymes pour leurs précieux commentaires sur les versions précédentes de ce manuscrit.
2. Adresse de correspondance : Département des sciences de l'éducation et de psychologie, Université du Québec à Chicoutimi, 555, boulevard de l'Université, Chicoutimi (QC), G7H 2B1. Téléphone : (418) 545-5011/1-800-463-9880, poste 5663. Courriel : jacinthe_dion@uqac.ca

L'AGRESSION SEXUELLE CHEZ LES AUTOCHTONES

La prévalence et l'incidence de l'agression sexuelle chez les Autochtones sont malaisées à situer, d'une part, en raison du peu d'études empiriques s'étant penchées sur le phénomène et, d'autre part, parce qu'il s'agit parfois d'un tabou important au sein des communautés. En effet, quoique des Autochtones de certaines communautés au Canada s'entendent pour affirmer que le problème de l'agression sexuelle représente un fléau, peu de victimes sont disposées à porter plainte afin de dévoiler la violence qu'on leur inflige. Au nombre des motifs expliquant cet état de choses et pouvant se rapporter au contexte autochtone, Picard (2004) suggère : l'éloignement géographique, avec tout le manque de ressources que cela peut représenter pour la victime, une méconnaissance des services offerts, les représailles possibles de membres de la communauté à l'endroit de la victime, une méfiance à l'égard du système de justice et enfin, l'ignorance de ce qu'est l'agression sexuelle. La notion de famille élargie qui prévaut dans plusieurs communautés peut également constituer un obstacle à la divulgation de l'agression sexuelle (Picard, 2004). Ainsi, les victimes pourront, dans bien des cas, se voir imposer la loi du silence afin de ne pas mettre en péril l'unité familiale [Native Women's Association of Canada (NWAC), 1994].

En dépit des difficultés liées au sous-dévoilement, plusieurs études se sont données pour mandat d'évaluer la prévalence de l'agression sexuelle. Entre autres, l'Association des femmes autochtones de l'Ontario (1989) affirme que 8 femmes autochtones sur 10 ont été victimes de violence familiale. Parmi celles-ci, 87 % ont été blessées physiquement et 57 % ont été victimes d'agression sexuelle (VAS). Dans plus de la moitié des épisodes violents survenant entre conjoints, les enfants autochtones seraient témoins ou potentiellement victimes de crimes sexuels, impliquant de la sorte les trois quarts des filles autochtones de moins de 18 ans (Hylton, 2002). L'ampleur du phénomène serait telle, que dans les communautés où il existe des programmes de lutte contre les agressions, on assisterait à une divulgation généralisée d'agressions sexuelles (Bopp *et al.*, 2003).

Récemment, le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Lac-Saint-Jean (CALACS Entre Elles, 2007) a réalisé une enquête afin de connaître le profil des femmes de la communauté Innu de Mashteuiatsh victimes d'agression sexuelle. Les principaux faits révèlent que 38 % des 98 répondantes ont déclaré avoir été VAS à une ou plusieurs reprises. La majorité des victimes ont été agressées dans l'enfance et l'adolescence, et la plupart des agressions ont été commises dans la communauté. La peur d'être jugées ou rejetées par la famille ou la communauté semble le principal motif invoqué par les victimes pour ne pas porter plainte. D'autres études et recensions des écrits ont également

révélé des chiffres alarmants de prévalence de l'agression sexuelle variant de 27 à 100 % (par exemple, Bopp *et al.*, 2003; Corrado et Cohen, 2003; Embree et De Wit, 1997; Hylton, 2002). En comparaison, la prévalence de l'agression sexuelle varie plutôt de 4 à 18 % chez les non Autochtones au Canada et aux États-Unis (Gorey et Leslie, 1997; MacMillan Flemming Trocme Boyle, Wong, Racine, Beardslee et Offord, 1997; Tourigny, Gagné Joly, et Chartrand, 2006). Quoique ces chiffres soient inquiétants, il convient d'en faire une analyse nuancée. En effet, il ne faut pas oublier que les populations autochtones du Canada sont très diversifiées. La réalité de chacune en regard du problème de l'agression sexuelle peut par conséquent différer. Il n'en demeure pas moins que celle-ci apparaît comme un problème présent au sein de plusieurs communautés autochtones.

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI-2003; Trocmé *et al.*, 2005) qui en était à son deuxième cycle présente des résultats qui montrent que les jeunes Autochtones canadiens ont été impliqués dans 15 % des cas de maltraitance corroborés, sur un total de 15 000 cas. De ce nombre, un peu plus de 200 enfants autochtones ont été VAS, ce qui représente 9 % de tous les signalements reçus et corroborés pour infractions sexuelles. En comparaison, on retrouve un taux d'incidence significativement plus faible d'enquêtes pour agression sexuelle chez les enfants autochtones que chez les enfants non autochtones (0,53 par rapport à 0,63 pour 1000 enfants âgés de 0 à 15 ans; $p < .001$) (Trocmé, MacLaurin, Fallon, Knoke, Pitman et McCormack, 2006). Il est à souligner qu'en 1998, la proportion d'enfants autochtones signalés VAS était semblable à celle des enfants non autochtones au Canada (l'ECI-1998; Trocmé, Knoke et Blackstock, 2004) et au Québec [Étude d'incidence québécoise (EIQ-1998); Tourigny, Domond, Trocmé, Sioui et Baril, 2007]. Par ailleurs, les cas d'agressions sexuelles concernant les jeunes Autochtones rapportés aux services fédéraux de protection de l'enfance suivraient la tendance observée chez les non-Autochtones qui affiche une baisse de l'incidence des agressions sexuelles. Il faut cependant se rappeler que ces données n'incluent pas les enquêtes menées par la police (Trocmé, Fallon, MacLaurin, Daciuk, Felstiner, Black, Fallon, MacLaurin, Daciuk, Felstiner, Black, Tonmyr, Blackstock, Barter, Turcotte et Cloutier, 2005). Il se peut également que l'agression sexuelle soit sous-rapportée aux services de la protection de l'enfance, ce qui a un impact sur l'étude d'incidence, celle-ci étant basée sur les signalements qui y sont faits.

Récemment, une étude québécoise sur l'agression sexuelle a été réalisée par le Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA, 2005) en collaboration avec Femmes

Les facteurs de résilience et de guérison

Autochtones du Québec (FAQ), le Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (MAINC) et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Les résultats de cette étude, basés sur les perceptions de 81 intervenants exerçant au sein des Premières Nations et concernant le problème de l'agression sexuelle, vont dans le même sens que les résultats de l'ECI 2003. En effet, il semble que le volume de plaintes pour agression sexuelle soit dans les faits peu élevé. Ainsi, 45 % des répondants ont déclaré avoir eu connaissance de cinq plaintes officielles et moins pour agression sexuelle au cours des cinq dernières années qui ont été rapportées aux autorités, soit moins d'une plainte officielle par année depuis cinq ans. Toutefois, les intervenants nuancent à 89,1 % ces résultats en expliquant que les VAS s'abstiennent de porter plainte, sans doute par méfiance envers le système de justice. En outre, le GRIPMA souligne que, dans les faits, les intervenants affirment unanimement que le problème de l'agression sexuelle atteint des niveaux alarmants. Ainsi, 57,1 % des répondants sondés estiment qu'une proportion importante (50 %) des membres de leur communauté a été victime d'abus et 42,8 % estiment que la proportion est plutôt de l'ordre de 70 %. En ce qui a trait aux caractéristiques des agressions sexuelles commises dans la communauté, il semble, toujours selon la perception des intervenants, que les agressions sexuelles soient plus souvent un viol ou une tentative de viol, perpétrées auprès de filles mineures et par des membres du réseau familial. Dans l'ensemble, la plupart des participants estiment que le nombre de cas d'agressions sexuelles rapportés officiellement aux autorités est nettement inférieur au nombre de cas réels.

En somme, en dépit de limites méthodologiques, les résultats des quelques études sur la prévalence de l'agression sexuelle chez les Autochtones semblent faire état d'un problème sévère, plus prédominant que chez les Canadiens non autochtones. Pourtant, les résultats de l'ECI-2003 révèlent des taux plus faibles d'enquêtes pour agression sexuelle chez les Autochtones. Ainsi, une sous-estimation de l'ampleur du problème est probable et pourrait s'expliquer par un sous-dévoilement des agressions sexuelles. Toutefois, cette hypothèse doit être envisagée avec prudence (voir Collin-Vézina, Quinn, Trocmé et Blackstock, 2008), certaines communautés s'étant prises en main, afin de mettre sur pied des programmes en regard de l'agression sexuelle. Dès lors, cette situation est peut-être de nature à exercer une influence significative pouvant en partie venir expliquer le faible taux d'incidence affiché à l'heure actuelle. Par conséquent, il est primordial d'accorder une attention soutenue au problème de la violence sexuelle et d'élargir notre lecture de ce phénomène. De la même manière, il apparaît tout aussi pertinent, à la suite de ce constat, d'envisager un éventuel traitement du traumatisme sexuel dans une perspective susceptible de favoriser la résilience, et ce,

grâce à l'identification de facteurs de protection tant individuels, familiaux que collectifs, propres à restituer les forces inhérentes à la culture autochtone.

LE POIDS DE L'HISTOIRE ET SES CONSÉQUENCES

Il existe actuellement un consensus parmi les chercheurs autochtones concernant l'impact dévastateur de la colonisation et des pensionnats, certains tenant même ces établissements pour responsables d'un vaste traumatisme historique. En effet, ces écoles résidentielles sont aujourd'hui reconnues pour avoir sérieusement perturbé la culture autochtone, son système familial ainsi que son système communautaire (Blackstock, Brown et Bennett, 2007; Mussel, Cardiff et White, 2004). Ainsi, dès 1863, les pensionnats¹ ont vu le jour afin de répondre aux politiques gouvernementales en matière « d'éducation »; cependant, ces politiques se sont avérées n'être ni plus ni moins qu'une entreprise d'assimilation (Dion Stout et Kipling, 2003; Dussault, 2007).

De nombreux cas de maltraitance abondamment documentés concernent ces établissements. Il semble que la violence, tant physique que psychologique et sexuelle, y était monnaie courante (CRPA, 1996). En effet, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations [ERS; Centre des Premières Nations et Organisation nationale de la santé autochtone (CPN et ONSA), 2006], réalisée auprès de 10 962 adultes, indique qu'un adulte sur cinq aurait fréquenté les pensionnats sur une période moyenne de cinq ans. Les ex-pensionnaires sondés déclarent dans une proportion de 71,5 % avoir été témoins de violence perpétrée à l'endroit de leurs compagnons. Qui plus est, 32,6 % d'entre eux affirment avoir été agressés sexuellement, 79,2 % violentés physiquement et 79,3 % avoir été victimes de violence verbale ou émotionnelle.

Selon ce qui est qualifié d'hypothèse du traumatisme historique, de nombreuses victimes ont internalisé cette souffrance, la perpétuant ensuite d'une génération à l'autre (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Chansonneuve, 2005; CRPA, 1996). En effet, les agressions sexuelles perpétrées lors de ces séjours en pensionnat seraient la cause d'une transmission intergénérationnelle de l'agression, en plus d'être un facteur de risque significatif pour la dépression, les troubles anxieux et la toxicomanie (Brave Heart et DeBruyn, 1998), sans négliger les impacts encourus sur le plan de l'identité culturelle autochtone (CPN et ONSA, 2006). L'ERS (2006) présente certains impacts pouvant étayer la thèse d'une possible transmission intergénérationnelle des traumatismes subis lors des séjours en pensionnats. En effet, les adultes interrogés estiment

1. Le dernier pensionnat (Akaitcho Hall) a fermé ses portes en 1990 dans les Territoires du Nord-Ouest (Chansonneuve, 2005).

Les facteurs de résilience et de guérison

que le séjour de leurs parents dans les pensionnats a eu des répercussions négatives sur leur capacité à assurer leur rôle parental. En outre, cela aurait eu pour conséquence de contribuer à l'établissement de problèmes tels la dépression, la toxicomanie et les pensées suicidaires. À ce titre, 32,7 % des adultes ayant eu un parent fréquentant les pensionnats ont songé à se suicider, alors que chez ceux n'ayant pas eu de parents fréquentant les pensionnats, ce taux baisse à 25,7 %. En ce qui concerne la génération actuelle, un jeune sur six âgé de 12 à 17 ans a un parent ayant fréquenté les pensionnats et 60 % d'entre eux ont un grand-parent ayant également fréquenté ces écoles.

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est une autre des conséquences de ce traumatisme historique. Sa prévalence est estimée à 22 % chez les Indiens d'Amérique et ceux de l'Alaska (Yellow Horse et Brave Heart, 2004), alors que dans la population générale, elle se situerait entre 7 et 10 %, selon les études recensées (voir Brillon, 2004). Les résultats d'une recherche portant sur un échantillon de 127 Autochtones de la Colombie-Britannique, survivants du régime canadien des pensionnats, révèlent que les diagnostics les plus fréquemment posés sont dans l'ordre le TSPT (64,2 %), les troubles causés par l'abus des substances psychoactives (26,3 %), la dépression majeure (21,2 %) et le trouble dysthymique (20 %). Chez ceux ayant reçu un diagnostic de TSPT, on a également décelé en comorbidité des troubles de la personnalité évitante, limite, obsessionnelle ou dépendante, ainsi que des troubles anxieux (Corrado et Cohen, 2003).

À la lumière des faits présentés, il est probable que les jeunes Autochtones se trouvent dépositaires d'un lourd héritage de souffrances qui, indirectement, est susceptible de contribuer à la répétition de conduites pathogènes. Cependant, il semble que la manière d'interpréter les événements du passé puisse être également responsable de cette transmission intergénérationnelle :

Il ne fait aucun doute que la manière dont les peuples autochtones se remémorent leur passé et interprètent ces événements en tant qu'individus et en tant que peuples contribue aux problèmes sociaux contemporains que vivent les collectivités autochtones. Il ne fait aucun doute aussi qu'il existe un lien étroit entre le continuel dysfonctionnement culturel et social des Premières Nations et le traumatisme psychogène produit par des siècles de génocide, de dépeuplement, de dislocation culturelle et d'assimilation forcée

(Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004, p. 60).

Bien que la reconnaissance de ces difficultés soit nécessaire afin de rétablir un équilibre, il faut également travailler à corriger une image trop souvent orientée sur la déficience : en effet, il arrive de constater que les médias, l'opinion publique et même certaines communautés des

Premières Nations ignorent tout le travail effectué en vue de soutenir les jeunes, leur famille et leur communauté (McKay et Thomas-Prokop, 2007). Par conséquent, un accent plus grand doit être mis sur les forces des Autochtones et leur capacité de résilience et de guérison.

LA RÉSILIENCE CHEZ LES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE : UN CONSTRUIT À REDÉFINIR

La résilience est définie et opérationnalisée différemment selon les études et il ne semble pas y avoir à l'heure actuelle de consensus sur cette question (Daigneault, Cyr et Tourigny, 2007). Toutefois, l'on retrouve dans la littérature deux grandes catégories de définition : l'une mettant l'accent sur les dimensions psychologiques de l'individu et l'autre y intégrant les interactions de la personne avec son environnement. Ainsi, selon Lightsey (2006), la résilience psychologique pourrait être considérée comme « un mécanisme psychologique mesurable et modifiable qui permet de s'ajuster avec succès à l'adversité; une conscience qu'a l'individu de ses forces et capacités qui permettent de s'ajuster aux stressors futurs et d'utiliser les ressources disponibles » [traduction libre, p.101]. Bogar et Hulse-Killackey (2006), dans leur synthèse des écrits sur le sujet, conceptualisent plutôt la résilience en termes d'interactions entre certains traits de personnalité innés et d'influences environnementales ayant des vertus susceptibles de protéger un individu des effets psychologiques nocifs éprouvés à la suite d'un traumatisme ou d'un stress important et qui leur permettent de mener une vie productive et satisfaisante.

La notion de résilience chez les jeunes VAS, bien que sujette à un intérêt croissant, n'a été l'objet que d'un nombre limité de recherches. Dans l'étude de Daigneault, Hébert et Tourigny (2007), 86 adolescentes victimes d'agressions sexuelles et bénéficiant des services de la Protection de la jeunesse du Québec ont été suivies sur une période de cinq mois dans le but d'identifier chez elles des facteurs de résilience. Pendant la période couverte par cette étude, 80 % d'entre elles ont bénéficié d'une thérapie de groupe pour VAS. Les chercheurs ont retenu certains facteurs personnels et interpersonnels liés à la famille pouvant fournir des indices quant aux trajectoires résilientes. L'*empowerment* (habilitation) et la confiance interpersonnelle se sont avérés significativement associés à la résilience. Ainsi, les adolescentes de cette étude affichant une trajectoire résiliente avaient la capacité de faire confiance aux autres dans leur relation et présentaient un meilleur *empowerment* que celles qui étaient peu ou pas résilientes. Ces résultats pourraient éventuellement s'avérer prometteurs sur le plan clinique, puisqu'ils identifient deux facteurs de protection sur lesquels les jeunes VAS peuvent exercer un contrôle, ce qui est susceptible de mener à un meilleur ajustement et, ultimement, à un niveau de résilience accru (voir Daigneault, Hébert et Tourigny, 2007).

Les facteurs de résilience et de guérison

D'autres résultats appuient cette interdépendance de facteurs individuels et interpersonnels, mais différent quant aux facteurs de résilience identifiés. Entre autres, une étude longitudinale américaine, réalisée sur un échantillon de 676 dossiers d'enfants victimes de maltraitance et portant sur les prédicteurs de résilience, présente des résultats significatifs aux deux temps de mesure quant au sexe (féminin), aux conditions familiales stables et à un placement de longue durée (DuMont, Widom et Czaja, 2007).

Par ailleurs, les résultats d'une étude longitudinale réalisée auprès de 16 adolescentes agressées sexuellement sous la responsabilité des services de la Protection de la jeunesse du Québec révèlent des résultats significatifs quant à l'amélioration de leur fonctionnement dans diverses sphères de leur vie ainsi qu'à la diminution de leurs symptômes (Daigneault, Cyr et Tourigny, 2007). Fait à signaler, la moitié des adolescentes suivies présentaient une amélioration de leur condition, et ce, en l'absence d'intervention psychologique. Comme le soulignent les auteurs, il n'y a pas de façon unique de se rétablir; cependant, il semble que la diminution des symptômes implique la présence de résilience. Les adolescentes résilientes présentaient des forces particulières au temps 2 de l'étude sur le plan de l'estime de soi et de la cohésion interne.

En ce qui concerne les Autochtones, peu de recherches impliquant les jeunes en lien avec la résilience ont été réalisées. Mentionnons cependant une étude réalisée auprès de 212 adolescents autochtones américains âgés de 11 à 15 ans (LaFromboise, Hoyt, Oliver et Whitbeck, 2006). Les participants furent sélectionnés dans trois réserves présentant des caractéristiques socio-économiques similaires, à savoir un haut niveau de chômage et de pauvreté. Les jeunes recrutés pour cette étude vivaient dans des conditions impliquant des tensions familiales variant d'un niveau modéré à élevé. La résilience fut ici conceptualisée en termes de comportements permettant une meilleure adaptation dans un contexte défavorable. Des résultats se sont avérés significatifs relativement à trois facteurs de résilience : le sentiment d'appartenance culturelle, la chaleur maternelle et le soutien communautaire, ce dernier facteur favorisant l'*empowerment*. En effet, il semble que les communautés peuvent être des agents de résilience en fournissant des services d'interventions thérapeutiques aux VAS qui mettent l'accent sur leur capacité à développer une plus grande confiance en eux et en leur propre pouvoir de changement (*empowerment*) (Daigneault, Hébert et Tourigny, 2007).

Ces quelques recherches démontrent tout l'intérêt que revêt l'étude de la résilience en contexte d'agression sexuelle. Cependant, le peu d'études concernant les Autochtones souligne l'importance de mener des

recherches sur les facteurs de protection qui favorisent la résilience chez les Autochtones VAS.

POUR UNE CONCEPTION MULTICULTURELLE DE LA RÉSILIENCE ET DE LA GUÉRISON

La résilience serait donc susceptible de favoriser la guérison en ce qu'elle mobilise un ensemble de facteurs tant individuels qu'environnementaux, propres à favoriser un ajustement positif des conduites en contexte traumatique. Cependant, sans doute est-il pertinent en tout premier lieu de s'interroger sur le sens que peut prendre la notion de traumatisme ainsi que la perspective avec laquelle une culture donnée envisage la guérison et la résilience (Tummala-Narra, 2007). En effet, la manière suivant laquelle un individu utilise ses ressources internes et externes afin de guérir est fonction de sa culture (Tummala-Narra, 2007). Cette proposition transposée en contexte autochtone pourrait signifier qu'il faille étudier la résilience et la guérison en fonction de valeurs collectivistes. Blackstock et Trocmé (2004) expliquent d'ailleurs que, pour les Autochtones, la résilience est fonction de rapports interdépendants entre individus, communautés et familles. Il est donc clair que ceux-ci privilégient des modèles thérapeutiques s'exerçant selon une perspective écologique. À cet effet, une orientation clinique des traumas et de leurs impacts, qui s'oriente en premier lieu sur le fonctionnement individuel, gagnerait à intégrer la famille et les systèmes communautaires dans un contexte multiculturel (Tummala-Narra, 2007).

Ce constat n'est cependant pas exclusif aux chercheurs des différentes communautés culturelles et pourrait d'ailleurs constituer un pont entre la culture occidentale et celle des Autochtones. En effet, nombre de recherches actuelles réalisées par les non-Autochtones appuient cette conception d'une résilience culturellement adaptée et devant se construire à travers un réseau relationnel complexe. Les facteurs de risque interagissent avec les facteurs de protection et les conditions qui prévalent, en fonction du contexte et de la culture. Ainsi, ce qui est considéré comme une conduite résiliente dans un contexte particulier ne l'est pas forcément dans un autre (Ungar, 2007). Quant aux facteurs de protection réputés pour faciliter une adaptation face à des conditions défavorables, ils sont en général mesurés à l'aide de variables qui concernent des attributs et des caractéristiques personnelles tels le fonctionnement intellectuel, l'autorégulation des affects ou la perception de soi et de ses compétences (Tedeschi et Kilmer, 2005). Ils sont également mesurés à l'aide de variables liées à la qualité du climat familial et au contexte environnemental externe, comme les compétences parentales et communautaires (Tedeschi et Kilmer, 2005).

À la suite de ces quelques propositions, la compréhension d'une résilience en contexte autochtone peut être envisagée. En passant par l'identification de facteurs de protection propres à cette culture, des mesures thérapeutiques spécifiques peuvent éventuellement mener à la guérison, ou du moins au soulagement, des douleurs causées par les traumatismes sexuels. Aborder la question thérapeutique de l'agression sexuelle chez les Autochtones mène nécessairement à une réflexion sur la manière « d'exercer la clinique », en particulier pour le « praticien-blanc » officiant dans les communautés. En effet, la pratique initiée par les non-Autochtones doit s'exercer avec la conscience des réalités propres aux réserves et de l'impact qu'ont eu sur les individus et les familles la colonisation et les pensionnats (Morency, 2001). De même, une compréhension adéquate de la manière avec laquelle un Autochtone conçoit le monde est essentielle (Mussel *et al.*, 2004). À ce sujet, le cercle sacré est un symbole universellement reconnu au sein des différentes cultures autochtones. Sa fonction revêt des aspects divers tels que la guérison, l'enseignement, le partage et la spiritualité (Chansonneuve, 2005). Le cercle symbolise une vision holistique dans laquelle tous les aspects de l'existence se trouvent interreliés dans une influence mutuelle visant l'équilibre. Ainsi, la santé est constituée de dimensions physiques, rationnelles, affectives et spirituelles représentées par ce cercle; ce qui implique également l'interrelation de l'individu, de la communauté et du monde (Morency et Kistabish, 2001). De la sorte, les problèmes de santé mentale sont, pour un Autochtone, le résultat d'un déséquilibre entre ces dimensions (Mussel *et al.*, 2004). La clinique en milieu autochtone doit donc s'employer à favoriser un processus de guérison non seulement individuel, mais plus largement concerné par le bien-être des familles, des communautés et des nations (Chansonneuve, 2005).

Dans la foulée de ce qui est qualifié de mouvement de guérison autochtone au Canada, de nombreuses initiatives ont été implantées, par exemple pour des problèmes de toxicomanie (par exemple, Philippe-Labbée, 2006), de violence sexuelle (par exemple, Le *Community Holistic Circle Healing* – Couture, Parker, Couture et Laboucane, 2001; Lane, Bopp, Bopp et Norris, 2002) ou encore pour ce qui concerne plus directement les séquelles des pensionnats (par exemple, *Ussenium* – St-Arnaud et Bélanger, 2005). Soulignons que certaines d'entre elles incorporent des techniques issues des théories psychologiques occidentales. Toutefois, peu ont bénéficié d'évaluations empiriques quant à leur efficacité réelle. Au Québec, rares sont les modèles développés pour venir en aide aux enfants autochtones agressés sexuellement (Morin et Joncas, 2004). Ces mêmes auteurs ont d'ailleurs constitué un tableau pouvant servir de guide à une intervention adaptée auprès des enfants autochtones agressés sexuellement. Bien que l'efficacité de ce modèle ait à être évaluée, les quelques éléments présentés pourraient constituer une

base pertinente à l'élaboration d'un modèle intégratif de guérison autochtone.

CONCLUSION

À la lumière de la littérature recensée, il est probable que certains éléments propres aux cultures autochtones puissent éventuellement constituer des modèles menant à des programmes thérapeutiques de l'agression sexuelle. Ceux-ci devront vraisemblablement être conçus de manière à prendre en compte l'hétérogénéité culturelle, individuelle et sociale et devront donc se subordonner aux besoins particuliers de chaque communauté autochtone. La période des pensionnats aura laissé un lourd héritage de souffrances qui encore aujourd'hui se fait sentir. La transmission de la violence sexuelle est l'une de ces séquelles aujourd'hui dénoncées dans plusieurs communautés autochtones. Bien qu'il soit difficile d'en établir le portrait statistique exact, plusieurs sources témoignent néanmoins que l'agression sexuelle est un problème inquiétant. Bien au fait de ce constat et des multiples facteurs de risque pouvant y être associés, les Autochtones désirent toutefois s'orienter de manière plus positive en identifiant des facteurs de protection qui favorisent la résilience. Pour ce faire, le construit de résilience se doit d'être défini et opérationnalisé de manière à tenir compte des valeurs autochtones. Ainsi, non seulement les facteurs individuels doivent être considérés, mais également les dimensions sociales, communautaires et spirituelles. Depuis, plusieurs programmes de traitement de l'agression sexuelle en contexte autochtone ont vu le jour, programmes qui tiennent maintenant compte de ces aspects. Cependant, des recherches empiriques devront être effectuées afin d'en évaluer leur efficacité thérapeutique.

Le problème de l'agression sexuelle chez les Autochtones est un phénomène dont l'ampleur réclame que des efforts de recherche plus importants soient consentis. Ceux-ci devraient porter sur plusieurs aspects : d'une part, établir de manière plus rigoureuse l'ampleur du problème de l'agression sexuelle chez les Autochtones et comprendre les facteurs qui y sont reliés et, d'autre part, évaluer la résilience chez les victimes. Finalement, bien qu'il faille développer des modèles de traitements adaptés culturellement, il importe également de travailler en amont en mettant l'accent sur la prévention. En définitive, l'agression sexuelle est une préoccupation partagée tant par les Autochtones que les non-Autochtones; par conséquent, souhaitons que se développent des partenariats de recherche féconds, susceptibles de venir enrichir tant les pratiques cliniques de la psychologie contemporaine que les méthodes de guérison autochtone.

Les facteurs de résilience et de guérison

Références

- Association des femmes autochtones de l'Ontario (1989). *Breaking free : A proposal for change to aboriginal family violence*. Thunder Bay, ON : Ontario Native Women's Association.
- Blackstock, C., Brown, Y. et Bennett, M. (2007). Reconciliation : Rebuilding the Canadian child welfare system to better serve aboriginal children and youth. In I. Brown, F. Chaze, D. Puchs, J. Lafrance, S. McKay et S. Thomas-Prokop (Éds), *Putting a human face on the child welfare: Voices from the Prairies* (p. 59-87). Prairie Child Welfare Consortium. Récupéré le 15 août 2007 : « <http://www.uregina.ca/spr/prairechild/index.html> ».
- Blackstock, C. et Trocmé, N. (2004). *Community based child welfare for aboriginal children: Supporting resilience through structural change*. Toronto : First Nations Child and Family Caring Society et Centre of excellence for Child Welfare.
- Bogar C. B. et Hulse-Killacky, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counselling and Development*, 84, 318-327.
- Bopp, M., Bopp, J. et Lane, P. Jr. (2003). *La violence familiale chez les Autochtones au Canada*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- Brave Heart, M. Y. H. et DeBruyn, L. M. (1998). The American Indian holocaust: Healing historical unresolved grief. *The Journal of the National Center*, 8, 60-82.
- Brillon, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal : Les éditions Quebecor.
- CALACS Entre Elles, Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du Lac-Saint-Jean (2007). *Projet "Tshimeshkanakan" : Portrait des femmes autochtones de Mashteuiatsh victimes d'agressions à caractère sexuel*. Roberval : CALACS Entre Elles.
- Centre des Premières nations et Organisation nationale de la santé autochtone (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003 : Le rapport pour les Peuples*. Ottawa.
- Chansonneuve, D. (2005). *Retisser nos liens : Comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- Collin-Vézina, D., Quinn, A., Trocmé, N. et Blackstock, C. (2008). *Current evidence on sexual abuse in Canadian aboriginal communities: Resilience or hidden epidemic?* Montréal : First nations, Inuit & Metis Health Research Meeting.
- Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). Dussault, R., Erasmus, G., Chartrand, P. L. A. H., Meekison, J. P., Robinson, V., Sillett, M. et Wilson, B. (1996). *Rapport de la commission royale d'enquête sur les peuples autochtones*. Ottawa : Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Corrado, R. R. et Cohen, I. M. (2003). *Profils de la santé mentale d'un échantillon d'Autochtones de la Colombie-Britannique survivants du régime canadien des pensionnats*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- Couture, J., Parker, T., Couture, R. et Laboucane, P. (2001). *Une analyse de la rentabilité du processus holistique de guérison de la Première Nation de Hollow Water*. Hollow Water : Solliciteur général du Canada.
- Daigneault, I., Cyr, M. et Tourigny, M. (2007). Exploratory of recovery trajectories and associated factors in sexually abused adolescents. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 14 1/2, 164-184.
- Daigneault, I., Hébert, M. et Tourigny, M. (2007). Personal and interpersonal characteristics related to resilient developmental pathways of sexually abused adolescents. *Child and adolescents psychiatric clinics of North America*, 16, 415-434.
- Dion Stout, M. et Kipling, G. (2003). *Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- DuMont, K. A., Widom, C. S. et Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighbourhood characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31, 255-274.
- Dussault, R. (2007, février). *Les "stolen generations" : Le cas du Canada*. Allocution présentée à La réparation des préjudices de l'histoire, Paris, France.

- Embree, B. G. et De Wit, M. L. (1997). Family background characteristics and relationship satisfaction in a native community in Canada. *Social Biology*, 44, 42-54.
- Gorey, K. M. et Leslie, D. R. (1997). The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse and Neglect*, 21, 391-398.
- GRIPMA. (2005). *Projet Ussi-Iniun : Étude sur l'abus sexuel chez les Premières Nations du Québec*. Québec : Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone.
- Hylton, J. H. (2002). *La délinquance sexuelle chez les Autochtones au Canada*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- LaFromboise, T. D., Hoyt, D. R., Oliver, L. et Whitbeck, L. B. (2006). Family, community, and school influences on resilience among American Indian adolescents in the upper Midwest. *Journal of community psychology*, 34, 193-209.
- Lane Jr, P., Bopp, M., Bopp, J. et Norris, J. (2002). *Mapping the healing journey : The final report of a First Nation research project on healing in Canadian Aboriginal communities*. Ottawa : Solicitor General of Canada Aboriginal Healing Foundation
- Lightsey, O. R. J' (2006). Resilience, meaning, and well-being. *The counseling psychologist*, 34, 96-107.
- MacMillan, H. L., Flemming, J. E., Trocme, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., Beardslee, W. R. et Offord, D. R. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community: Results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association*. 278, 131-135.
- McKay, S. et Thomas-Prokop, S. (2007). Identity, community, resilience : The transmission of values project. In I. Brown, F. Chaze, D. Puchs, J. Lafrance, S. McKay et S. Thomas-Prokop (Éds), *Putting a human face on child welfare : Voices from the Prairies* (p. 25-57). Prairie Child Welfare Consortium. Récupéré le 15 août 2007 : « <http://www.uregina.ca/spr/prairechild/index.html> ».
- Morency, J. et Kistabish, R. (2001). Intervention en milieu autochtone : Comprendre le passé pour mieux agir aujourd'hui. *Psychologie Québec*, 18, 14-18.
- Morency, J. (2001). L'agression sexuelle en milieu autochtone. *Psychologie Québec*, 18, 24-26.
- Morin, A. A. et Joncas, J. (2004). L'intervention thérapeutique auprès d'enfants amérindiens victimes d'agression sexuelle. *Canadian psychology*, 45(1), 42-58.
- Mussel, B., Cardiff, K. et White, J. (2004). *The mental health and well-being of aboriginal children and youth: Guidance for new approaches and services*. Chilliwack: British Columbia Ministry of Children and Family Development.
- NWAC. (1994). *Aboriginal women: Police charging policies and domestic violence*. Winnipeg, MB : Native Women's Association of Canada.
- Phillippe-Labbé, M.-P. (2006). *La résolution de la consommation problématique d'alcool et de drogues selon les femmes Pekuakamiulnasth ayant vécu ce problème*. Saguenay : Université du Québec à Chicoutimi.
- Picard, P. (2004). *L'intervention auprès des Premières Nations : la nécessité d'une approche intégrée*. Québec : Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA).
- St-Arnaud, P. et Bélanger, P. (2005). Co-création d'un espace-temps de guérison en territoire ancestral par et pour les membres d'une communauté autochtone au Québec. *Drogues, santé et société*, 4(2), 141-176.
- Tedeschi, R. G. et Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Psychology : Research and Practice*, 36, 230-237.
- Tourigny, M., Domond, P., Trocme, N., Sioui, B. et Baril, K. (2007). Les mauvais traitements envers les enfants autochtones signalés à la Protection de la jeunesse du Québec : Comparaison interculturelle. *First Peoples Child and Family Review*, 84-102.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J. et Chartrand, M.-E. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique*, 2, 109-113.
- Trocme, N., Knoke, D. et Blackstock, C. (2004). Pathways to the overrepresentation of aboriginal children in Canada's child welfare system. *Social Service Review* 78, 577-600.

Les facteurs de résilience et de guérison

- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D. et Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : Données principales*. Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
- Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Knoke, D., Pitman, L. et McCormack, M. (2006). *Understanding the overrepresentation of First Nations children in Canada's child welfare system: An analysis of the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect (CIS-2003)*. Toronto : Centre of Excellence for Child Welfare.
- Tummala-Narra, P. (2007). Conceptualizing trauma and resilience across diverse contexts: A multicultural perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 14, 33-53.
- Ungar, M. (2007). Contextual and cultural aspects of resilience in child welfare settings. In I. Brown, F. Chaze, D. Puchs, J. Lafrance, S. McKay et S. Thomas-Prokop (Éds), *Putting a human face on child welfare: Voices from the Prairies* (p. 1-23). Prairie Child Welfare Consortium. Récupéré le 15 août 2007 : « <http://www.uregina.ca/spr/prairechild/index.html> ».
- Wesley-Esquimaux, C. C. et Smolewski, M. (2004). *Traumatisme historique et guérison autochtone*. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.
- Yellow Horse, S et Brave Heart, M. Y. H. (2004). Native American children. In A. Strode (Éd.), *Mental health best practices for vulnerable populations* (p. 35-43). Washington, D.C. : The Washington Institute for Mental Illness Research and Training.

Résumé

L'agression sexuelle chez les Autochtones est un problème inquiétant, en raison de sa prévalence troublante et des répercussions qu'elle engendre tant sur le plan psychologique que social. Depuis quelques années, plusieurs communautés se sont prises en main et dénoncent cet état de fait. Ainsi, en dépit des nombreuses difficultés traversées au cours de leur histoire, force nous est de constater la capacité qu'ont les Autochtones à se maintenir devant l'adversité. Cette recension des écrits porte sur les facteurs de résilience et de guérison chez les Autochtones victimes d'agression sexuelle.

Mots clés

Autochtones, pensionnats, agression sexuelle, résilience, guérison

Abstract

Sexual abuse in First Nations communities is a serious issue, given its high prevalence rate as well as its social and psychological impacts. Yet, many communities have lately taken action and denounced this state of fact. Moreover, in spite of their troubled history, First Nations have demonstrated their capacity to overcome adversity. This literature review brings together existing knowledge on resiliency and healing factors among First Nations' sexual abuse victims.

Key words

First Nations, residential school, sexual abuse, resiliency, healing

LA TRAITE SEXUELLE DES ENFANTS : UN PHÉNOMÈNE MÉCONNU

SEXUAL TRAFFICKING OF CHILDREN : AN UNKNOWN PHENOMENON

Mélanie M. Gagnon

*Bureau international des droits
des enfants (Montréal)*

Catherine Gauvreau¹

*Bureau international des droits
des enfants (Montréal)*

INTRODUCTION

La traite des enfants est devenue une préoccupation croissante pour la communauté internationale, et l'ensemble du Canada n'y fait pas exception (Organisation internationale pour les migrations, 2001). Bien que les conditions entourant la traite varient d'un contexte à l'autre, la toile de fond demeure semblable, soit celle d'une exploitation qui porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique des enfants concernés. Devant l'importance du problème, de nombreux protocoles internationaux² ont été signés dans le but d'enrayer la traite des personnes. Au Canada, selon les indicateurs disponibles, Montréal, Vancouver et Toronto seraient les principales villes d'entrée et de sortie de la traite transfrontalière (Bureau international des droits des enfants, 2004). Des cliniciens et des chercheurs reconnaissent maintenant l'importance du problème et la nécessité de dépister et d'intervenir efficacement auprès des enfants concernés. Toutefois, en raison de son caractère complexe et clandestin, la traite d'enfants pour des fins d'exploitation sexuelle est un sujet très peu documenté pour lequel des efforts de réflexion sont primordiaux.

Le présent article dresse un portrait de la littérature portant sur le problème de la traite d'enfants à des fins sexuelles dans le monde, avec un accent sur la réalité québécoise et canadienne. Par la suite, une discussion en lien avec l'intervention auprès des enfants victimes de la traite sexuelle est exposée.

DÉFINITION DES TERMES

La traite des personnes

La définition généralement acceptée se retrouve dans le *Protocole de Palerme* (Nations Unies, 2003) où la traite des personnes fait référence :

1. Adresse de correspondance : Bureau international des droits des enfants, 2715, chemin de la Côte Ste-Catherine, Montréal (QC), H3T 1B6. Téléphone : (514) 932-7656 (poste 223). Courriel : c.gauvreau@ibcr.org
2. Le *Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (Protocole de Palerme)*, adopté en 2000, engage les pays signataires, dont le Canada, à mettre en place des mesures législatives pour rencontrer les standards minimaux du protocole concernant la prévention, la poursuite légale et la protection.

« au recrutement, au transport, au transfert, à l'hébergement ou à l'accueil de personnes, par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité, ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre aux fins d'exploitation. L'exploitation comprend, au minimum, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail ou les services forcés, l'esclavage ou les pratiques analogues à l'esclavage, la servitude ou le prélèvement d'organes » (alinéa a) de l'article 3. De plus, tel que souligné dans la *Convention relative aux droits de l'enfant* (Nations Unies, 1989), le terme « enfant » signifie toute personne âgée de moins de 18 ans. Dans le cas des victimes âgées de moins de 18 ans, il n'est pas nécessaire de démontrer qu'une contrainte ait été exercée pour être en présence d'un cas de traite.

La distinction entre traite et trafic

Les phénomènes de la traite de personnes et du trafic de migrants partagent des points communs, tels que le déplacement des individus et la vulnérabilité des personnes touchées. Le *Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer* (Nations Unies, 2000), adopté en 2000, définit le trafic des migrants comme « le fait d'assurer, afin d'en tirer, directement ou indirectement, un avantage financier ou un autre avantage matériel, l'entrée illégale dans un État partie d'une personne qui n'est ni un ressortissant ni un résident permanent de cet État » [Alinéa a) de l'article 3]. Les phénomènes de la traite de personnes et du trafic de migrants partagent des points communs, tels que le déplacement des individus et la vulnérabilité des personnes touchées. Cependant, la littérature est claire à l'effet qu'il s'agit de deux phénomènes différents. À ce sujet, trois distinctions importantes sont à souligner : 1) les migrants qui sont victimes de trafic, malgré le fait que leur trajet se passe dans des conditions dangereuses et dégradantes, ont eu l'occasion de consentir à ce déplacement. Les victimes de la traite, pour leur part, n'ont jamais pu consentir à leur situation ou encore leur consentement n'est plus valable compte tenu de la manipulation, de la tromperie ou de la coercition exercée par les trafiquants. 2) Le trafic se termine avec l'arrivée des migrants à leur destination, alors que la traite des personnes implique une exploitation continue des victimes, visant à générer de façon illicite un gain pour les trafiquants. 3) Le trafic est toujours transfrontalier, alors que la traite peut avoir lieu peu importe que les victimes soient emmenées à l'étranger ou déplacées d'un endroit à un autre au sein d'un même pays. De plus, lors du trafic de migrants, le passage d'une frontière internationale se fait toujours de façon clandestine tandis qu'il peut se faire légalement dans le cas de la traite (Oxman-Martinez et Hanley, 2007).

PORTRAIT DE LA SITUATION

Quelques chiffres

La traite d'enfants n'est pas un phénomène nouveau, mais ce problème a pris une ampleur inquiétante au cours de la dernière décennie (Bibes, 2001). Il existe, à l'heure actuelle, peu de données fiables sur le nombre exact d'enfants victimes de la traite dans le monde. Ceci s'explique principalement par la nature clandestine de la traite et par la difficulté à identifier les enfants qui en sont victimes. Néanmoins, certaines estimations ont été avancées. Le Département d'État américain (2004) considère qu'il existe entre 600 000 et 800 000 victimes de la traite par année alors que les Nations Unies évaluent à environ 4 millions par année le nombre de personnes victimes de ce phénomène (Poulin, 2004). Pour sa part, UNICEF (2006a) estime que de 1 à 1,2 million d'enfants sont victimes de la traite chaque année. De plus, la majorité des auteurs est d'avis que plus de la moitié des victimes le sont à des fins d'exploitation sexuelle (Beyrer, 2004).

La vaste majorité des pays n'est pas épargnée par ce fléau et tous peuvent constituer un État d'origine, de transit ou encore de destination pour la traite; la plupart du temps, il s'agit d'une combinaison des trois. Les principaux pays d'origine se trouvent en Asie du Sud et du Sud-Est. Depuis la chute de l'Union soviétique, les pays de l'ex-URSS, de l'Europe de l'Est et de l'Europe centrale sont devenus le deuxième groupe en ordre d'importance des pays d'origine. Le troisième groupe en importance est constitué des pays d'Amérique latine et des Caraïbes et le dernier groupe, des pays d'Afrique (Poulin, 2004).

En 2004, le Département d'État américain indiquait dans son rapport que le Canada est surtout un pays de destination et de transit pour la traite sexuelle de femmes provenant de Chine, de Thaïlande, du Cambodge, des Philippines, de l'Amérique latine et de l'Europe de l'Est. Dans une moindre mesure, des individus sont victimes de la traite au Canada pour le travail forcé alors que des citoyens canadiens sont soumis à la traite à l'intérieur du pays pour le commerce du sexe. De plus, selon un rapport préliminaire sur la traite d'enfants au Canada publié par le Bureau international des droits des enfants en 2004, la provenance des victimes de la traite varie selon qu'il est question de l'Est ou de l'Ouest du Canada. Ainsi, à Montréal et Toronto, les victimes proviennent majoritairement de l'Europe de l'Est, des Caraïbes et de l'Afrique alors qu'à Vancouver, elles sont principalement originaires de l'Asie du Sud-Est et de l'Amérique latine. Les enfants victimes de la traite sexuelle sont généralement déplacés dans d'autres grandes villes du Canada, telles que Toronto et Vancouver, ou encore aux États-Unis, soit à New York, Seattle, Las Vegas ou Hawaii (Aebi, 2001). Par ailleurs, selon Prober, Hecht et Embry (2004),

30 % à 40 % des victimes d'exploitation sexuelle à des fins commerciales en Alberta et en Colombie-Britannique proviennent des communautés autochtones.

Les trafiquants

Différents types d'organisations criminelles très bien structurées seraient impliqués dans toutes les étapes du processus, soit le recrutement, le déplacement ou l'exploitation de la victime (Lee, 2005). Sanghera (2005) affirme que des études préliminaires effectuées en Asie du Sud ont révélé que les trafiquants sont d'abord des exploitants de courte durée, fonctionnant généralement sur une base individuelle et dans le cadre de relations personnelles ou familiales. De plus, les trafiquants sont souvent de la même nationalité que leurs victimes. Par ailleurs, certains acteurs du secteur privé sont également impliqués dans la traite d'enfants et proviennent principalement des industries du transport, du tourisme et du divertissement. Des chercheurs notent que les gouvernements et leurs représentants sont parfois complices des opérations menées par les trafiquants (Finckenauer et Schrock, 2003; Hughes, 2004).

Les modes de recrutement des trafiquants

En ce qui a trait à la traite transfrontalière dans les pays en émergence, les trafiquants dupent leurs victimes en faisant miroiter des promesses attirantes comme des emplois bien rémunérés ou des propositions de mariage. Dans plusieurs cas, des membres de la famille de la victime jouent un rôle important dans le recrutement en conspirant avec le trafiquant en échange d'un paiement (Asian Development Bank, 2003). Le mensonge, la manipulation et le chantage sont fréquemment utilisés lors du recrutement. L'enfant est considéré comme un objet ayant une valeur marchande (Dottridge, 2004).

Des trafiquants utilisent également des industries légales, par exemple des agences de voyage, de mariage, de mannequins ou d'aide familiale, comme façades pour attirer des jeunes filles (Organisation internationale pour les migrations, 2004). À titre d'exemple, le mariage par correspondance crée des liens de dépendance susceptibles de conduire à l'exploitation de la personne venue de l'étranger. En effet, l'isolement causé par l'absence d'un réseau social, la dépendance économique, les contraintes culturelles et la peur d'être rapatrié sont des facteurs qui favorisent le maintien d'une relation, même abusive. Dans les pires situations, ces femmes et jeunes filles peuvent devenir victimes de la traite en se faisant confisquer leur passeport et elles sont forcées à se prostituer (Langevin et Belleau, 2000).

Selon une recherche effectuée par le Service de police de Montréal (Côté, 2004), le recrutement est souvent du ressort d'un gang de rue et repose sur l'établissement d'un rapport personnel et d'une dépendance de la victime à l'égard du trafiquant. Le recrutement se fait par une fille ou un garçon qui tente de tisser des liens personnels avec la jeune fille, en l'approchant dans des lieux publics. En obtenant des renseignements utiles, le recruteur lui proposera par la suite une activité qui semble répondre à ses besoins préalablement exprimés. Au cours des semaines qui suivent, le recruteur va continuer à manipuler la jeune fille en l'isolant de son entourage et en devenant une personne de confiance. La jeune fille croit souvent qu'elle vit une relation amoureuse avec son proxénète. Au cours du processus de recrutement, plusieurs filles reçoivent des cadeaux et autres biens matériels qui engendrent une dette qu'elles doivent rembourser. Ce prétexte est d'ailleurs souvent utilisé comme appât pour amener la jeune fille à se prostituer. Dans une tentative de briser la victime et de la forcer à se prostituer, les trafiquants utilisent la violence physique, psychologique et sexuelle. Par la suite, ils conservent le contrôle sur leur victime en la séquestrant, en lui fournissant de la drogue, en la menaçant psychologiquement ou en utilisant des armes (Côté, 2004).

L'entrée au pays (traite externe)

L'entrée au pays peut se faire de façon légale ou illégale. Les trafiquants peuvent également avoir recours à des passeurs qui prétendent être le conjoint, un parent, un membre de la famille ou l'employeur légitime de la victime. Le passeur est souvent mandaté pour répondre aux questions des autorités au point d'entrée. Le trafiquant montre généralement aux victimes de quelle manière elles doivent répondre durant l'entrevue relative à l'obtention du visa. Il semblerait que la présence grandissante d'agents informés et attentifs aux indicateurs de la traite aux aéroports centraux ait amené les trafiquants à modifier leurs tactiques et à faire passer leurs victimes par des aéroports régionaux (Gouvernements américain et canadien, 2006).

LES FACTEURS DE RISQUE

La littérature identifie une multitude de facteurs de risque qui rendent les enfants vulnérables à la traite.

Caractéristiques personnelles et familiales

Les filles sont beaucoup plus vulnérables que les garçons à la traite d'enfants. Ceci s'explique par le fait que, dans plusieurs pays, les filles sont moins valorisées que les garçons et sont perçues comme des objets sexuels ou encore contraintes aux travaux domestiques. De plus, dans certains États, les filles ont moins de possibilités de poursuivre leur scolarité (Poulin, 2004). Par ailleurs, plusieurs enfants victimes de la traite

proviennent de familles dysfonctionnelles caractérisées par un climat de violence et un manque de supervision (International Human Rights Law Institute, 2005). La présence de carences affectives sévères, d'un milieu familial conflictuel, d'abus de drogues, de violence et d'agressions sexuelles sont autant de facteurs qui contribuent à rendre un enfant plus à risque de devenir victime de la traite. Il en va de même des jeunes en fugue ou qui ont une faible estime de soi.

Caractéristiques environnementales et sociales

La pauvreté et l'absence de perspectives encourageantes affectent plus particulièrement les femmes, ce qui les pousse à migrer (Oxman-Martinez, Lacroix et Hanley, 2005). Dans certains cas, la pauvreté des trafiquants est aussi un facteur à considérer. N'ayant pas ou peu d'options, certains individus peuvent être tentés de participer à ce marché lucratif. La pauvreté incite également les parents à chercher de meilleures conditions de vie pour leurs enfants, les rendant ainsi vulnérables à la manipulation, à la tromperie et à l'exploitation (Dottridge, 2002). De plus, lors de conflits armés, la vulnérabilité des enfants est encore plus grande, car ils sont recrutés pour devenir des enfants soldats ou ils sont agressés sexuellement. De même, en période de conflits armés, les structures gouvernementales sont souvent inefficaces ou inopérantes. Finalement, le niveau de pauvreté est généralement accentué par la mort d'un parent ou d'un tuteur, ce qui rend les enfants plus vulnérables à la traite (Poulin, 2004).

Devant la migration croissante et les menaces terroristes, la plupart des gouvernements ont restreint leurs politiques d'immigration. Or, certains prétendent que le resserrement des contrôles migratoires a pour effet de rendre plus difficile la demande d'asile politique pour des enfants, favorisant du même coup le travail des trafiquants qui promettent une entrée facile dans un autre pays. De plus, des politiques migratoires restrictives réduisent les opportunités légales de migration, ce qui incite les migrants à recourir à des moyens illégaux. Ils sont ainsi plus vulnérables à l'exploitation et à la traite étant donné leur statut irrégulier (Williams et Masika, 2002).

LES CONSÉQUENCES

Conséquences psychosociales

Privé de sa famille et de son système de soutien, l'enfant victime vit un sentiment de perte et des difficultés d'adaptation à sa nouvelle réalité. En outre, la situation particulière vécue par les jeunes victimes peut engendrer des troubles de santé mentale (dépression, anxiété, pensées suicidaires) qui peuvent entraîner une faible estime de soi (Organisation mondiale de la santé, 2006). Le trouble de stress post-traumatique ainsi que des

problèmes alimentaires et des troubles du sommeil sont aussi des manifestations fréquentes chez les victimes. En effet, comme plusieurs victimes ont déjà subi des agressions sexuelles, la détresse psychologique s'en trouve amplifiée (International Human Rights Law Institute, 2005). De plus, certaines victimes n'osent pas dénoncer leur situation, par crainte de représailles ou d'être marginalisées par leur famille et leur communauté. En outre, pour les jeunes victimes qui réussissent à sortir de l'emprise des trafiquants, des conséquences psychologiques persistent. Aussi, vivent-elles un sentiment intense de solitude causé par la perte des liens sociaux (Côté, 2004).

Conséquences sur le plan de la santé physique

Outre le traumatisme provoqué par le contexte d'exploitation, la jeune victime subit fréquemment des lésions physiques telles des ecchymoses, brûlures, lacérations et fractures, des contagions par le VIH et autres infections transmises sexuellement. Les jeunes filles peuvent également vivre des grossesses précoces qui peuvent mener au recours à des avortements dangereux ou à des infanticides. De plus, les jeunes victimes d'exploitation sexuelle peuvent être aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, souvent initiés par leurs trafiquants (Sinclair, 1993).

D'autres conséquences

Par ailleurs, la traite d'enfants piège souvent la victime dans une relation de servitude pour dette. Si le jeune est amené à l'étranger, il doit rembourser de fortes sommes d'argent en plus du coût du billet d'avion et des frais administratifs encourus lors des démarches d'immigration (Oxman-Martinez *et al.*, 2005). L'étude d'Oxman-Martinez et ses collègues (2005) rapporte également qu'à Vancouver et Toronto, les victimes de la traite sont généralement détenues après avoir été repérées par des agents de police ou d'immigration. Dans plusieurs cas, elles sont renvoyées contre leur gré dans leur pays d'origine. En ce qui concerne les victimes mineures de la traite interne, les autorités sont tenues de ramener l'enfant chez ses parents ou de désigner une personne qui exercera l'autorité parentale dans les cas où le milieu familial est jugé inadéquat.

LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

Il est primordial de développer une méthode spécifique d'interrogation lorsqu'un enfant est concerné. À la suite de l'identification d'un enfant victime, une solution durable doit être appliquée en fonction du meilleur intérêt de l'enfant et selon sa volonté. En ce qui concerne la traite externe, trois solutions permanentes s'offrent à l'enfant: il pourrait être intégré dans le pays d'accueil, retourner dans son pays d'origine, et ce, après que le bien-fondé de la réunification familiale et les risques du rapatriement aient

été évalués, ou encore être installé et intégré dans un pays tiers. On doit assurer à l'enfant des soins immédiats, mais il faut surtout trouver une solution durable afin de répondre adéquatement à ses besoins. Par ailleurs, ces soins ne doivent en aucun cas dépendre de la volonté de l'enfant de témoigner en Cour (UNICEF, 2006b).

Conscient de la présence de la traite de personnes sur son territoire et interpellé par ce problème, le gouvernement du Canada a créé de nouvelles lois pour contrer ce phénomène. Le 28 juin 2002, le législateur a inclus dans la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* des infractions reliées à la traite de personnes. De plus, le 25 novembre 2005, de nouvelles infractions ont été ajoutées au *Code criminel* concernant la traite de personnes et le fait d'en tirer un avantage économique. Finalement, en mai 2006, ont été émises de nouvelles *Directives provisoires de Citoyenneté et Immigration Canada sur la traite de personnes*, dont l'objectif est de déterminer si un permis de séjour temporaire doit être délivré aux victimes de la traite externe.

PISTES DE RÉFLEXION EN MATIÈRE D'INTERVENTION

Plusieurs pistes de réflexion ont été identifiées par des intervenants travaillant à lutter contre la traite des enfants.

Information

La recension des écrits permet de souligner le manque flagrant de connaissances des intervenants, tels que les psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers et avocats, en ce qui concerne la traite des personnes et, tout particulièrement, la traite d'enfants à des fins sexuelles. Dans une récente étude, le Bureau international des droits des enfants (2007) rapporte que les intervenants, notamment ceux travaillant auprès des jeunes, connaissent peu les lois relatives à la traite de personnes. Puisque la législation énonce non seulement les définitions, droits et recours possibles, mais aussi les paramètres selon lesquels les intervenants peuvent agir, il apparaît essentiel d'inclure un segment sur les lois applicables dans une éventuelle campagne de sensibilisation.

Coopération

Par ailleurs, le phénomène de la traite d'enfants est décrit comme un problème clandestin difficile à détecter, et ce, même pour un professionnel formé et avisé. Des efforts sont donc nécessaires afin de développer des partenariats sur les plans local, national et international entre des organismes du milieu communautaire, des organismes de défense des droits et divers paliers gouvernementaux pour lutter contre la traite d'enfants. Afin d'assurer la protection des victimes et de minimiser la

revictimisation de ces dernières, la coopération entre les différents partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux est essentielle.

Identification des victimes

Certains enfants peuvent faire l'objet d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse pour un problème connexe qui peut s'avérer être une conséquence directe de la traite, d'où la nécessité de développer un outil de dépistage afin de faciliter l'identification des victimes. Tel que décrit dans la littérature, il ressort que la prise en charge de l'enfant devrait se faire en fonction de ses besoins, de sa culture, de sa langue et de sa religion ainsi que de sa situation particulière. Ainsi, des approches individualisées tenant compte des situations particulières vécues par les victimes doivent être développées par les différents professionnels. On ne peut s'attendre à ce que les victimes de la traite s'identifient elles-mêmes. Des méthodes d'enquête comportant des entretiens réalisés dans des environnements sécuritaires et non menaçants, par des conseillers formés, et avec l'aide d'interprètes, permettent de déceler les indicateurs de la traite.

Aide aux victimes

Il est important de garantir aux victimes un rétablissement physique, psychologique et social, tout en leur fournissant un hébergement sécuritaire, une assistance médicale et psychologique, un suivi intensif, un soutien financier, des conseils juridiques ainsi que des possibilités de scolarisation, de formation et d'emploi. Toutes les informations doivent être communiquées dans un langage que les enfants comprennent. Pour ce faire, la traite d'enfants doit devenir une priorité des gouvernements qui fournissent les moyens pour améliorer les programmes déjà existants. Au Québec, les services offerts aux victimes d'actes criminels consistent à évaluer leurs besoins et les ressources disponibles, à leur fournir de l'information sur leurs droits et recours, à les orienter vers des services spécialisés, à leur offrir un accompagnement et à les aider à remplir les formulaires requis; ceci sans oublier de rendre plus admissibles les mesures visant à faciliter le témoignage des enfants victimes, notamment ceux victimes de la traite (Projet de loi C-2, 2005).

Collaboration des victimes

Jusqu'à présent, les lois et politiques canadiennes se sont principalement attardées aux mesures permettant d'identifier les criminels et d'engager des poursuites, de saisir leurs gains et de démanteler leurs réseaux. Ces mesures sont certes importantes mais ne peuvent atteindre leurs objectifs sans la collaboration des victimes. Il faut donner l'occasion aux victimes, particulièrement aux enfants, de raconter leur expérience à

leur rythme, en respectant leurs droits et leurs besoins. Il faut pour cela des professionnels adéquatement formés.

Législation

Dans le cadre de l'intervention, une attention particulière doit être portée aux méthodes d'enquête car elles peuvent s'avérer traumatisantes pour les victimes. En effet, ces dernières ne doivent pas être punies pour des infractions découlant directement des circonstances liées à la traite, notamment l'absence de documents d'identité et de statut légal, l'entrée illégale au pays, la violation de la législation sur la prostitution, le travail ou la mendicité. Pour qu'on puisse assurer leur protection de façon efficace, ces enfants doivent être reconnus et traités comme des personnes ayant besoin d'aide. De plus, il faut intervenir auprès des individus appréhendés pour violation de la législation en matière d'immigration, de prostitution, de mendicité ou de travail clandestin.

En ce qui a trait plus spécifiquement à la traite externe, la régularisation du statut d'immigrant des victimes est également identifiée comme étant un besoin pressant. À cet égard, il s'avère pertinent de rappeler qu'en mai 2006, Citoyenneté et Immigration Canada a émis des *Directives provisoires sur la traite des personnes* permettant aux agents d'immigration d'accorder un permis de séjour temporaire aux personnes ayant subi la traite. Ces directives rappellent aux agents la situation de détresse dans laquelle peuvent se retrouver les victimes de la traite et informent ces derniers des précautions à prendre lors des entrevues. Cette attention vise à favoriser la coopération des victimes et à empêcher les renvois forcés sans s'être préalablement assuré que ces personnes ne soient pas des victimes de la traite.

CONCLUSION

La traite d'enfants à des fins sexuelles existe bel et bien au Québec. En effet, les enfants victimes de la traite interne sont déplacés du territoire québécois vers d'autres villes du Québec, du Canada ou même à l'étranger, alors que les enfants victimes de la traite externe arrivent au Québec ou y transitent. Jusqu'à présent, peu de renseignements sur l'ampleur réelle de la situation sont disponibles, mais la majorité des auteurs s'entendent pour dire que la traite d'enfants est un phénomène en expansion. De plus, dans le cadre de cette recension des écrits, plusieurs facteurs de risque rendant les enfants vulnérables à la traite de personnes ont été relevés. Il a été constaté que les différentes facettes de l'exploitation subie par les jeunes victimes provoquent des conséquences désastreuses sur leur vie et dans leur entourage. Le défi consiste à dépister les enfants à risque d'être recrutés par des trafiquants et d'identifier ceux qui sont victimes de la traite. Ensuite, il faut agir de façon

urgente et former des professionnels (dont les psychologues) pour répondre efficacement aux besoins de ces enfants tout en respectant leurs droits.

Références

- Aebi, R. (2001, novembre). *The trafficking in children for the purpose of prostitution : British Columbia, Canada*. Préparé pour le National Judicial Institute, International Instruments and Domestic Law Conference, Montréal. Disponible en ligne le 20 novembre 2008 : <http://www.harbour.sfu.ca/freda/articles/traf1.htm#N_19_>.
- Asian Development Bank. (2003). *Combating trafficking of women and children in South Asia: Regional synthesis paper for Bangladesh, India and Nepal*. Manille : ADB. Document disponible en ligne le 20 novembre 2008 : <http://www.adb.org/Documents/Books/Combating_Trafficking/Regional_Synthesis_Paper.pdf>.
- Beyrer, C. (2004). Global child trafficking. *The Lancet*, 364, 16-17.
- Bibes, P. (2001). *The status of human trafficking in Latin America*. Washington, D.C. : Transnational Crime and Corruption Center.
- Bureau international des droits des enfants (2004). *La traite d'enfants au Canada: évaluation préliminaire*. Rapport final. Montréal : Bureau international des droits des enfants.
- Bureau international des droits des enfants (2007). *Stratégie d'action en matière de protection des droits des enfants victimes de la traite au Québec*. Rapport de recherche. Montréal : Bureau international des droits des enfants.
- Code criminel, L.R., 1985, ch. C-46
- Côté, M. (2004). *Portrait de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales*. Montréal : Service de police de la ville de Montréal.
- Département d'État américain. (2004). Office to monitor and combat trafficking in persons. *Narratives: Western hemisphere, trafficking in persons report*, 14 juin 2004.
- Directives provisoires de Citoyenneté et Immigration Canada sur la traite de personnes, mai 2006
- Dottridge, M. (2004). *Kids as commodities? Child trafficking and what to do about it*. Lausanne : Terre des Hommes.
- Dottridge, M. (2002). Trafficking in children in West and Central Africa. In R. Masika (Éd.), *Gender, trafficking, and slavery* (p. 38-86). Oxford, Grande-Bretagne : Oxfam.
- Finckenaue, J. O. et Schrock, J. (2003). *Human trafficking : A growing criminal market in the U.S.* In A. M. Troubnikoff (Éd.), *Trafficking in women and children : Current issues and developments* (p. 31-38). New York : Nova Science Publishers Inc.
- Gouvernements américain et canadien. (2006). *Canada-États-Unis. Évaluation binationale de la traite des personnes*. Rapport : Canada et États-Unis.
- Hughes, D. M. (2004). The role of 'marriage agencies' in the sexual exploitation and trafficking of women from the former Soviet Union. *Revue internationale de victimologie*, 11, 49-71.
- International Human Rights Law Institute. (2005). *Modern bondage : Sex trafficking in the Americas. Central America and the Caribbean*. Chicago : De Paul University College of Law. Transnational Publishers.
- Langevin, L. et Belleau, M. (2000). *Le trafic des femmes au Canada: analyse critique du cadre juridique de l'embauche d'aides familiales immigrantes résidentes et de la pratique des promesses par correspondance*. Ottawa : Condition féminine Canada.
- Lee, M. (2005). Human trade and the criminalization of irregular migration. *International Journal of the Sociology of Law*, 33, 1-15.
- Loi sur l'immigration au Canada et l'asile conféré aux personnes déplacées, persécutées ou en danger, 2001, ch. 27 (communément appelée « Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés »).
- Nations Unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Résolution 44/25.
- Nations Unies. (2000). *Protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, additionnel à la convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale*

La traite sexuelle des enfants

- organisée, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 55/25, annexe I.
- Nations Unies. (2003). *Protocole additionnel à la convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants*, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 55/25, annexe II.
- Organisation internationale pour les migrations. (2004). *Psychological support to groups of human trafficking in transit situation*, Genève.
- Organisation internationale pour les migrations. (2001). *Victimes de traite dans les Balkans : une étude de traite des femmes et d'enfants pour l'exploitation sexuelle de la région des Balkans*, République slovaque, Genève.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). *Child sexual abuse and violence*. Genève.
- Oxman-Martinez, J. et Hanley, J. (2007). *Human trafficking, trata de personas, La traite des personnes*. Rapport de recherche. Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Oxman-Martinez, J., Lacroix, M. et Hanley, J. (2005). *Les victimes de la traite des personnes : points de vue du secteur communautaire canadien*. Rapport de la Division de la recherche et de la statistique, Ministère de la Justice du Canada, Ottawa.
- Poulin, R. (2004). *La mondialisation des industries du sexe. Prostitution, pornographie, traite des femmes et des enfants*. Paris : Éditions Imago.
- Projet de loi C-2, Parlement du Canada, 38^e Législature, 1^{ère} session, Sanction royale le 20 juillet 2005, L.C. 2005.
- Prober, R., Hecht, M. et Embry, N. (2004). *L'exploitation sexuelle des enfants au Canada*. Beyond Borders.
- Sanghera, J. (2005). Unpacking the trafficking discourse. In K. Kempadoo et J. Sanghera (Éds), *Trafficking and prostitution reconsidered: New perspectives on migration, sex work, and human rights*. Boulder, CO : Bandana Pattanaik Paradigm Publishers.
- Sinclair, B. (1993). *Aboriginal street youth and sex trade workers*. Study for the Joint National Committee on Aboriginal AIDS, Education and Prevention. Edmonton, Alberta : Indian Health Care Commission.
- Unicef. (2006a). *Guidelines on the protection of child victims of trafficking technical notes*. Genève : Unicef.
- Unicef. (2006b). *Reference guide on protecting the rights of child victims of trafficking in Europe*. Genève : Unicef.
- Williams, S. et Masika, R. (2002). Editorial, In R. Masika (Éd.), *Gender, trafficking and slavery* (p. 2-10). Oxford, Grande-Bretagne : Oxfam.

Résumé

La traite des enfants est un phénomène socialement inquiétant. Cet article présente une brève description du phénomène : des définitions sont présentées, le portrait de la situation est exposé, tout comme la réponse des États à ce problème.

Mots clés

traite sexuelle, enfants

Abstract

Sexual trafficking of children is a disturbing phenomenon in our society. This article puts forward a brief description of the issue by presenting its definition, an overview of the situation and of the States' response. Intervention perspectives for children victims of sexual trafficking are also discussed.

Key words

sexual trafficking, child

UNE RECENSION SYSTÉMATIQUE DES PROGRAMMES D'INTERVENTION DE GROUPE POUR LES ADOLESCENTES AGRESSÉES SEXUELLEMENT¹

**A SYSTEMATIC REVIEW OF STUDIES EVALUATING GROUP INTERVENTION
PROGRAMS FOR SEXUALLY ABUSED ADOLESCENT GIRLS**

Geneviève Paquette²
Université de Sherbrooke

Marc Tourigny
Université de Sherbrooke

Jacques Joly
Université de Sherbrooke

INTRODUCTION

En Amérique du Nord, les études sur la prévalence et l'incidence des agressions sexuelles (AS) envers les jeunes montrent que les adolescentes constituent un groupe d'âge particulièrement concerné (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, Joly, Cyr, Cyr, Frappier, Chamberland et Robert, 2004; Putnam, 2003). De plus, une variété impressionnante de séquelles ont été associées aux AS (Tyler, 2002). En outre, les AS sont aussi liées à des troubles mentaux sérieux à l'âge adulte (Fergusson, Horwood et Lynskey, 1996; Putnam, 2003).

En ce qui concerne les adolescentes victimes d'AS, on considère que les interventions de groupe correspondent mieux aux besoins développementaux propres à l'adolescence (Kruczek et Vitanza, 1999; Tourigny et Hébert, 2007). Pour des résultats cliniques comparables, une étude montre que l'intervention de groupe pour les filles agressées sexuellement est plus rentable financièrement que l'intervention individuelle (McCrone, Weeramanthri, Knapp, Rushton, Trowell, Miles et Kolvin, 2005). Il apparaît aussi que les interventions de groupe sont plus pertinentes sur le plan clinique pour réduire certaines séquelles comme le sentiment de stigmatisation sociale (Narring et Rummel Walker, 2001; Sturkie, 1992). Malgré ces avantages potentiels ou réels, on observe des lacunes importantes dans les connaissances entourant l'intervention de groupe auprès des adolescentes agressées sexuellement. En effet, bien

1. S'inscrivant dans le cadre de la recherche doctorale de la première auteure de cet article, la réalisation de cette étude a bénéficié du soutien financier de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, du Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke, du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles, de l'Ordre des conseillers et conseillères en orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
2. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500, boul. Université, Sherbrooke (QC), J1K 2R1. Téléphone : (819) 821-8000 poste 62698. Courriel : genevieve.paquette@usherbrooke.ca

que plusieurs chercheurs aient réalisé différents travaux sur les effets des interventions chez les enfants agressés sexuellement (dont deux méta-analyses : Hetzel-Riggin, Brausch et Montgomery, 2007; Reeker, Ensing et Elliott, 1997; et sept recensions : Finkelhor et Berliner, 1995; Kolko, 1987; O'Donohue et Elliott, 1992; Putnam, 2003; Saywitz, Mannarino, Berliner et Cohen, 2000; Silovsky et Hembree-Kigin, 1994; Tourigny, 1997), il y a, somme toute, peu d'études sur des adolescentes participant à un traitement de groupe (celles-ci représentent de 1 à 30 % des études incluses dans ces recensions). Ceci étant dit, selon Hetzel-Riggin *et al.* (2007), le traitement de groupe serait plus efficace pour améliorer le concept de soi que d'autres modalités de traitement. En contrepartie, le groupe serait moins efficace que d'autres types de traitement pour réduire la détresse psychologique. Par ailleurs, dans deux études seulement, on a procédé à des comparaisons selon le groupe d'âge visé par les interventions. Les chercheurs concluent à l'absence de différence en ce qui concerne les effets obtenus par l'intervention de groupe entre les enfants et les adolescentes (Reeker *et al.*, 1997) et entre différentes formes de traitement (Hetzel-Riggin *et al.*, 2007).

Toutefois, compte tenu du faible nombre d'études conduites auprès des adolescentes participant à une intervention de groupe qui sont incluses dans ces travaux (2 sur 12 pour Hetzel-Riggin *et al.*, 2007, et 3 sur 15 pour Reeker *et al.*, 1997), il est difficile de savoir si, d'une part, ces résultats s'appliquent spécifiquement aux adolescentes et si, d'autre part, l'absence de différence entre les groupes d'âge quant aux effets des interventions est réelle. On remarquera aussi que tous les autres travaux présentent les effets des interventions tous âges confondus. Or, cette méthode d'analyse est susceptible de masquer les effets différentiels des interventions selon l'âge (Tourigny, Hébert, Daigneault et Simoneau, 2005). En outre, la majorité de ces travaux ne documentent pas suffisamment leur méthode de repérage et d'inclusion des études (six travaux sur neuf). Dans ce contexte, le but de cet article est de procéder à une recension systématique et critique des études évaluant l'efficacité des programmes¹ d'intervention de groupe visant à réduire les séquelles des AS chez les adolescentes participantes, tout en identifiant leurs limites méthodologiques et les effets statistiques relevés.

1. Les interventions de groupe peuvent être qualifiées de programmes lorsqu'elles satisfont aux critères suivants : elles représentent des contextes d'intervention spécifiques qui sollicitent différentes ressources (humaines, professionnelles et matérielles), regroupent des activités conçues, planifiées et organisées en fonction de l'atteinte d'objectifs et de buts auprès d'une population déterminée, en vue de remédier à un problème social (Chen, 2005; Renou, 2005).

MÉTHODE

Entendant dépasser les limites des travaux de recension antérieurs, la présente recension des écrits est conduite en s'inspirant de la méthode de réalisation d'une recension systématique d'études développée par Khan, ter Riet, Glandville, Sowden et Kleijnen (2001). Elle utilise un protocole qui comporte des critères détaillés d'identification, de sélection et d'exclusion des études et qui encadre l'extraction des données pertinentes en regard des objectifs de recension. Pour sélectionner les études, quatre critères ont été utilisés : 1) l'objet de l'étude doit examiner l'efficacité d'une intervention de groupe visant à réduire des séquelles d'AS; 2) l'intervention doit s'adresser exclusivement à des adolescentes (11 à 21 ans) ayant été agressées sexuellement (ou les résultats de l'étude doivent être présentés pour ce sous-groupe); 3) la méthode des études doit être suffisamment détaillée pour permettre une réplique dans une perspective quantitative ou la cueillette, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives doivent répondre aux critères de fiabilité tels que les a définis Fortin (2006) et 4) la langue de rédaction du rapport de recherche, de la thèse ou de l'article doit être le français ou l'anglais. Ce protocole d'identification¹ a permis de repérer 20 recherches (Daigneault, Tourigny et Cyr, 1999; Homestead, 1986; Hsu, Sedlar, Flood et Hansen, 2002; James, 1977; King, Webb et Hazzard, 1983; Kruczek et Vitanza, 1999; Lindon et Nourse, 1994; Mackay, Gold et Gold, 1987; Narring et Rummel Walker, 2002; Patton, Collins, Collins, Larzelere, Jones, Graham et Jones, 1993; Picard, 1991; Radd Baker, 1985; Rolland Ashby, Gilchrist et Miramontez, 1987; Sinclair, Larzelere, Collins, Collins, Paine, Jones, Graham et Jones, 1995; Tabor, 1984; Thun, Sims, Adams et Webb, 2002; Tourigny, Boisvert et Jacq, sous presse; Tourigny et Hébert, 2007; Tourigny *et al.*, 2005; Verleur, Hughes et Dobkin de Rios, 1986) évaluant 19 programmes différents (en 2007, Tourigny et Hébert comparent la forme ouverte ou fermée du même programme évalué par Tourigny *et al.* en 2005, en utilisant des échantillons distincts pour chaque forme de thérapie).

1. Les études ont été identifiées à l'aide des banques de données psycINFO et psycARTICLES, des références des travaux de recension déjà réalisés, de celles des études évaluatives répertoriées et de contacts avec des chercheurs du domaine. De cette manière, les résumés informatisés d'environ 270 études ont été examinés et ont été exclus à la suite de l'application de certains critères d'exclusion. En outre, une cinquantaine d'études ont fait l'objet d'une évaluation plus approfondie sans être retenues. La raison en était le plus souvent qu'elles ne répondaient pas aux critères de sélection concernant la population ou à ceux de la qualité du devis.

RÉSULTATS

Description des études évaluant l'efficacité des programmes et identification des limites méthodologiques et des effets statistiques relevés

Présentées au Tableau 1, les études sont placées par ordre croissant de la validité interne généralement accordée au devis d'efficacité (Fortin, 2006) et du nombre final d'adolescentes incluses dans l'échantillon de l'étude.

Sur le plan de la conception, l'orientation théorique demeure inconnue pour plus de la moitié des programmes. Pour les autres, on constate que l'orientation cognitive-behaviorale et celles dites humaniste et psychoéducatrice sont les plus fréquentes. En ordre décroissant, les objectifs les plus communs des programmes concernent l'amélioration des stratégies adaptatives utilisées, l'amélioration de l'estime de soi ainsi que la réduction de l'isolement social.

En ce qui concerne l'implantation, lorsque les taux d'abandon sont documentés (voir Boisvert, Tourigny et Paquette, ce numéro, pour la définition de l'abandon d'un traitement), on note que ceux-ci varient considérablement, oscillant entre un taux d'abandon nul à un taux de 64 %. Quant à la participation des adolescentes à l'intervention, un taux relativement élevé est enregistré, soit plus de 75 % dans la majorité des études qui le documentent (11 études).

Sur le plan des caractéristiques des échantillons (Tableau 1), ces programmes s'adressent à des adolescentes âgées en moyenne de 14,7 ans et qui ont le plus souvent subi des AS de type intrafamilial (9 des 13 études documentant cet aspect rapportent des taux de 70 % et plus). En outre, les 11 études qui décrivent les AS subies par les adolescentes rapportent que, pour la majorité d'entre elles, les agressions sont survenues avant l'âge de 10 ans, ont duré plus d'une année ou encore comportaient une pénétration. Lorsque cette donnée est disponible, on constate que la proportion d'adolescentes ayant refusé de participer à l'étude ou encore de celles qui se sont retirées de la recherche entre les temps de mesure est très élevée (par exemple, Homestead, 1986, avec un taux de refus de 63 %). Enfin, près de la moitié des études du domaine sont réalisées à partir d'échantillons de 10 sujets ou moins.

En ce qui concerne les caractéristiques des devis, près de 70 % des études sont réalisées suivant des types de devis n'incluant pas de groupe de comparaison. Toutefois, la majorité des études mesure les effets du programme à l'aide d'instruments dont les propriétés psychométriques ont été évaluées dans au moins 50 % des cas. Pour ce qui est du principal

Tableau 1 Caractéristiques méthodologiques des études évaluant des programmes d'intervention de groupe pour adolescentes agressées sexuellement

Classification et identification des études		Caractéristiques des échantillons						Caractéristiques des devis			
Types de devis	Auteurs	Âge	Abu	Sév	Rf	P	Nf	Ins	Rép	Ana	Var
Descriptifs	Homestead (1986)	15,6	100	O	63	25	1/0	O	A	V	1
	Hsu <i>et al.</i> (2002)	13,5	50	O	0	0	2/0	O	A, P	V, C	10
	King <i>et al.</i> (1983)	13,3				55	5/0	O	A	V	3
	Daigneault <i>et al.</i> (1999)	15	81	O		55	5/0	O	A	V*, C	5
	Lindon et Nourse (1994)	14,2	83	O		33	6/0	N	A, I	V*	3
	Picard (1991)	12-17				30	7/0	N	I	V	2
	Rolland Ashby <i>et al.</i> (1987)	12-17				18	9/0	N	A, I	V	2
	Narring et Rummel Walker (2002)	15-19	75			35	0	12/0	N	A	Q*
Pré-expérimentaux	Mackay <i>et al.</i> (1994)	15,4	40	O		0	5/0	O	A	V, C, S	0/6
	Kruczek et Vitanza (1999)	14,2				41- 78	9-24/0	O	A	S*	1/2
	Patton <i>et al.</i> (1993)	13-18				12-76	9-30/0	O	A, P	S*	5/7
	Tabor (1984)	12-18	58	O		0	24/0	O	A	C, S*	1/2
	Sinclair <i>et al.</i> (1995)	15		O		0-28	31-43/0	O	A, P	C, S*	7/10
Quasi expérimentaux	Thun <i>et al.</i> (2002)	16-18				15	4/7	O	A	V, S	0/1
	James (1977)		100	O			7/14	N	A	V	2
	Tourigny et Hébert (2007)	14,9	73	O	4	16	13/15 ^a	O	A	S*	7/13

Tableau 1 Caractéristiques méthodologiques des études évaluant des programmes d'intervention de groupe pour adolescentes agressées sexuellement (suite)

Classification et identification des études		Caractéristiques des échantillons						Caractéristiques des devis			
Types de devis	Auteurs	Âge	Abu	Sév	Rf	P	Nf	Ins	Rép	Ana	Var
Quasi expérimentaux	Thun <i>et al.</i> (2002)	16-18				15	4/7	O	A	V, S	0/1
	James (1977)		100	O			7/14	N	A	V	2
	Tourigny et Hébert (2007)	14,9	73	O	4	16	13/15 ^a	O	A	S*	7/13
	Tourigny <i>et al.</i> (sous presse)	15	86	O		15 ^a	21/18	O	A	S*	4/13
	Tourigny <i>et al.</i> (2005)	14,6	74	O	11	0	27/15	O	A	S*	8/13
Expérimentaux	Verleur <i>et al.</i> (1986)	13-17	100			0	15/15	O	A	S*	1/2
	Radd Baker (1985)	14,6	64			0	24/15	O	A	C, S*	1/3

Les cellules vides sont des données manquantes. Types de devis : descriptifs (étude de cas sur un groupe ou des individus), pré-expérimentaux (type avant-après à groupe unique), quasi expérimentaux (type avant-après avec groupe témoin non équivalent); expérimentaux (type avant-après avec groupe témoin équivalent); Âge : âge moyen de l'échantillon ou tranche d'âge considérée lorsque la moyenne n'est pas disponible; Abu : proportion d'adolescentes ayant subi des AS de type intrafamilial; Sév : est-ce que les AS subies étaient sévères? Oui (O), si l'âge de survenue moyen est inférieur à 10 ans ou si la durée moyenne des agressions est de plus d'une année ou si 60 % ou plus des adolescentes ont subi une pénétration, sinon (N) pour non; Rf : proportion d'adolescentes ayant refusé de participer à l'étude; P : proportion d'adolescentes qui se retirent entre les temps de mesure de l'étude; Nf : nombre final d'adolescentes participant à l'étude et recevant l'intervention/nombre final d'adolescentes composant le groupe témoin; Ins : Oui (O), lorsque 50 % ou plus des instruments de mesure utilisés ont fait l'objet de publications sur leurs propriétés psychométriques, sinon (N) pour non; Rép : répondant sollicité pour la cueillette des données, adolescentes (A), intervenants (I) et parents (P); Ana : type d'analyse des données réalisé, inspection visuelle (V), analyse clinique (C), analyse statistique (S) analyse qualitative (Q); Var : nombre de variables dépendantes prises en compte et dans les cas où il y a eu analyse statistique, nombre de variables sur lesquelles des résultats statistiquement significatifs sont obtenus sur le nombre total de variables considérées.

A : les auteurs rapportent la donnée en cumulant les deux paramètres; * : seuls les effets provenant de ces analyses, suffisamment fiables, seront présentés.

répondant sollicité, on observe que, sauf pour Picard (1991), c'est l'adolescente qui est privilégiée. En ce qui a trait aux analyses, celles-ci sont le plus souvent statistiques. Pour les études comportant des échantillons très restreints, une analyse strictement visuelle des scores obtenus entre le pré et le post-test est souvent privilégiée. Aux analyses statistiques ou visuelles sont parfois combinées des analyses des changements cliniques entre les temps de mesure. Une seule étude (Narring et Rummel Walker, 2002) décrit des données qualitatives obtenues par entrevues semi-structurées. Enfin, soulignons que 70 % des études prennent en considération moins de 10 variables dépendantes dans leurs analyses.

Les limites méthodologiques des études

L'analyse met en évidence plusieurs limites méthodologiques dans le domaine. Tout d'abord, on remarque trop souvent des données manquantes en ce qui concerne l'âge moyen des participantes, la sévérité des AS, les taux de refus de participation aux études ou ceux de mortalité expérimentale. Ces lacunes dans la description de l'échantillon empêchent de connaître avec précision la population à laquelle les résultats de la recherche pourront s'appliquer. En outre, l'utilisation d'échantillons restreints à 10 sujets ou moins pose problème quant à la généralisation des résultats.

Ensuite, sauf pour le travail réalisé par Picard (1991), les études descriptives ne comportent que deux temps de mesure, ce qui rend leurs conclusions moins fiables. Idéalement, ces devis devraient inclure plusieurs temps de mesure visant à rendre compte de l'effet de l'intervention ou de son retrait selon la structure du devis. Il en va de même pour les études pré-expérimentales qui comportent trop peu de temps de mesure. Même les meilleurs projets de recherche utilisant des devis quasi expérimentaux présentent aussi certaines limites inhérentes à la méthode de répartition des sujets dans les groupes (par exemple, le groupe témoin inclut des jeunes filles qui ont refusé l'intervention). De même, les travaux expérimentaux réalisés par Verleur *et al.* (1986) ainsi que par Radd Baker (1985) ne permettent pas d'établir des conclusions solides sur l'efficacité des interventions évaluées. Dans le cas de Verleur *et al.*, la validité des conclusions est affaiblie par le choix des analyses (tests-t appariés pour chacun des groupes) qui multiplie les tests statistiques réalisés et augmente donc la possibilité de trouver des effets qui n'existent pas. Pour ce qui est des travaux de Radd Baker, ils comparent une intervention de groupe à une intervention individuelle. Puisque les effets de cette intervention individuelle sont méconnus, il est ardu de tirer des conclusions sur les effets de l'intervention de groupe sur la base de cette comparaison. Tout de même, les études quasi expérimentales et expérimentales sont les

plus rigoureuses dans le domaine et il apparaît donc raisonnable de s'y fier tout en gardant leurs limites à l'esprit.

En ce qui concerne la qualité des analyses effectuées dans les autres études, mentionnons que 5 des 20 études (James, 1977; King *et al.*, 1983; Lindon et Nourse, 1994; Picard, 1991; Rolland Ashby *et al.*, 1987) ne comportent qu'une inspection visuelle des résultats obtenus aux différentes mesures pré et post-intervention. Les méthodes d'inspection visuelle des données utilisées par les auteurs de ces travaux n'utilisent pas un critère reconnu pour juger s'il y a eu amélioration ou détérioration des cas (ou du groupe) quant aux variables dépendantes considérées. Les résultats obtenus par des analyses si peu rigoureuses ne seront donc pas pris en compte ici sauf en ce qui concerne les taux de revictimisation documentés par Daigneault *et al.* (1999) ainsi que par Lindon et Nourse (1994). De plus, soulignons une source d'invalidité statistique potentielle dans les résultats obtenus par Mackay *et al.* (1987) qui ont conduit des tests-t pour échantillons appariés sur cinq sujets, et ce, pour six variables dépendantes, et dans ceux de Thun *et al.* (2002) obtenus par des analyses de covariance conduites sur des groupes de quatre et sept sujets. Ces tests statistiques paramétriques sont basés sur une distribution normale des données (Field, 2005) qui ne peut être attendue dans le cas d'échantillons aussi restreints. Les résultats de ces analyses ne seront pas pris en compte. Par ailleurs, sept études procèdent à des analyses des changements cliniques intervenus entre les temps de mesure sur quelques variables du devis en utilisant différentes unités d'analyse (groupes de traitement et de comparaison, individus) (Daigneault *et al.*, 1999; Homestead, 1986; Hsu *et al.*, 2002; Mackay *et al.*, 1987; Radd Baker, 1985; Sinclair *et al.*, 1995; Tabor, 1984). Les résultats de ces analyses cliniques ne seront pas présentés.

Les effets statistiques obtenus par les programmes

D'entrée de jeu, notons que c'est pour environ 40 % des variables dépendantes considérées dans les analyses statistiques que des effets significatifs sont relevés. Les effets sont présentés suivant l'ordre croissant de fréquence des objectifs poursuivis par les programmes évalués. Tout d'abord, Kruczek et Vitanza (1999) signalent une amélioration significative des stratégies adaptatives utilisées en lien avec l'AS entre les trois temps de mesure considérés. De même, comparant un groupe expérimental à un groupe de comparaison, les études de Tourigny et ses collaborateurs (Tourigny et Hébert, 2007; Tourigny *et al.*, 2005) montrent des améliorations significatives pour ce qui est de l'emploi de la réévaluation/résolution des problèmes et de la recherche de soutien social.

En ce qui concerne l'estime ou le concept de soi, plusieurs des travaux recensés relèvent des effets positifs significatifs chez les participantes

entre les temps de mesure (Patton *et al.* 1993; Sinclair *et al.*, 1995; Tabor, 1984; Verleur *et al.*, 1986) et lorsque celles-ci sont comparées à un groupe ayant reçu une intervention individuelle (Radd Baker, 1985). Une diminution significative de l'autocritique entre le pré et le post-test est aussi observée dans l'étude de Tabor (1984). Dans une perspective qualitative, Narring et Rummel Walker (2002) notent que l'image de soi des participantes à l'intervention de groupe qu'elles ont interviewées semble s'être améliorée. Dans un autre ordre d'idées, ces auteures montrent que les adolescentes participant au programme d'intervention de groupe voient leur réseau d'ami(e)s s'étendre.

En ce qui concerne les problèmes de comportement, des réductions significatives entre les temps de mesure sont enregistrées sur le plan des problèmes de comportement totaux, intériorisés (Tourigny *et al.*, sous presse; Tourigny et Hébert, 2007; Tourigny *et al.*, 2005) et extériorisés (Patton *et al.*, 1993; Sinclair *et al.*, 1995; Tourigny *et al.*, 2005) présentés par l'adolescente. De même, les travaux de Tourigny et Hébert (2007) indiquent une réduction significative des comportements autodestructeurs. Cette amélioration n'est toutefois pas constatée dans les deux autres études conduites par Tourigny. En ce qui a trait aux symptômes de dépression rapportés par l'adolescente, on relève aussi des améliorations significatives entre les temps de mesure (Patton *et al.*, 1993; Sinclair *et al.*, 1995). De leur côté, Narring et Rummel Walker (2002) notent que les moments de dépression que connaissent les adolescentes interviewées se font plus rares.

Sur le plan de l'expression des émotions, Narring et Rummel Walker (2002) indiquent que la majorité des adolescentes interviewées rapportent avoir une meilleure compréhension de ce qu'elles ressentent à la suite de l'intervention de groupe. Pour ce qui est des distorsions cognitives, seules deux études sur les trois qui testent cette variable et rapportent des effets positifs significatifs (Tourigny et Hébert, 2007; Tourigny *et al.*, 2005). Sur le plan des symptômes de stress post-traumatique, des réductions significatives sont relevées entre les temps de mesure par deux répondants (Sinclair *et al.*, 1995) et entre un groupe expérimental et un de comparaison (Tourigny *et al.*, sous presse; Tourigny *et al.*, 2005).

Pour ce qui est du sentiment d'efficacité personnelle, deux études sur trois (Tourigny *et al.*, sous presse; Tourigny *et al.*, 2005) indiquent une amélioration significative. Par ailleurs, Verleur *et al.* (1986) remarquent une amélioration significative des connaissances sur la sexualité entre les temps de mesure chez les participantes à l'intervention de groupe. Dans leur recherche qualitative, Narring et Rummel Walker (2002) indiquent que les adolescentes rapportent avoir bénéficié des discussions au sujet de la sexualité. Par ailleurs, les adolescentes interviewées par ces chercheuses

estiment que l'intervention de groupe les a aidées à poursuivre leurs études en les soutenant lors des moments difficiles. Elles se disent également plus confiantes dans leurs relations interpersonnelles après l'intervention et moins bouleversées par les difficultés dans leur relation avec leur mère, thème qui est longuement traité par le programme évalué. Toujours dans le domaine de la qualité des relations entre les adolescentes et leur mère, une seule des trois études de Tourigny conclut à une amélioration significative à cet égard (Tourigny *et al.*, 2005). Plus généralement, Tourigny *et al.*, (sous presse) relèvent une diminution significative des problèmes sociaux chez les adolescentes participant à une intervention de groupe comparativement à celles qui n'y participent pas.

Dans un autre ordre d'idées, très peu d'études ont documenté les taux de revictimisation chez les adolescentes ayant participé à des interventions de groupe. Daigneault *et al.* (1999) rapportent que deux des six participantes à l'intervention de groupe évaluée ont fait l'objet d'un nouveau signalement pour une AS pendant qu'elles y participaient. Lindon et Nourse (1994) relèvent de leur côté qu'aucune des six participantes n'a subi une nouvelle AS ou n'a vu l'agression précédente se répéter à nouveau, et ce, de 6 à 12 mois après la fin de l'intervention de groupe. Enfin, notons que certains effets attendus par les chercheurs n'ont pas été observés. Ainsi, selon les programmes, on relève l'absence d'un effet statistique en ce qui a trait aux comportements délinquants, aux comportements extériorisés ou totaux, à la consommation de substances, à la qualité de la relation avec la mère ou le père, à l'emploi de certaines stratégies d'adaptation et aux distorsions cognitives (Tourigny *et al.*, sous presse; Tourigny et Hébert, 2007; Tourigny *et al.*, 2005), à l'anxiété et à la dépression (Radd Baker, 1985) et aux connaissances liées à l'emploi de stratégies d'adaptation positives (Kruczek et Vitanza, 1999).

DISCUSSION

Sur le plan de la conception des programmes, les études ne décrivent pas suffisamment le modèle de changement sur lequel se fonde le programme qu'elles évaluent, c'est-à-dire les mécanismes par lesquels le programme doit produire les effets escomptés (Chen, 2005). En ce qui concerne l'implantation des programmes d'intervention de groupe, cette recension met en lumière que ce terrain reste pratiquement inexploré. Ceci ne permet pas de faire des liens entre ce qui se passe pendant le programme, c'est-à-dire comment le programme est implanté et les effets observés chez les participantes lorsqu'il se termine.

En ce qui a trait à l'analyse des études, cette recension permet de savoir que les adolescentes desservies par ces programmes ont en moyenne 14,7 ans, ont majoritairement subi des AS de type intrafamilial

avant l'âge de 10 ans, ayant duré une année ou plus ou, encore, ayant comporté une pénétration. Notons à cet égard qu'une description précise des échantillons utilisés dans les études évaluant l'efficacité des traitements de groupe est nécessaire afin qu'il soit possible de bien évaluer la validité externe des résultats et d'explorer les caractéristiques des adolescentes qui seraient associées aux effets des interventions ou aux abandons en cours de traitement (voir Boisvert *et al.*, ce numéro).

En ce qui concerne les résultats des études d'efficacité recensées, ceux-ci suggèrent que les programmes de traitement de groupe sont efficaces pour améliorer l'adaptation psychosociale et la santé psychologique des adolescentes participantes. Dans une perspective positiviste, les résultats des meilleures études (celles utilisant un groupe de comparaison) convergent pour montrer que les groupes d'adolescentes participantes connaissent significativement plus d'améliorations entre les temps de mesure que les groupes de jeunes filles non participantes par rapport aux variables suivantes : l'emploi de stratégies adaptatives positives, l'estime ou le concept de soi, les problèmes de comportement totaux, intériorisés et extériorisés, les symptômes de stress post-traumatique, les distorsions cognitives et le sentiment d'efficacité personnelle. Dans une perspective constructiviste, les résultats de la seule étude qualitative recensée montrent que les adolescentes rapportent un effet positif de l'intervention de groupe dans plusieurs domaines de leur vie (image de soi, réseau social, cheminement scolaire, dépression, émotions, sexualité, relations interpersonnelles).

Enfin, sur le plan méthodologique, cette recension permet de voir qu'une majorité d'études emploient des devis faibles du point de vue méthodologique et qui ne permettent pas d'attribuer les changements observés au traitement évalué (Cook et Campbell, 1979). Qui plus est, de par la faible qualité de leur plan d'analyse ou des instruments de mesure utilisés, des résultats d'études ont dû être éliminés. Seuls les résultats de certaines analyses présentées par 12 des 20 études inventoriées ont été utilisés. De surcroît, puisque aucune étude ne tient compte des autres services potentiellement reçus par les sujets de l'échantillon, l'ensemble des effets relevés peut difficilement être attribué avec certitude à l'intervention de groupe évaluée.

CONCLUSION

En s'inspirant des critères de la classification des programmes de Saunders, Berliner et Hanson (2003), on peut conclure que quatre programmes se démarquent présentement. Le premier répond aux critères d'un programme appuyé empiriquement et probablement efficace (*supported and probably efficacious treatment*) (Tourigny et Hébert, 2007 et Tourigny *et al.*, 2005, au sujet d'un programme de type psychoéducatif),

deux autres répondent aux critères d'un programme appuyé empiriquement et acceptable (*supported and acceptable treatment*) (Radd Baker, 1985; Tourigny *et al.*, sous presse; au sujet de programmes d'orientations dites humaniste et psychoéducative respectivement) et un dernier correspond aux critères d'un programme prometteur (Verleur *et al.*, 1986; il manque néanmoins la description de la base théorique du programme).

En définitive, il apparaît clairement que les intervenants et chercheurs dans ce domaine doivent unir leurs efforts et dépasser les limites identifiées par cette recension. Ainsi, sur le plan de la conception des programmes, les bases théoriques devraient être précisément décrites. En ce qui concerne l'implantation, il apparaît souhaitable que les personnes chargées d'implanter les interventions connaissent et comprennent le modèle théorique de changement qui sous-tend leur programme et soient soucieuses d'y rester fidèles. En outre, les prochaines études d'efficacité devraient : a) prévoir un devis et un plan d'analyse permettant de contrôler l'effet de certaines variables confondantes comme les autres services reçus pendant l'intervention (ou utiliser des protocoles expérimentaux pour les études de cas); b) décrire ou mesurer l'implantation du programme; c) faire des liens entre les résultats obtenus et les aspects théoriques du programme, minimalement avec ses objectifs et d) procéder à des analyses statistiques fiables.

Pour le Québec, une action concertée afin de mettre sur pied un programme de traitement de groupe basé sur les connaissances scientifiques actuelles et implanté à grande échelle pourrait permettre de la recherche de plus haut niveau dans ce domaine. Ceci pourrait garantir, du même coup, une uniformité des services offerts aux adolescentes agressées sexuellement et ultimement, une meilleure qualité de ces services.

Références

- Boisvert, I., Tourigny, M. et Paquette, G. (2008). Caractéristiques associées à l'abandon d'un traitement de groupe pour adolescentes victimes d'agression sexuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 29(3), 133-145.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Cook, T. D. et Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation : Design and analysis issues for field settings*. Boston : Houghton Mifflin.
- Daigneault, I., Tourigny, M. et Cyr, M. (1999). *Rapport d'évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une thérapie de groupe pour adolescentes victimes d'agressions sexuelles et d'une intervention post-dévoilement*. Rapport de recherche. Montréal : Université de Montréal, Département de psychologie.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. et Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood : II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.

- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Finkelhor, D. et Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children : A review and recommendations. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. et Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents : An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Homestead, K. C. (1986). *An investigation of a sexual abuse group treatment program for female adolescent victims of sexual abuse*. Thèse de doctorat, University of Massachusetts, Faculté d'éducation.
- Hsu, E., Sedlar, G., Flood M. F. et Hansen, D. J. (2002). Child sexual abuse. In M. Hersen (Éd.), *Clinical behavior therapy. Adults and children* (p. 449-473). New York : John Wiley and Sons.
- James, K. H. (1977). Incest : The teenager's perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 14(2), 146-155.
- Khan, K. S., ter Riet, G., Glandville, J., Sowden, A. J. et Kleijnen, J. (2001). *Undertaking systematic reviews of research on effectiveness*. Centre for Reviews and Dissemination's Guidance for Those Carrying Out or Commissioning Reviews. CRD Report Number 4 (2^e éd.), University of York.
- King, E., Webb, C. et Hazzard, A. (1983). *Assessment and treatment of sexually abused children and adolescents*. Annual Convention of the American Psychological Association, Anaheim.
- Kolko, D. J. (1987). Treatment of child sexual abuse : Programs, progress, and prospects. *Journal of Family Violence*, 2(4), 303-318.
- Kruczek, T. et Vitanza, S. (1999). Treatment effect with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse & Neglect*, 23(5), 477-485.
- Lindon, J. et Nourse, C. (1994). A multi-dimensional model of groupwork for adolescent girls who have been sexually abused. *Child Abuse & Neglect*, 18(4), 341-348.
- Mackay, B., Gold, M. et Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescent girls who have been sexually abused. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 77-84.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G. et Kolvin, I. (2005). Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(1), 26-31.
- Narring, F. et Rummel Walker, R.-M. (2001). L'aide aux adolescentes victimes d'agression sexuelle. L'action des groupes de soutien de l'association Familles solidaires. *Médecine et Hygiène*, 59, 2022-2026.
- Narring, F. et Rummel Walker, R.-M. (2002). L'aide aux adolescents victimes d'agression sexuelle. Évaluation du groupe de soutien de l'association Familles solidaires. *Médecine et Hygiène*, 60, 1861-1865.
- O'Donohue, W. T. et Elliott, A. N. (1992). Treatment of the sexually abused child : A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 218-228.
- Patton, T., Collins, L., Collins, R. A., Larzelere, R. E., Jones, P., Graham, K. et Jones, M. (1993). *Pre-post effects of group treatment for sexually abused adolescent females in residential care*. Papier présenté au San Diego Conference Responding to Child Maltreatment, San Diego.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y., Chamberland, C. et Robert, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Rapport de recherche, Sherbrooke, Québec, Canada : Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance.
- Picard, D. (1991). *Rapport d'évaluation de l'activité de groupe pour les adolescentes victimes d'abus sexuel*. Québec, Canada : Direction des services professionnels, Centre de services sociaux.

Programmes d'intervention pour adolescentes agressées sexuellement

- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Radd Baker, C. (1985). *A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females*. Thèse de doctorat, University of Maryland, Faculté des études supérieures.
- Reeker, J., Ensing, D. et Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 669-680.
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation. Une conception, une méthode*. Montréal : Éditions Sciences et Culture.
- Rolland Ashby, M., Gilchrist, L. D. et Miramontez, A. (1987). A group treatment for sexually abused American Indian adolescents. *Social Work with Groups*, 10(4), 21-32.
- Saunders, B. E., Berliner, L. et Hanson, R. F. (Éds.) (2003). *Child physical and sexual abuse : Guidelines for treatment (Final report : January 15, 2003)*. Charleston, SC : National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L. et Cohen, J. A. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049.
- Silovsky, J. F. et Hembree-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., Collins, L. E., Collins, R. A., 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 : Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 533-542.
- Sturkie, K. (1992). Group treatment of child sexual abuse victims : A review. In W. O'Donohue, et J. H. Geer (Éds), *The sexual abuse of children : Clinical issues* (vol. 2, p. 331-364). Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum.
- Tabor, G. L. (1984). *Incest : Effects of specific trauma variables on the self-concepts and locus of control views of adolescent female incest victims before and following six months of group treatment*. Thèse de doctorat, University of Arkansas.
- Thun, D., Sims, P. L., Adams, M. A. et Webb, T. (2002). Effects of group therapy on female adolescent survivors of sexual abuse : A pilot study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(4), 1-16.
- 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., Boisvert, I. et Jacq, B. (sous presse). Efficacité d'une intervention de groupe de courte durée auprès d'adolescentes agressées sexuellement. *Intervention*.
- Tourigny, M. et Hébert, M. (2007). Efficacy of an open group therapy for sexually abused adolescent girls. *Victims and Violence*, 22(3), 334-349.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I. et Simoneau, A.-C. (2005). Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 71-93.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse : A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.
- Verleur, D., Hughes, R. E. et Dobkin de Rios, M. (1986). Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims : A controlled comparison. *Adolescence*, 21(84), 843-854.

Résumé

Cet article recense systématiquement les études ayant évalué des programmes d'intervention de groupe visant à réduire les séquelles d'agressions sexuelles chez des adolescentes. On remarque que la description du modèle théorique qui inspire ces programmes ainsi que celle de leur implantation sont lacunaires. En outre, la qualité méthodologique de la majorité des 20 études repérées est faible. Les meilleures études montrent des effets statistiques positifs pour différentes séquelles. Enfin, les quelques

Mots clés

agression sexuelle, adolescentes, efficacité, programmes d'intervention de groupe

résultats fiables disponibles semblent soutenir l'emploi d'un programme de type psychoéducatif ou humaniste dans le traitement de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement.

Abstract

This article systematically compiles studies evaluating group intervention programs aiming to reduce after-effects of sexual abuse among adolescent girls. This research reveals that the description of the theoretical model on which the different programs are based, and of the implementation procedures, are incomplete. Furthermore, the majority of the 20 studies reviewed do not have good methodological qualities. The best studies that show intervention programs have positive effects on various consequences of sexual abuse. Despite scarce convincing results, a few reliable studies support the use of psychoeducational and humanistic group therapy for sexually abused adolescent girls.

Key words

sexual abuse, adolescent girls, group intervention programs, effectiveness

**L'EFFICACITÉ DE L'APPROCHE MASTR-EMDR AUPRÈS
D'ADOLESCENT(E)S QUI ONT ÉTÉ AGRESSÉ(E)S SEXUELLEMENT**

**TREATMENT EFFECTIVENESS OF MASTR-EMDR THERAPY FOR SEXUALLY ABUSED
ADOLESCENTS**

Leechen Farkas¹
Université de Montréal

Mireille Cyr
Université de Montréal

Thomas Lebeau
Pratique privée (Rawdon)

Jacques Lemay
Centres jeunesse de Lanaudière

Pierre McDuff
Université de Montréal

L'agression sexuelle est un traumatisme susceptible d'engendrer une grande diversité de séquelles et de problèmes de santé mentale tant à court, qu'à moyen ou long terme (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993; Putnam, 2003). Chez les adolescents, diverses séquelles ont été notées dans les études américaines, comme des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, des manifestations d'agressivité, de colère, de dissociation, des comportements internalisés et externalisés, des problèmes relationnels, des conduites suicidaires et des préoccupations sexuelles (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta et Akman, 1991; Nelson, Heath, Madden, Cooper, Dinwiddie, Bucholz, Glowinski, McLaughlin, Dunne, Statham et Martin, 2002; Paolucci, Genuis et Violato, 2001). De 20 à 80 % des adolescents agressés sexuellement manifesterait ces symptômes alors que 32 à 48 % présenteraient spécifiquement des symptômes post-traumatiques (Spaccarelli et Kim, 1995; Wolfe, Sas et Wekerle, 1994).

Les études conduites au Québec indiquent un portrait similaire. Un nombre important d'adolescents rapportent des conduites à risque sur le plan sexuel (Cinq-Mars, Wright, Cyr et McDuff, 2003), des comportements auto-destructeurs (Cyr, McDuff, Wright, Thériault et Cinq-Mars, 2005; Wright, Friedrich, Cinq-Mars, Cyr et McDuff, 2004), des comportements violents dans leur relation de couple (Cyr, McDuff et Wright, 2006), des symptômes post-traumatiques (Daigneault, Cyr et Tourigny, 2003; Thériault, Cyr et Wright, 2003) ainsi que des problèmes internalisés et externalisés (Daigneault *et al.*, 2003; Thériault *et al.*, 2003; Tourigny, Hébert et Daigneault, 2006).

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-5968. Courriel : leechen.zukor@gmail.com

Les sentiments de colère, les conduites agressives et les comportements externalisés fréquemment identifiés chez les adolescents agressés sexuellement font en sorte qu'une partie de ces jeunes se verra pris en charge pour un trouble de la conduite. D'ailleurs, 30 % des adolescentes, référées au Centres jeunesse (CJ) pour tous motifs d'intervention confondus, rapportent avoir été agressées sexuellement (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, Joly, Cyr, Cyr, Frappier, Chamberland et Robert, 2004).

On doit tenir compte de ces séquelles psychologiques et comportementales lorsqu'on considère le traitement à offrir à ces adolescents, à la fois pour remédier aux symptômes traumatiques mais également aux troubles de la conduite qui en découlent. Le traitement *MASTR-EMDR* combine à la fois une approche qui vise la maîtrise des émotions et le développement de stratégies adaptatives à une approche qui cible directement le trauma. Dans le présent article, l'efficacité et les composantes de ce traitement seront présentées et les résultats d'efficacité seront discutés.

L'EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) ou intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires est une approche de traitement psychothérapeutique développée par Francine Shapiro (2001) pour résoudre les symptômes découlant de l'exposition à un événement traumatique, comme l'agression sexuelle. Cette approche intègre des stratégies thérapeutiques novatrices comme la stimulation bilatérale alternée (par exemple, mouvement des yeux) aussi bien que des stratégies provenant d'autres approches, comme l'exposition en imagination et des techniques d'association libre.

Seules deux études empiriques comportant un groupe contrôle ont porté spécifiquement sur des personnes ayant vécu des agressions sexuelles. L'une a été réalisée auprès d'adolescents (Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand et Dolatabadi, 2004) et l'autre auprès d'adultes (Edmond, Rubin et Wambach, 1999). L'étude réalisée auprès des adolescents a comparé l'efficacité de six sessions d'*EMDR* à celle de la thérapie cognitive-comportementale. Les résultats indiquent que les deux traitements produisent des effets de grande taille (force de la relation) sur les symptômes post-traumatiques et des tailles d'effets moyennes sur les problèmes comportementaux. Toutefois, le traitement *EMDR* s'est révélé significativement plus efficace que la thérapie cognitive-comportementale. Après des adultes, Edmond et ses collaborateurs (1999) ont comparé six sessions de traitement *EMDR* au traitement usuel offert par quatre thérapeutes et le tout à un groupe contrôle en attente de traitement. Les adultes traités avec la thérapie *EMDR* ont démontré une diminution plus importante de leurs symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique ainsi que de leurs distorsions cognitives que les adultes du

groupe de traitement usuel. Edmond et Rubin (2004) ont effectué sur une période de 18 mois un suivi de cette cohorte et ont observé que les effets du traitement *EMDR* se maintenaient dans le temps et dans le groupe contrôle.

Par ailleurs, plusieurs études sur les effets du traitement *EMDR* auprès d'enfants et d'adolescents ont démontré que cette intervention produisait des résultats positifs. Trois de ces études comportaient entre autres des groupes de comparaison. L'étude de Soberman, Greenwald et Rule (2002) a comparé le traitement standard offert en centre de jour au même traitement auquel trois sessions d'*EMDR* ont été ajoutées. Les résultats indiquent que la détresse liée à la mémoire et aux problèmes comportementaux diminuait significativement dans le groupe *EMDR*. Puffer, Greenwald et Elrod (1998) ont observé que la moitié d'un échantillon de 20 sujets ayant vécu des traumatismes et à qui l'on avait offert une session d'*EMDR* passait d'un seuil clinique à des niveaux normaux de symptômes post-traumatiques après le traitement. Chemtob, Nakashima et Carlson (2002) rapportent que les symptômes d'anxiété, de dépression et le nombre de visites chez l'infirmière ont diminué après que 32 enfants hawaïens, qui avaient développé des symptômes post-traumatiques à la suite de l'ouragan Iniku, aient reçu quatre sessions de traitement *EMDR*.

Par ailleurs, deux études ont trouvé des résultats limités à l'efficacité de l'*EMDR* dans le traitement de phobie d'araignée (Muris, Merckelbach, Holdrinet et Sijnsenaar, 1998; Muris, Merckelbach, van Haaften et Mayer, 1997) et une autre n'a pas observé d'effet positif de l'*EMDR* chez des jeunes fréquentant un centre d'intervention qui ne présentaient pas d'expérience traumatique bien circonscrite (Rubin, Bischofshausen, Conroy-Moore, Dennis, Hastie, Melnick, Reeves et Smith, 2001).

Ces résultats sont donc prometteurs quant au traitement des traumatismes identifiés, et notamment des agressions sexuelles, auprès des enfants et des adolescents avec une approche comme l'*EMDR*. Cette stratégie d'intervention semble présenter également des avantages non négligeables pour une clientèle d'adolescents. En effet, avec l'*EMDR*, le temps d'exposition est bref et cette technique ne requiert pas de dévoilement du traumatisme ou de discussion de la part du client à ce sujet. De plus, aucun exercice à faire à la maison n'est requis (Greenwald, sous presse).

L'approche MASTR pour *Motivation-Adaptive Skills-Trauma Resolution* (Greenwald, sous presse) est un traitement manualisé (les étapes à suivre dans le cadre du traitement sont décrites dans un manuel), développé pour les adolescents qui ont été exposés à un traumatisme, qui inclut diverses méthodes dont le traitement *EMDR*. Cette approche a été développée pour

des adolescents qui manifestent des difficultés à s'engager dans toute forme de thérapie et à faire confiance aux adultes (Greenwald, 2002). Les objectifs de ce traitement visent à établir un sentiment de sécurité dans la thérapie, à encourager les clients à être des agents de leur changement et à augmenter leur motivation. Cette approche comprend un ensemble de stratégies validées empiriquement, regroupé dans un traitement portant sur la résolution du traumatisme. Ceci inclut des entrevues motivationnelles (voir description du traitement), des modifications cognitives et comportementales, le développement de stratégies d'adaptation et de résolution du traumatisme.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité du traitement MASTR-EMDR comparativement au traitement habituel offert à des adolescents et des adolescentes agressés sexuellement et qui sont pris en charge par les centres jeunesse (CJ). L'hypothèse principale stipule qu'il y aura des différences significatives entre les adolescents qui ont suivi le traitement MASTR-EMDR et ceux du groupe témoin en ce qui concerne les symptômes post-traumatiques et les problèmes internalisés et externalisés et que ces différences seront maintenues trois mois après la fin du traitement.

MÉTHODE

Participants

L'étude s'est déroulée des mois de mai 2005 à novembre 2006. Trente adolescents agressés sexuellement et pris en charge par les CJ du Québec ont participé à l'étude de même qu'un de leurs parents, leur tuteur légal ou l'intervenant social significatif. L'échantillon (voir Tableau 1) comprend des adolescents francophones âgés de 13 à 17 ans ($M = 14,8$, $ÉT = 1,3$) dont 22 filles et 8 garçons. La majorité de ces adolescents résidait en CJ au moment de l'étude. Ces adolescents rapportent un nombre élevé d'événements traumatiques avec en moyenne près de neuf traumatismes au cours de leur vie tels que des agressions physiques, avoir été témoins de blessures graves (par exemple, violence conjugale, accident d'auto). Quant aux agressions sexuelles, plus de 40 % en ont subi plusieurs épisodes. Pour la moitié des participants, ces agressions sont survenues au début de leur adolescence, soit entre 11 et 15 ans; elles comprenaient une pénétration dans au moins 40 % des cas et 40 % de ces agressions ont été commises par le même agresseur, habituellement un membre de la parenté autre que les parents.

Tous les participants ont été répartis au hasard, soit dans le groupe de traitement qui comprenait douze sessions hebdomadaires de la thérapie MASTR-EMDR ($n = 15$) ou dans un groupe témoin ($n = 15$). Les

Tableau 1 Caractéristiques démographiques des participants en fonction du groupe

	Traitement (n = 15)	Témoin (n = 15)
Âge	14,5 (1,3)	15,1 (1,2)
Sexe		
Féminin	85,7 %	60 %
Masculin	14,3 %	40 %
Habite avec parents	20 %	6,7 %
Famille d'accueil	13,3 %	20 %
Autre placement	60 %	60 %
Nombre moyen de traumatismes	9,33 (1,35)	8,27 (2,52)
Caractéristiques des agressions sexuelles		
Un épisode	35,7 %	26,7 %
Plusieurs épisodes, même agresseur	42,9 %	46,7 %
Plusieurs épisodes, plusieurs agresseurs	21,4 %	26,7 %
Âge au premier épisode		
3-6 ans	21,4 %	28,5 %
7-10 ans	21,3 %	21,4 %
11-15 ans	57,3 %	50 %
Agression extra-familiale	57,1 %	80 %
Agression intra-familiale	42,9 %	20 %
Agression avec pénétration	40 %	46,7 %
Agression avec violence verbale	21,4 %	33,3 %
Agression avec violence physique	21,4 %	6,7 %

participants des deux groupes ont continué de recevoir les services usuels des CJ (par exemple, thérapie individuelle, thérapie de groupe, thérapie familiale). Un parent, un tuteur ou un gardien a participé à l'étude aux mêmes temps de mesure que les adolescents. Les sujets des deux groupes ne diffèrent pas statistiquement quant à leur âge ou à leurs caractéristiques.

Mesures

Un questionnaire maison a été utilisé pour recueillir les caractéristiques sociodémographiques des participants et celles de leur agression sexuelle. Les versions françaises des questionnaires suivants ont été utilisées pour évaluer la symptomatologie des participants.

Les adolescents ont complété le « *Trauma Symptom Checklist for Children* » (*TSC-C*; Briere, 1996). Ce questionnaire auto-rapporté de 54 items mesure la fréquence des réactions à la suite d'un traumatisme sur une échelle en quatre points (jamais, parfois, souvent, presque toujours). Le *TSC-C* comprend six sous-échelles: anxiété, dépression, stress post-traumatique, préoccupations sexuelles, dissociation et colère. Les validités convergente, discriminante et de construit des sous-échelles ont été démontrées dans la version originale (Briere, 1996; Friedrich, Jaworski, Huxsahl et Bengtson, 1997) et dans la version canadienne-française (Jouvin, Cyr, Thériault et Wright, 2001). La fidélité test-retest de cette version française varie de .75 à .81 selon les échelles ($p < .001$) sur une période de 15 jours. Un score élevé sur les échelles du *TSC-C* indique la présence d'une symptomatologie élevée.

Les problèmes de comportement internalisés (par exemple, anxiété/dépression, somatisation, retrait) et externalisés (par exemple, agressivité, délinquance) ont été évalués par les adolescents à l'aide du *Youth Self-Report* (Achenbach, 1991). Le questionnaire compte 119 items mesurés sur une échelle en trois points. Plus les scores sont élevés, plus la présence de problèmes est marquée. Un score *T* de plus de 63 (90^e percentile) est standardisé selon le sexe et reflète des problèmes nécessitant une attention clinique selon des normes américaines (Achenbach, 1991).

Les parents ont complété le *Child Behavior Checklist* (*CBCL*; Achenbach, 1991) qui mesure les mêmes dimensions à l'aide de 112 questions. Les deux versions ont démontré une consistance interne élevée et une très bonne fidélité test-retest (Dutra, Campbell et Westen, 2004).

Afin d'évaluer la présence de traumatisme dans la vie des adolescentes, la version traduite (Lebeau, Lemay, Helde, Cyr et Farkas, 2004) du *Lifetime Incidence of Traumatic Events* (*LITE*; Greenwald et Rubin, 1999) a été utilisée. Cet inventaire de 17 items couvre un large éventail d'événements traumatiques et de pertes (par exemple, décès d'un parent, accident grave, être témoin de violence physique, agression sexuelle). L'impact du traumatisme au moment où celui-ci s'est produit et son impact actuel sont évalués sur une échelle de fréquence en trois points (pas du tout, un peu, beaucoup). Des données préliminaires

supportent la consistance interne, la fidélité test-retest et la validité de critère et de contenu du *LITE* (Greenwald et Rubin, 1999).

Devis expérimental et déroulement

Cette étude a été réalisée selon un devis expérimental à mesures répétées (pré et post-traitement et suivi à trois mois) auprès de deux groupes de 15 adolescents répartis au hasard et de leur parent. Cette étude et le formulaire de consentement ont reçu l'approbation des comités éthiques de l'Université de Montréal et du Centre jeunesse de Québec/Institut universitaire. Les participants ont été informés de l'étude par leur éducateur du CJ. Les participants ont rencontré les assistantes de recherche¹ qui leur ont décrit l'étude et le traitement et qui, après avoir complété les formulaires de consentement, ont procédé à une entrevue de tamisage. Les adolescents qui remplissaient les critères d'inclusion, soit d'avoir vécu au moins un traumatisme qui les avait affectés et qui les affectait toujours, ont été retenus pour l'étude et répartis aléatoirement dans le groupe de traitement MASTR-EMDR ou dans la condition témoin. Le traitement MASTR-EMDR a été offert aux participants de la condition témoin à la fin de l'étude. Des 35 participants qui ont été retenus au début de l'étude, cinq (trois filles et deux garçons), dont trois du groupe traitement, ont abandonné l'étude et n'ont pas participé au deuxième temps de mesure. Les participants des deux groupes de même que l'un de leur parent, leur tuteur ou leur gardien ont complété un ensemble de questionnaires aux mêmes trois temps de mesure. Toutes les séances de traitement MASTR-EMDR se sont déroulées suivant un manuel détaillant les activités de chaque session. Ces sessions ont été filmées et évaluées par deux évaluateurs indépendants pour s'assurer de la conformité au protocole de traitement.

Traitement

Les 12 sessions hebdomadaires de traitement MASTR-EMDR duraient en moyenne une heure trente minutes. Les sessions 1 à 4 permettent d'établir une alliance de travail à l'aide d'activités visant à établir les buts et les règles du traitement, à recueillir l'histoire traumatique de l'adolescent, à identifier ses forces et ses ressources. Elles permettent aussi de procéder à une entrevue motivationnelle pour aider l'adolescent à visualiser et à établir ses buts par rapport à son avenir à court et à long terme mais aussi à visualiser une alternative qui n'est pas souhaitée, c'est-à-dire dont la fin ne serait pas heureuse. L'ensemble de ces activités permet, lors de la quatrième session, de présenter à l'adolescent une évaluation de ses difficultés et de planifier les objectifs du traitement, soit d'éviter les situations à risque élevé, d'améliorer ses habiletés d'auto-contrôle, de

1. Les assistants de recherche sont des étudiantes en psychologie qui avaient reçu une formation sur les instruments à administrer.

diminuer le stress (quotidien et celui des traumatismes antérieurs) et de bâtir sur ses petites réussites.

Les sessions 5 à 8 visent à aider l'adolescent, d'une part, à identifier les situations où il risque d'avoir des ennuis et, d'autre part, à développer de meilleures stratégies de contrôle de son impulsivité et de ses sentiments. Ces situations à risque et les nouvelles stratégies sont examinées afin d'aider l'adolescent à développer une étendue plus large de stratégies réalistes. À cette occasion, les habiletés déficientes utilisées habituellement et leurs conséquences négatives sont revues et mises en contraste avec les impacts plus positifs des nouvelles stratégies.

Les sessions 9 à 12 portent sur la résolution des traumatismes. L'*EMDR* débute avec des situations récentes qui ont provoqué des désagréments mineurs, ce qui permet à l'adolescent d'expérimenter l'approche *EMDR* avec un incident peu stressant. Les événements plus traumatisants sont ensuite traités. Seulement quatre sessions d'*EMDR* ont été offertes dans le contexte de cette étude afin, entre autres, de permettre de standardiser la procédure. Pour tous les participants, le traumatisme lié à leur agression sexuelle a fait l'objet de l'une des cibles de traitement.

L'*EMDR* inclut différentes étapes permettant d'obtenir de l'information sur le trauma et d'effectuer son traitement. Lors de la phase préparatoire, l'adolescent choisit un souvenir traumatique pour lequel il aimerait recevoir un traitement. Il doit alors identifier une image qui représente la scène la plus difficile de la situation traumatique vécue et la croyance négative la plus fortement associée à l'événement. Par la suite, la personne identifie une croyance positive qui serait plus adaptée à la situation. L'intensité de la croyance positive est évaluée sur une échelle en 7 points. Les émotions/sentiments d'urgence (par exemple, la peur, la colère) et les sensations corporelles (par exemple, mains moites, estomac noué) associés à la cible sont ensuite identifiés de même que leur intensité sur une échelle en 10 points. Après cette étape de préparation, la désensibilisation peut commencer. Le thérapeute demande à l'adolescent de porter attention au souvenir perturbant et de focaliser simultanément son attention sur des stimulations bilatérales alternées (par exemple, mouvements oculaires, stimulations tactiles), administrées en séries multiples d'une durée d'environ 30 secondes. Entre chaque série, on demande à l'adolescent de remarquer ce qui lui est venu à l'esprit pendant la procédure. Ce nouveau matériel devient généralement l'objet de la prochaine série de stimulations. Les séries de stimulations continuent jusqu'à ce que le souvenir initial de l'événement ne soit plus source de perturbation. Ce processus de stimulations bilatérales alternées est répété à plusieurs reprises pendant la séance. Finalement, la croyance positive est renforcée en procédant de la même façon jusqu'à ce que le client ne

ressente plus aucun inconfort dans son corps et que la croyance positive soit bien ancrée.

Un psychologue et un travailleur social possédant respectivement 29 et 30 ans d'années d'expérience dans le traitement des enfants et qui avaient complété une formation de niveau 2 au traitement *EMDR* ont offert le traitement aux adolescents de l'étude.

Un total de 30 % des sessions de traitement *MASTR-EMDR* ont été visionnées par les évaluateurs afin de vérifier dans quelle mesure chaque session offerte respectait le manuel de traitement. Ces sessions ont été analysées par deux étudiantes en psychologie à l'aide d'une grille de fidélité au traitement qui décrivait les composantes de chaque session. Au préalable, une formation concernant le traitement et une revue détaillée du manuel de traitement leur avaient été offertes. Au total, 94 % des activités prévues au manuel de traitement ont été respectées, ce qui suggère que le traitement a été implanté de façon fidèle. L'accord interjuges, calculé sur 30 % des sessions cotées par les deux évaluatrices indépendantes, était de 100 %.

Analyse des données

Des analyses préliminaires ont été effectuées pour s'assurer, d'une part, de l'équivalence des deux groupes et, d'autre part, que les adolescents qui avaient complété l'étude ne différaient pas des adolescents qui avaient abandonné l'étude. Les résultats de ces analyses de variance n'indiquent pas de différences entre les sujets quant à leur âge ou à leurs caractéristiques. Des analyses de variance de type ANCOVA et ANCOVA à mesures répétées ont été utilisées pour vérifier les différences sur les mesures de symptômes et de comportements entre les deux groupes entre le pré et le post-test et entre les trois temps de mesure respectivement.

RÉSULTATS

Afin de vérifier l'efficacité du traitement *MASTR-EMDR*, des analyses de type ANCOVA ont été réalisées sur les mesures en contrôlant la mesure obtenue au prétest. Les résultats des analyses de même que les moyennes des différentes échelles aux deux premiers temps de mesure sont rapportés au Tableau 2. Dans l'ensemble, les résultats confirment l'hypothèse et indiquent que ce traitement permet de réduire significativement les symptômes rapportés par les adolescents en comparaison avec ceux du groupe témoin, et ce, de façon consistante sur presque toutes les mesures soit pour le stress post-traumatique [$F(1,29) = 17,60, p < .001$], la colère [$F(1,29) = 15,70; p < .001$], la

Tableau 2 Moyennes et écart-types pré et post-traitement pour les échelles de symptômes pour les deux groupes ainsi que les tailles d'effet

	Groupe traitement		Groupe témoin		Taille d'effet
	Pré (n = 15)	Post (n = 15)	Pré (n = 15)	Post (n = 15)	
Mesures auto-rapportées					
<i>TSC-C</i>					
Stress post-traumatique	12,73 (4,42)	3,47 (3,34)	12,80 (7,21)	10,00 (6,79)	.395
Colère	8,07 (4,40)	2,93 (2,60)	5,93 (3,90)	5,60 (4,70)	.368
Dépression	9,87 (6,06)	2,0 (1,56)	8,27 (6,54)	7,47 (5,77)	.496
Dissociation	9,00 (5,79)	6,27 (4,99)	6,73 (4,28)	6,27 (4,99)	.273
Anxiété	9,60 (5,33)	3,80 (2,83)	8,20 (6,64)	7,40 (6,14)	.303
Préoccupations sexuelles	4,73 (5,09)	1,80 (2,21)	4,47 (3,46)	3,47 (2,92)	.129
<i>CBCL</i>					
Internalisés	63,33 (8,36)	46,07 (6,66)	63,33 (12,95)	60,07 (11,79)	.469
Externalisés	64,27 (7,88)	52,00 (10,58)	58,27 (9,76)	56,80 (10,35)	.266
Mesures auprès des parents					
<i>CBCL</i>					
Internalisés	65,14 (7,99)	60,36 (8,04)	69,27 (7,20)	68,67 (10,22)	.119
Externalisés	63,50 (12,99)	56,00 (12,99)	68,87 (9,94)	65,47 (7,20)	.066

dépression [(1, 29) = 26,50; $p < .001$], la dissociation [$F(1,29) = 10,10$; $p < .004$] et l'anxiété [$F(1, 29) = 11,80$; $p < .002$]. Toutefois, pour ce qui est de l'échelle des préoccupations sexuelles, on ne retrouve pas de différences significatives [$F(1,29) = 4,00$; $p = .056$], bien qu'il y ait une tendance vers l'amélioration. Quant aux mesures comportementales évaluées avec le *CBCL*, les adolescents du groupe traitement démontrent une amélioration plus grande que ceux du groupe témoin quant aux problèmes externalisés [$F(1,29) = 23,90$; $p < .001$] et internalisés [$F(1,29) = 9,80$; $p < .004$]. L'évaluation des parents pour ces mêmes échelles indique des résultats similaires révélant que les adolescents qui

ont reçu le traitement présentent moins de problèmes externalisés [$F(1,29) = 10,80; p < .03$] et internalisés [$F(1,29) = 5,10; p < .03$] que ceux du groupe témoin. Les tailles d'effet sont grandes sur toutes les mesures sauf pour l'échelle des préoccupations sexuelles et des troubles externalisés rapportés par les parents où les effets de taille sont moyens.

Ces résultats se sont maintenus lors du suivi trois mois plus tard pour les deux groupes. Ainsi, les effets de la thérapie se sont maintenus pendant les trois mois suivant l'évaluation post-traitement sur les échelles de symptômes post-traumatiques et sur les échelles de problèmes externalisés et internalisés mesurées auprès des parents (voir Tableau 3).

Tableau 3 Moyennes ajustées et écart-types au post-traitement et au suivi pour les échelles de symptômes pour les deux groupes et tailles d'effet

	Groupe traitement		Groupe témoin		Taille d'effet
	Post (n = 15)	Suivi (n = 15)	Post (n = 15)	Suivi (n = 12)	
Mesures auto-rapportées					
<i>TSC-C</i>					
Stress post-traumatique	2,83 (3,34)	4,46 (4,67)	10,13 (7,39)	8,60 (6,56)	.129
Colère	2,04 (2,60)	4,16 (5,99)	5,87 (4,86)	4,80 (2,81)	.103
Dépression	1,44 (1,56)	3,10 (5,87)	7,54 (6,24)	6,42 (5,90)	.079
Dissociation	2,16 (2,77)	2,38 (4,61)	5,97 (4,81)	4,40 (4,16)	.108
Anxiété	3,15 (2,83)	2,37 (2,96)	7,89 (6,86)	6,37 (4,85)	.016
Préoccupations sexuelles	1,74 (2,21)	1,61 (2,64)	3,24 (2,98)	2,58 (3,03)	.023
<i>CBCL</i>					
Internalisés	46,03 (6,66)	48,56 (8,13)	60,14 (13,34)	54,24 (15,68)	.176
Externalisés	49,47 (10,58)	51,75 (8,85)	59,73 (11,32)	55,62 (9,99)	.172
Mesures auprès des parents					
<i>CBCL</i>					
Internalisés	61,24 (8,04)	56,65 (8,30)	68,88 (11,43)	69,08 (10,17)	.065
Externalisés	57,41 (12,30)	57,18 (12,92)	66,57 (12,34)	67,77 (9,57)	.009

Par contre, un effet d'interaction est observé pour les échelles de problèmes externalisés [$F(1,29) = 4,78; p < .04$] et internalisés [$F(1,29) = 4,92; p < .03$] mesurées auprès des adolescents. Il s'agit toutefois d'effets de petite taille. Dans les deux cas, les adolescents du groupe de traitement maintiennent leurs acquis alors que ceux du groupe témoin présentent moins de problèmes lors du suivi, indiquant une légère amélioration bien que celle-ci soit inférieure à celle du groupe traitement.

DISCUSSION

Tel qu'attendu, le traitement *MASTR-EMDR* permet d'obtenir des améliorations significatives de la symptomatologie traumatique et des problèmes comportementaux qui y sont associés. Les résultats suggèrent donc que l'utilisation de ce traitement auprès d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles est efficace pour diminuer les problèmes présentés par cette clientèle des Centres jeunesse.

Les résultats de cette étude fournissent des renseignements pertinents qui complètent les résultats des deux études qui avaient démontré l'efficacité de l'*EMDR* auprès d'enfants et d'adultes ayant vécu des agressions sexuelles (Edmond *et al.*, 1999; Jaberghaderi *et al.*, 2004). Dans ces études, tout comme celle-ci, les participants avaient vécu un ou plusieurs épisodes d'agression sexuelle, perpétrés par un ou plusieurs agresseurs, suggérant ainsi que l'*EMDR* est efficace aussi bien pour traiter un seul événement d'agression sexuelle que pour des traumatismes plus complexes ou des traumatismes qui ont été perpétrés sur une certaine période de temps. Ces trois études ont permis d'observer une amélioration des symptômes post-traumatiques, et les deux études qui portaient sur des populations adolescentes font aussi ressortir une amélioration des problèmes comportementaux. De plus, tout comme pour l'étude d'Edmond et Rubin (2004), les effets du traitement *MASTR-EMDR* se maintiennent dans le temps. L'absence d'amélioration à l'échelle de préoccupations sexuelles peut s'expliquer par le questionnement important que vivent tous les jeunes durant l'adolescence à ce sujet.

À ce jour, peu d'études se sont attardées à évaluer avec une méthode adéquate l'impact d'un traitement direct du traumatisme sur les comportements. Toutefois, en plus de la présente étude, deux études confirment que les problèmes de comportement ont diminué à la suite d'un traitement *EMDR* (Datta et Wallace, 1996; Soberman *et al.*, 2002). Une étude récente de Greenwald (sous presse) indique que cibler les traumatismes a un impact positif sur les problèmes de comportement.

Forces et limites de la présente étude

Le schème expérimental de cette étude constitue l'une de ses forces tout comme le fait que le traitement ait été offert par des cliniciens

d'expérience, que l'évaluation du traitement ait été faite de façon indépendante et qu'une évaluation de relance ait été incluse. Une autre contribution de la présente étude est qu'elle est la première à inclure des garçons au sein de l'échantillon, ce qui augmente la généralisation des résultats. Toutefois, la majorité des participants sont des filles, ce qui représente la réalité des agressions sexuelles qui impliquent un nombre plus important de femmes que d'hommes.

Les prochaines études, en plus d'inclure un nombre plus élevé de sujets, devraient également comporter un suivi plus long auprès des participants afin de vérifier dans quelle mesure les symptômes seront présents après une, voire deux années. De plus, comme la clientèle qui a participé à cette étude était prise en charge pour des problèmes de comportement, il serait pertinent d'inclure des mesures de suivi portant sur des actes délinquants en plus d'évaluer les effets du traitement sur les croyances irrationnelles et l'image de soi. Les résultats de la présente étude ne permettent pas de départager l'effet spécifique des composantes du traitement *EMDR* de celles du traitement *MASTR*. Il serait également intéressant de reprendre l'étude en ajoutant quelques sessions supplémentaires de traitement *EMDR* puisque les adolescents présentaient, en plus des incidents d'agressions sexuelles, de nombreux autres traumatismes qui n'ont pu être traités étant donné le temps consacré (cinq sessions) à cette partie du traitement. Finalement, il serait intéressant de vérifier l'impact d'une composante systémique au traitement qui viserait à soutenir le parent ou tuteur dans les difficultés qu'il éprouve à aider le jeune à réguler ses émotions.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A. et Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*. Professional manual. Odessa: Psychological Resources, Inc.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J. et Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 99-112.
- Cinq-Mars, C., Wright, J., Cyr, M. et McDuff, P. (2003). Sexual At-Risk Behaviors of Sexually-Abused Adolescent Girls. *Journal of Sexual Abuse*, 12, 1-18.
- Cyr, M., McDuff, P. et Wright, J. (2006). Prevalence and predictors of dating violence among adolescent female victims of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1-18.
- Cyr, M., McDuff, P., Wright, J., Thériault, C. et Cinq-Mars, C. (2005). Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 49-68.
- Daigneault, I., Cyr, M. et Tourigny, M. (2003). Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement prises en charge par les services de protection de la jeunesse. *Santé mentale au Québec*. XXVIII, 2, 211-232.
- Datta, P. C. et Wallace, J. (1996). *Enhancement of victim empathy along with reduction in anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR*. Paper presented at the *EMDR International Association*, Denver.

L'efficacité de l'approche *MASTR-EMDR*

- Dutra, L., Campbell, L. et Westen, D. (2004). Quantifying Clinical Judgment in the Assessment of Adolescent Psychopathology: Reliability, validity, and factor structure of the Child behavior checklist for clinician report. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 65-85.
- Edmond, T. et Rubin, A. (2004). Assessing the long-term effects of *EMDR*: Results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 69-86.
- Edmond, T., Rubin, A. et Wambach, K. G. (1999). The Effectiveness of *EMDR* with Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Social Work Research*, 23(2), 103-116.
- Friedrich, W. N., Jaworski, T. M., Huxsahl, J. E. et Bengtson, B. S. (1997). Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(2), 155-171.
- Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 5-23.
- Greenwald, R. (sous presse). *Treating Problem Behaviors*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Greenwald, R. et Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61-75.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O. et Dolatabadi, S. (2004). A Comparison of CBT and *EMDR* for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 358-368.
- Jouvin, E., Cyr, M., Thériault, C. et Wright, J. (2001). *Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*. Document inédit: Université de Montréal.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L.M. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Lebeau, T., Lemay, J., Helde, M., Cyr, M. et Farkas, L. (2004). L'impact d'incidents traumatisants sur l'enfant. Traduction du *Lifetime Incidence of Traumatic Events* de Greenwald et Rubin (1999). Centre jeunesse de Lanaudière: Document inédit.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. et Sijtsenaar, M. (1998). Treating phobic children: Effects of *EMDR* versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 193-198.
- Muris, P., Merckelbach, H., van Haften, H. et Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider-phobic children. *British Journal of Psychiatry*, 171, 82-86.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J. et Martin N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes; Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L. et Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y., Chamberland, C. et Robert, M. (2004). Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Puffer, M. K., Greenwald, R. et Elrod, D. E. (1998). A single session *EMDR* study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology*, 3(2), Article 6.
- 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.
- Rubin, A., Bischofshausen, S., Conroy-Moore, K., Dennis, B., Hastie, M., Melnick, L., Reeves, D., et Smith, T. (2001). The effectiveness of *EMDR* in a child guidance center. *Research on Social Work Practice*, 11(4), 435-457.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2^e éd.). New York: The Guilford Press.

- Soberman, G. S., Greenwald, R. et Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 217-236.
- Spaccarelli, S. et Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Thériault, C., Cyr, M. et Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse and Neglect*, 27(11), 1291-1309.
- Tourigny, M., Hébert, M. et Daigneault, I. (2006). L'efficacité d'une intervention de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement et présentant des troubles de comportement. In P. Verlaan et M. Déry (Éds), *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux agir*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Wolfe, D. A., Sas, L. et Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of Posttraumatic Stress Disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18(1), 37-50.
- Wright, J., Friedrich, W. N., Cinq-Mars, C., Cyr, M. et McDuff, P. (2004). Self-destructive and delinquent behaviors of adolescent female victims of sexual abuse : Rates and covariates in clinical and nonclinical samples. *Violence and Victims*, 19, 1-17.

Résumé

Cette étude évalue l'efficacité du traitement manualisé (MASTR-EMDR) auprès d'adolescent(e)s ayant subi des agressions sexuelles. Les trente participants ont été répartis au hasard dans le groupe traitement ou dans le groupe-témoin qui continuait de recevoir les services habituels. Le traitement cible à la fois les problèmes comportementaux des jeunes et la résolution de leurs traumatismes. Les participants ont complété des mesures de comportement et de symptômes post-traumatiques avant et après le traitement et au suivi de 3 mois. Des analyses de type ANCOVA indiquent que les adolescents du groupe traitement présentent une amélioration significative de leur condition et les gains se sont maintenus dans le temps.

Mots clés

adolescents, agression sexuelle, traitement, efficacité, EMDR, MASTR

Abstract

This study aims to assess treatment outcomes of MASTR-EMDR therapy for sexually abused adolescents. Participants (n=30) were randomly assigned to the MASTR-EMDR therapy group or to a group receiving the usual treatment offered by Youth Protection Services. The MASTR component addresses treatment obstacles in youth with behavior problems and EMDR targets trauma resolution. Participants completed questionnaires on posttraumatic symptoms and behavior problems at the start of the study (pre-treatment), after completing either MASTR-EMDR or the routine treatment, and at a 3-month follow-up. Repeated ANCOVA tests showed that MASTR-EMDR is associated with significant improvements compared with a control group and that these effects are maintained over time.

Key words

adolescents, sexual abuse, treatment, effectiveness, EMDR, MASTR

EFFICACITÉ APRÈS SIX MOIS D'UNE THÉRAPIE PSYCHOÉDUCATIVE DE GROUPE POUR ADOLESCENTES AGRESSÉES SEXUELLEMENT¹

**A SIX MONTH FOLLOW-UP STUDY OF PSYCHOEDUCATIVE GROUP THERAPY FOR
SEXUALLY ABUSED FEMALE ADOLESCENTS**

Marc Tourigny²
Université de Sherbrooke

INTRODUCTION

Les agressions sexuelles envers les enfants représentent un problème social important. Le développement de la recherche sur les séquelles des agressions sexuelles commises envers les enfants et la remise en question des approches d'intervention dites traditionnelles ont entraîné le développement d'une grande diversité d'approches en matière de traitement des enfants agressés sexuellement, autant du point de vue des objectifs que du contenu et des modalités thérapeutiques (Putnam, 2003; Tyler, 2002). La thérapie de groupe est une des modalités thérapeutiques les plus populaires et les plus fréquemment utilisées (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 groupe³ 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, 1995; Silvosky et Hambree-Kigin, 1994). Enfin, elle s'avère intéressante pour les adolescents qui en sont à une étape développementale où la présence des pairs est très importante et valorisée (Kruczek et Vitanza, 1999).

1. Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke et du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).
2. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, Chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, 1111, rue St-Charles Ouest, Tour Ouest, 5^e étage, Longueuil (Québec), J4K 5G4. Téléphone : (450) 463-1835, poste 61722. Télécopieur : (450) 463-1839. Courriel : marc.tourigny@usherbrooke.ca
3. Les auteurs ne font pas la distinction entre les différents types de thérapies de groupe qui peuvent exister. Actuellement, comme nous pouvons le constater dans l'article de Paquette, Tourigny et Joly (article publié dans le présent numéro), les orientations théoriques des thérapies de groupe sont plutôt variées et passablement éclectiques. Les constats faits par Kruczek et Vitanza (1999) sont donc d'ordre général et ne tiennent pas compte des orientations théoriques de ces thérapies, ce qui pourrait toutefois s'avérer important à distinguer dans les prochaines études.

Malgré cette prolifération de programmes et l'utilisation répandue de l'intervention de groupe, il existe encore peu d'études évaluatives portant sur cette forme d'intervention (voir Paquette, Tourigny et Joly, dans ce numéro). De fait, seulement trois études ont évalué spécifiquement le maintien des effets d'une thérapie de groupe pour adolescentes agressées sexuellement (Furniss, Bingley-Miller et Van Elburg, 1988; Kruczek et Vitanza, 1999; Lindon et Nourse, 1994).

La présente étude a pour but d'évaluer, six mois après la fin de la thérapie, le maintien des effets d'une intervention en groupe fermé pour adolescentes ayant subi des agressions sexuelles¹. Finalement, elle vise à combler certaines lacunes méthodologiques présentes dans les études précédentes par : 1) l'utilisation d'un groupe de comparaison, 2) l'utilisation d'un large éventail de mesures psychosociales dont certaines sont spécifiques aux agressions sexuelles, et 3) l'utilisation d'analyses statistiques ainsi que de seuils cliniques sur certaines mesures pour examiner les effets de l'intervention.

MÉTHODE

Devis

L'étude initiale repose sur un devis quasi expérimental comportant trois temps de mesure (début du traitement – fin du traitement – six mois après la fin du traitement). Le groupe expérimental se composait de 27 adolescentes qui recevraient une intervention en groupe fermé d'une durée d'environ six mois, à raison de 20 rencontres hebdomadaires de deux heures chacune. Le groupe de comparaison était constitué de 15 adolescentes qui avaient fait une demande de services au Centre d'intervention mais qui n'ont pas reçu de traitement pour l'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 difficultés d'expression des émotions en contexte de groupe ou de gêne excessive).

Au total, 44 adolescentes ont été recrutées, de septembre 1999 à mai 2000, à la suite d'une demande de services au Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF). Seules 2 (4,5 %) des 44 adolescentes approchées ont refusé de participer à l'étude; les 42 autres ont rempli un formulaire de consentement écrit. Dans le cas des adolescentes de moins de 14 ans, le consentement à la fois de

1. Les résultats concernant l'efficacité à la fin de la thérapie ont été publiés précédemment : Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I. et Simoneau, A.-C. (2005). Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 71-93.

l'adolescente et de ses parents étaient demandés. Les entrevues d'une durée d'environ 90 minutes ont été menées par une assistante de recherche formée à cet effet et ont eu lieu soit au CIASF, soit au domicile de l'adolescente. Pour le pré-test et le post-test, le groupe expérimental et le groupe de comparaison étaient constitués respectivement de 27 adolescentes et de 15 adolescentes. Au suivi après six mois, le groupe expérimental était constitué de 18 adolescentes et le groupe de comparaison, de 13 adolescentes. Les adolescentes étaient d'origine canadienne à l'exception d'une seule, d'origine russe. La moyenne d'âge était de 14,6 ans lors du pré-test. Une adolescente sur trois (33,3 %) était placée soit en famille d'accueil, soit en centre d'accueil, alors que 30,9 % vivaient avec leurs deux parents et 26,1 % 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 61,5 % des cas, que les abus étaient fréquents (plus d'une fois par semaine) dans 69,2 % des cas et qu'il y a eu utilisation de la force physique dans 30,8 % des cas. Enfin, 15,4 % des adolescentes ont été agressées par plus d'un agresseur et 12,8 % ont également vécu des abus physiques. En ce qui concerne l'identité de l'agresseur, celui-ci était connu de la victime dans tous les cas sauf un (97,4 %). Il s'agissait d'un adulte dans 82,1 % des cas ; 38,5 % étaient des membres de la famille immédiate et 35,9 % étaient des membres de la famille élargie. Les adolescentes des deux groupes ne diffèrent pas statistiquement en ce qui concerne l'ensemble des variables présentées dans le Tableau 1, sauf pour ce qui est des agressions sexuelles impliquant une pénétration où nous retrouvons une proportion plus élevée d'adolescentes dans le groupe de comparaison [$\chi^2(1, 42) = 4,39, p < .05$].

Mesures

Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques des agressions sexuelles

Tous les questionnaires ont été remplis par les adolescentes, à l'exception du *Sexual Abuse Rating Scale (SARS – Friedrich, 1992)* qui était rempli par l'intervenante du CIASF. Le SARS comporte 23 items dichotomiques qui permettent de documenter différentes caractéristiques de l'agression sexuelle (sévérité, fréquence, caractéristiques de l'agresseur, etc.). Un questionnaire a par ailleurs permis de recueillir les renseignements sociodémographiques suivants : la composition de la famille de l'adolescente, son niveau de scolarité et celui de ses parents, son âge et les personnes avec qui elle habite.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participantes et caractéristiques des agressions sexuelles

Caractéristiques	Échantillon total %	Groupe traitement %	Groupe de comparaison %	Tests statistiques Valeur du Chi2 (dl)
<i>Caractéristiques des participantes</i>				
Âge moyen (années)	n = 42 14,6	n = 27 14,8	n = 15 14,3	F = 1,21; ns
Origine ethnique				
Canadienne	97,7	96,3	100,0	3,11 (1); ns
Russe	2,4	3,7	0,0	
Tuteur de la victime ¹				
Parents	30,9	29,6	33,3	
Mère	26,1	22,2	33,3	
Famille d'accueil	23,8	29,6	13,3	
Centre d'accueil	9,5	11,1	6,7	
Autre	9,5	7,4	13,3	
<i>Caractéristiques liées à l'agresseur</i>				
	n = 39 ²	n = 26	n = 13	
Personne significative				
Oui	89,7	92,3	84,6	0,56 (1); ns
Non	10,3	7,7	15,4	
Adulte (18 ans et plus)				
Oui	82,1	80,8	84,6	0,09 (1); ns
Non	17,9	19,2	15,4	
Famille immédiate				
Oui	38,5	34,6	46,2	0,49 (1); ns
Non	61,5	65,4	53,8	
Famille élargie				
Oui	35,9	34,6	36,2	0,06 (1); ns
Non	64,1	65,4	61,5	
Inconnu				
Oui	2,6	0,0	7,7	2,05 (1); ns
Non	97,4	100,0	92,3	
Plus d'un agresseur				
Oui	15,4	11,5	23,1	0,89 (1); ns
Non	84,6	88,5	76,9	

1 Le test du Chi carré n'est pas valide en raison du nombre de cellules dont le N est plus petit que 5.

2. Les données sont manquantes pour trois adolescentes.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participantes et caractéristiques des agressions sexuelles (suite)

Caractéristiques	Échantillon total %	Groupe traitement %	Groupe de comparaison %	Tests statistiques Valeur du Chi2 (dl)
<i>Caractéristiques des agressions sexuelles</i>	n = 39	n = 26	n = 13	
Avec pénétration				
Oui	61,5	50,0	84,6	4,39* (1)
Non	38,5	50,0	15,4	
Utilisation de la force				
Oui	30,8	30,8	30,8	0,00 (1); ns
Non	69,2	69,2	69,2	
Présence d'abus physique				
Oui	12,8	15,4	7,7	0,46 (1); ns
Non	87,2	84,6	92,3	
Plus d'une fois par semaine				
Oui	69,2	73,1	61,5	0,54 (1); ns
Non	30,8	26,9	38,5	

* $p < .05$ **Santé psychologique des adolescentes**

Le *Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC – Briere, 1996)* mesure différents symptômes de détresse post-traumatique chez des enfants de 8 à 17 ans ayant vécu un événement traumatisant. Il comprend six échelles cliniques portant sur 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. Un score plus élevé indique une présence plus grande de symptômes. La consistance interne des six échelles cliniques est adéquate (alpha de Cronbach variant de .77 à .89) (Briere, 1996).

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 de la fréquence chez lui de différents comportements liés à l'anxiété, à la dépression, à la somatisation, au retrait social, à l'agressivité, à la délinquance, à l'organisation de la pensée, à l'attention et à 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 différents comportements liés à l'intériorisation et ceux liés à l'extériorisation. Un score élevé indique une

fréquence plus importante des problèmes de comportement. Pour une période de sept jours, la stabilité de ces échelles varie de .67 à .91 selon l'échelle et l'âge des adolescents (Achenbach, 1991).

Le *Ways of Coping Questionnaire* (version abrégée et francisée – Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer et Wright, 1995; Knussen, Sloper, Cunningham et Turner, 1992) évalue les stratégies d'adaptation utilisées par les adolescents et les 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 réévaluation 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 », permettent 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 que l'on pense avoir auprès des autres. Pour la mesure globale, plus le score est élevé, plus l'adolescente se présente comme ayant des attitudes et des perceptions négatives. La consistance interne des sous-échelles varie de .64 à .73 et leur stabilité varie de .60 à .82 (Mannarino, Cohen et Berman, 1994).

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 comportements d'autodestruction* de Sadowsky (1995). Il mesure la présence au cours des trois derniers mois de 21 comportements d'autodestruction, dont les comportements automutilatoires, les comportements suicidaires, les troubles alimentaires et les conduites dangereuses risquant de provoquer des blessures. Un score total pour l'ensemble des comportements sera utilisé aux fins de l'étude. De plus, un instrument comportant 16 items a été développé pour cette étude afin d'évaluer les comportements délinquants et criminels.

Le *Child's Attitude toward the Mother* et le *Child's Attitude toward the Father (CAM/CAF)* – Giuli et Hudson, 1977) mesurent la perception de l'adolescente concernant la qualité de la relation qu'elle vit avec chacun de ses parents. Chacun des questionnaires 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'adolescente vit un stress sévère et qu'il est possible qu'elle utilise ou pense à utiliser la violence pour faire face aux problèmes. Giuli et Hudson (1977) rapportent pour ces tests une cohérence interne respective de .94 et de .95.

Une mesure du sentiment de pouvoir comportant 23 items a également été utilisée (Rogers, Chamberlin, Ellison et Crean, 1997). L'instrument comprend quatre sous-échelles soit : l'optimisme, 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 quatre points. Plus le score est élevé, 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 .86 pour cette mesure.

L'intervention de groupe

Le modèle d'intervention de groupe fermé qui est ici évalué est utilisé depuis septembre 1999 par le CIASF. Les services s'adressent aux adolescents de 13 à 17 ans ayant vécu une agression sexuelle intra-familiale (famille nucléaire ou élargie) ou extra-familiale, qui ne présentent pas de limitations mentales sévères, qui sont volontaires, qui sont en mesure de partager leurs sentiments devant des pairs et qui sont capables de s'exprimer en français.

Les interventions de groupe sont menées par deux intervenants psychosociaux (généralement un homme et une femme). Le groupe, composé de six à huit participantes, se rencontre pendant six mois sur une base hebdomadaire, ce qui représente environ 20 rencontres, à raison de deux heures par rencontre. L'intervention de nature psychoéducatrice comporte diverses activités thérapeutiques comme des discussions de groupe, des témoignages, des exercices individuels et de groupe ainsi que de l'enseignement magistral. Les objectifs thérapeutiques sont : 1) de réduire les effets négatifs et traumatisants de l'agression sexuelle (anxiété, dépression, baisse de l'estime de soi, problèmes de comportement, difficultés liées à la sexualité, agressivité, stress post-traumatique, difficultés d'ordre scolaire), 2) de briser l'isolement par la création de liens avec les autres participantes, 3) de déculpabiliser l'adolescente par rapport aux agressions sexuelles vécues, et 4) d'aider les participantes à utiliser leurs ressources personnelles et à développer des habiletés qui leur permettront de mieux gérer les conséquences de l'agression sexuelle.

Le niveau de participation aux rencontres de groupe de chacune des adolescentes varie de 65,3 % à 100 %. En moyenne, les adolescentes ont

participé à 90,4 % des rencontres de leur groupe, ce qui représente 17,3 rencontres en moyenne par adolescente (étendue de 13 à 20).

RÉSULTATS

Dans un premier temps, au pré-test, des tests *t* ont été réalisés afin de vérifier si les deux groupes, expérimental et de comparaison, étaient comparables en regard de l'ensemble des mesures. Les résultats montrent qu'à l'exception de quatre variables, les adolescentes des deux groupes présentaient des profils semblables. Les différences statistiques observées se retrouvent en ce qui a trait aux comportements anorexiques [$F(1,40) = 4,60; p < .05$], aux distorsions cognitives liées à la confiance interpersonnelle [$F(1,40) = 4,76; p < .05$], et à deux stratégies d'adaptation, soit la recherche de soutien [$F(1,40) = 22,41; p < .001$] et la réévaluation [$F(1,40) = 18,76; p < .001$]. Les différences vont toutes dans le même sens, à savoir que les adolescentes du groupe de comparaison présentent davantage de difficultés à ces plans que les adolescentes qui ont participé à la thérapie psychoéducatrice de groupe.

Étant donné le taux d'attrition non négligeable entre le pré-test et le suivi six mois après la fin de la thérapie, nous avons vérifié si les adolescentes qui ne sont plus présentes au suivi se distinguaient par certaines caractéristiques de celles qui ont participé au suivi. Des analyses statistiques réalisées sur l'ensemble des mesures dépendantes montrent que rien ne distingue les adolescentes ayant abandonné en cours de recherche de celles qui ont maintenu leur participation.

Changements statistiques

Des analyses de covariance à mesures répétées (avec le score au pré-test utilisé comme covariable) ont ensuite été effectuées afin de déterminer si les adolescentes du groupe de thérapie présentaient une plus grande amélioration que celles du groupe de comparaison, et ce, six mois après la fin de la thérapie psychoéducatrice de groupe. Le Tableau 2 montre que les adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe ont connu une évolution plus positive que celles du groupe de comparaison pour ce qui est de la grande majorité des effets à l'étude à l'exception de la perception de la qualité de la relation avec la mère [$F(1,24) = 2,52; p = .126$] et de cinq autres sous-échelles. Ainsi, les adolescentes ayant participé au traitement de groupe bénéficient de réductions significatives plus importantes en regard : 1) du stress post-traumatique, et ce, pour toutes les échelles du TSCC, 2) des distorsions cognitives, et ce, tout spécialement en ce qui a trait à la confiance interpersonnelle et au sentiment de responsabilisation, 3) des problèmes de comportement extériorisés et intériorisés et 4) des comportements délinquants et autodestructeurs.

Tableau 2 Efficacité de l'intervention de groupe six mois après la fin de l'intervention

Effets mesurés	Groupe de comparaison				Groupe traitement				ANCOVA
	Pré	Suivi	S. ajust.		Pré	Suivi	S. ajust.		
	M	M	M	ÉT	M	M	M	ÉT	
<i>Symptômes de stress post-traumatique</i>									
Score total	65,3	66,0	66,7	3,0	67,8	39,1	38,6	2,4	$F(1,27) = 52.71; p < .001$
Anxiété	11,8	12,7	12,9	0,6	12,9	8,2	8,0	0,5	$F(1,27) = 39.07; p < .001$
Dépression	14,9	13,0	12,6	0,7	13,2	7,2	7,5	0,6	$F(1,27) = 33.34; p < .001$
Dissociation	10,3	9,0	9,3	0,6	11,6	5,7	5,5	0,5	$F(1,27) = 22.72; p < .001$
Stress post-traumatique	15,0	17,4	17,6	0,7	16,1	9,6	9,4	0,6	$F(1,27) = 77.51; p < .001$
Colère	9,8	10,0	10,0	0,9	9,6	6,0	6,0	0,7	$F(1,27) = 12.54; p = .001$
Préoccupations sexuelles	6,6	7,8	7,9	0,8	7,6	4,2	4,1	0,6	$F(1,27) = 14.68; p = .001$
<i>Distorsions cognitives à la suite d'agressions sexuelles</i>									
Score total	53,9	54,3	53,7	1,1	51,9	47,0	47,4	0,9	$F(1,28) = 19.44; p < .001$
Est différent des autres	12,6	13,2	13,4	0,6	13,2	13,4	13,3	0,5	$F(1,28) = 0.01; n.s.$
Confiance interpersonnelle	16,4	17,4	17,2	0,5	15,5	13,7	13,9	0,5	$F(1,28) = 22.90; p < .001$
Responsabilisation	10,7	10,8	10,6	0,4	10,3	8,3	8,4	0,4	$F(1,28) = 15.05; p = .001$
Crédibilité par rapport aux autres	14,2	12,9	12,5	0,3	12,9	11,6	11,9	0,3	$F(1,28) = 1.54; n.s.$
<i>Comportements autodestructeurs</i>	6,1	4,8	4,5	0,5	4,7	4,5	1,7	0,4	$F(1,28) = 20.94; p < .001$
<i>Comportements délinquants</i>	0,6	0,2	0,5	0,2	0,8	0,1	0,0	0,1	$F(1,28) = 6.35; p = .018$
<i>Stratégies d'adaptation</i>									
Recherche de soutien	5,6	4,7	5,0	0,5	7,4	12,1	11,8	0,4	$F(1,28) = 100.41; p < .001$
Réévaluation	7,6	6,0	6,8	0,9	10,7	12,9	12,4	0,7	$F(1,28) = 23.52; p < .001$
Évitement	10,6	11,8	11,5	0,6	9,7	8,2	8,5	0,5	$F(1,28) = 13.63; p = .001$

Tableau 2 Efficacité de l'intervention de groupe six mois après la fin de l'intervention (suite)

Effets mesurés	Groupe de comparaison				Groupe traitement				ANCOVA
	Pré	Suivi	S. ajust.		Pré	Suivi	S. ajust.		
	M	M	M	SD	M	M	M	SD	
<i>Qualité relation mère/fille</i>	35,8	42,6	42,7	3,8	36,1	34,7	34,6	3,4	$F(1,24) = 2,52; n.s.$
<i>Qualité relation père/fille</i>	40,5	44,2	37,5	3,5	19,5	18,3	25,0	3,5	$F(1,17) = 5,81; p = .02$
<i>Sentiment de pouvoir (empowerment)</i>									
Score total	2,6	2,8	2,8	0,0	2,6	2,6	2,6	0,0	$F(1,26) = 15,46; p = .001$
Optimisme	2,8	3,0	3,0	0,1	2,9	2,7	2,7	0,1	$F(1,26) = 4,35; p = .047$
Colère justifiée	2,2	2,5	2,5	0,8	2,3	2,5	2,5	0,9	$F(1,25) = 0,06; n.s.$
Efficacité personnelle	2,8	3,0	3,0	0,1	2,7	2,6	2,6	0,1	$F(1,25) = 10,92; p = .003$
Impuissance	2,4	2,6	2,6	0,1	2,4	2,4	2,4	0,1	$F(1,26) = 3,92; p = .058$
<i>Problèmes de comportement</i>									
Score total	95,0	66,0	64,9	3,2	88,6	93,5	95,0	3,7	$F(1,28) = 37,14; p < .001$
Comportements intériorisés	29,5	17,5	17,3	1,6	27,7	31,5	32,0	1,9	$F(1,28) = 37,25; p < .001$
Retrait social	7,3	4,7	4,6	0,4	6,8	8,6	8,8	0,5	$F(1,28) = 48,41; p < .001$
Somatisation	7,1	2,7	2,8	0,6	7,6	6,2	6,1	0,7	$F(1,28) = 14,26; p = .001$
Anxiété	16,2	10,8	10,4	1,7	14,3	18,5	19,0	1,4	$F(1,28) = 21,77; p < .001$
Comportements extériorisés	16,5	11,6	11,0	1,3	14,2	17,4	18,2	1,5	$F(1,28) = 12,97; p = .001$
Délinquance	5,3	3,7	3,6	0,5	5,1	5,8	5,8	0,6	$F(1,28) = 7,66; p = .010$
Agressivité	11,2	7,9	7,5	0,9	9,1	11,6	12,3	1,1	$F(1,28) = 10,92; p = .003$
Problèmes sociaux	4,1	3,1	3,0	0,4	3,5	3,8	3,9	0,5	$F(1,28) = 1,80; n.s.$
Problèmes d'attention	7,8	6,0	5,7	0,5	5,8	7,8	8,3	0,6	$F(1,28) = 10,93; p = .003$
Problèmes de la pensée	3,4	0,8	0,9	0,2	4,4	1,6	1,5	0,3	$F(1,28) = 2,35; n.s.$

On note également des améliorations significatives plus importantes chez les adolescentes du groupe expérimental en regard : 1) de la perception de l'adolescente concernant la qualité de sa relation avec son père, 2) des stratégies d'adaptation puisque les adolescentes ayant reçu l'intervention de groupe utilisent davantage la recherche de soutien et la réévaluation du problème et moins l'évitement comme stratégies d'adaptation, et 3) du sentiment global de pouvoir sur leur vie, et ce, principalement pour ce qui est des sous-échelles d'optimisme et de sentiment d'efficacité personnelle.

Changements cliniques

Le Tableau 3 présente la proportion d'adolescentes qui vivaient un problème d'ordre clinique au début de la thérapie et six mois après la fin de celle-ci. Les résultats montrent que, dans le groupe des adolescentes ayant participé à la thérapie, la proportion des adolescentes qui atteignaient le score clinique a diminué pour chacun des effets mesurés sauf pour la relation mère-fille où la proportion est restée stable. À l'inverse, dans le groupe de comparaison, la proportion des adolescentes présentant un score clinique a augmenté pour la plupart de ces effets, à l'exception de la dépression, de la dissociation, des préoccupations sexuelles et des problèmes de la pensée, où l'on constate une réduction de cette proportion, ainsi que de l'anxiété, des problèmes d'attention et de la perception de la relation avec la mère, où la proportion d'adolescentes ayant un score clinique est demeurée stable. Ces changements cliniques vont dans le même sens que les changements statistiques décrits précédemment et confirment le maintien des effets du traitement de groupe six mois plus tard.

DISCUSSION

La thérapie psychoéducative de groupe fermé pour adolescentes victimes d'agression sexuelle mène à des améliorations six mois après la fin de la thérapie. En effet, les analyses de covariance à mesures répétées montrent une meilleure évolution dans le groupe expérimental que dans le groupe de comparaison, et ce, pour presque tous les effets mesurés. De plus, la proportion d'adolescentes atteignant un score clinique dans le groupe expérimental est réduite pour presque toutes les mesures, tandis que cette proportion augmente considérablement dans le groupe de comparaison, avec quelques exceptions où cette proportion demeure stable ou diminue.

En 2005, Tourigny, Hébert, Daigneault et Simoneau ont rapporté des améliorations statistiquement significatives de la condition des adolescentes à la fin de la thérapie psychoéducative de groupe fermé à

Tableau 3 Proportion des adolescentes au-dessus du seuil clinique au pré-test et au suivi à 6 mois

<i>Effets mesurés</i>	Groupe expérimental		Groupe comparaison	
	T1 (%)	T3 (%)	T1 (%)	T3 (%)
<i>Symptômes de stress post-traumatique</i>				
Anxiété	38,9	22,2	33,3	33,3
Dépression	44,4	5,6	41,7	16,7
Dissociation	27,8	0,0	25,0	0,0
Stress post-traumatique	22,2	0,0	8,3	16,7
Colère	16,7	0,0	0,0	8,3
Préoccupations sexuelles	38,9	0,0	41,7	33,3
<i>Problèmes de comportement</i>				
Score total	44,4	16,7	61,5	76,9
Comportements intériorisés	50,0	33,3	76,9	84,6
Retrait social	33,3	0,0	53,8	61,5
Somatisation	16,7	0,0	38,5	61,5
Anxiété	27,8	11,1	23,1	84,6
Comportements extériorisés	44,4	22,2	23,1	53,8
Délinquance	0,0	0,0	7,7	15,4
Agressivité	5,6	0,0	0,0	30,8
Problèmes sociaux	27,8	5,6	7,7	23,1
Problèmes d'attention	5,6	0,0	0,0	0,0
Problèmes de la pensée	22,2	0,0	15,4	0,0
<i>Relation mère/fille</i>	40,0	40,0	50,0	66,7
<i>Relation père/fille</i>	30,0	20,0	70,0	70,0

laquelle elles avaient participé. Toutefois, dans le cadre de la présente étude, le suivi effectué auprès du groupe expérimental six mois après la fin de la thérapie a également montré des améliorations statistiquement significatives en regard de cinq mesures pour lesquelles de telles améliorations n'avaient pas été constatées à l'évaluation post-traitement, soit les préoccupations sexuelles, l'anxiété, la délinquance, l'agressivité et l'évitement. Cela suggère que, pour certaines adolescentes, les améliorations se poursuivent après la fin de la thérapie. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les participantes continuent d'utiliser les techniques acquises durant la thérapie et les étendent à d'autres situations après la fin de la thérapie. Il faut, au contraire, noter que chez les adolescentes qui n'ont pas participé à la thérapie de groupe, on constate une détérioration de leur état psychosocial dans le temps.

Ces résultats corroborent ceux d'autres études ayant cherché à déterminer si les effets produits par des thérapies de groupe se maintenaient dans le temps. En effet, Kruczek et Vitanza (1999) ont également constaté des améliorations significatives en regard des stratégies d'adaptation des adolescentes victimes d'agression sexuelle après le traitement et lors d'un suivi à trois mois. Furniss *et al.* (1988) ainsi que Lindon et Nourse (1994) concluent aussi dans leurs études que les effets d'un groupe de thérapie se maintiennent. Ces deux dernières études présentaient toutefois plusieurs limites méthodologiques (échantillons de petite taille de neuf et six participantes respectivement, absence d'analyse statistique, mesures non validées).

Certaines limites sont également présentes dans cette étude-ci. Premièrement, le taux d'attrition est considérable alors que 11 des 42 participantes (26,2 %) n'ont pu être jointes¹ lors du suivi à six mois. Toutefois, ces participantes ne diffèrent pas, statistiquement, des participantes demeurées dans l'étude du point de vue des variables dépendantes. Deuxièmement, les groupes n'ont pas été constitués de façon aléatoire. En effet, la réalisation d'un devis expérimental avec répartition aléatoire s'est avérée impossible principalement parce que le Centre d'intervention souhaitait démarrer la thérapie de groupe le plus rapidement possible, de sorte qu'aussitôt qu'un nombre minimum d'adolescentes a été atteint, la thérapie de groupe a débuté. Une répartition aléatoire aurait retardé la dispensation des services aux adolescentes. De plus, une non prise en charge d'un groupe soulève des questions éthiques importantes. Bien qu'aucune différence significative n'émerge au pré-test en regard des variables sociodémographiques, des caractéristiques des agressions sexuelles ainsi que des variables portant sur l'état psychologique des adolescentes, les deux groupes peuvent différer du point de vue de certaines autres caractéristiques (par exemple, la motivation au changement), ce qui expliquerait les résultats obtenus. Troisièmement, toutes les mesures utilisées dans le cadre de cette étude sont des mesures auto-administrées complétées par les adolescentes. L'utilisation de plusieurs sources de données (parents et professeurs) pourrait éventuellement fournir un portrait plus complet et d'une plus grande validité. Toutefois, cette étude est la seule à examiner le maintien des effets d'un traitement de groupe pour adolescentes agressées sexuellement lors d'un suivi après six mois, et ce, à l'aide d'un groupe de comparaison. Elle utilise également une variété de mesures ciblant directement les conséquences des agressions sexuelles et documente le taux de participation des adolescentes à l'intervention de groupe.

1. Les raisons pour lesquelles certaines adolescentes n'ont pu être jointes sont liées à des changements d'adresse qui ont fait en sorte que nous n'avons pas pu contacter l'adolescente ou à un refus de participer à la troisième entrevue, principalement par manque de disponibilité ou d'intérêt.

Références

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- 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.
- Friedrich, W. N. (1995). *Psychotherapy with sexually abused boys : An integrated approach*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Friedrich, W. N. (1992). *Sexual abuse rating scale*. Document inédit. Rochester, MN : Department of Pedopsychiatry, Mayo Clinic.
- Furniss, T., Bingley-Miller, L. et Van Elburg, A. (1988). Goal-oriented group treatment for sexually abused adolescent girl. *British Journal of Psychiatry*, 152, 97-106.
- 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.
- 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.
- 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.
- Paquette, G., Tourigny, M. et Joly, J. (2008). Recension systématique des programmes d'intervention de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement. *Revue québécoise de psychologie*, 29(3), 85-99.
- 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., Ellison, M. L. et Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Sadowsky, C. M. (1995). *Self-Injurious Behaviours Questionnaire*. Document inédit. Rochester, MN : Mayo Clinic.
- 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.
- 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., Hébert, M., Daigneault, I. et Simoneau, A.-C. (2005). Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 71-93.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse : A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.

Résumé

L'objectif de la présente étude est d'examiner si les effets d'une thérapie psychoéducatrice de groupe fermé sont toujours présents six mois après la fin de la thérapie. Dix-huit adolescentes agressées sexuellement ayant participé à une thérapie psychoéducatrice de groupe de 20 rencontres hebdomadaires ont été comparées à 13 adolescentes n'ayant pas participé à une thérapie de groupe. Les résultats des analyses révèlent qu'entre le début de la thérapie et six mois après la fin de la thérapie, les adolescentes ayant

Mots clés

agression sexuelle, adolescente, thérapie de groupe, efficacité

participé à la thérapie démontrent des améliorations statistiques et cliniques quant à la grande majorité des variables de l'étude.

Abstract

The present study aims to evaluate the gains achieved in a closed-group psychoeducative therapy for sexually abused female adolescents six months after treatment termination. Eighteen sexually abused female adolescents who took part in 20 weekly closed-group therapy sessions were compared to 13 sexually abused female adolescents who did not participate. The two groups were compared at pre-test and six months after treatment termination. The experimental group showed statistically significant as well as clinical improvements over the control group on almost all outcome measures.

Key words

sexual abuse, female adolescent, group therapy, effectiveness

CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À L'ABANDON DE LA THÉRAPIE DE GROUPE PAR DES ADOLESCENTES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH GROUP THERAPY DROPOUT FOR SEXUALLY ABUSED FEMALE ADOLESCENTS

Isabelle Boisvert
Université de Sherbrooke

Marc Tourigny¹
Université de Sherbrooke

Geneviève Paquette
Université de Sherbrooke

INTRODUCTION

L'abandon avant la fin d'un traitement thérapeutique est reconnu pour être un obstacle significatif à l'efficacité de la thérapie. Par exemple, les enfants qui présentent des troubles de comportement et qui abandonnent prématurément un traitement démontrent moins d'améliorations cliniques que ceux qui poursuivent le traitement, et ce, indépendamment de l'efficacité de la thérapie (Davis, Hooke et Page, 2006). Le présent article vise donc à déterminer, dans le cadre d'une étude prospective longitudinale, les caractéristiques prédisant l'abandon d'une thérapie de groupe chez des adolescentes victimes d'agression sexuelle.

Le terme « chaos définitionnel » a été utilisé pour caractériser la littérature portant sur le phénomène complexe de l'abandon d'un traitement (Armbruster et Kazdin, 1994). Selon Abella et Manzano (2000), la définition de l'abandon varie considérablement, entre autres en fonction du moment où survient celui-ci dans le processus thérapeutique. Toutefois, la définition de l'abandon la plus admise dans la littérature et aussi utilisée pour cette étude, stipule qu'une personne qui abandonne une thérapie est celle qui arrête le traitement de sa propre initiative après l'avoir entrepris, et ce, sans que le thérapeute n'approuve cette décision ou qu'il n'ait annoncé la fin du traitement (Garfield, 1994).

Malgré les problèmes liés à la définition de l'abandon d'un traitement thérapeutique et le peu d'études portant sur ce phénomène chez les enfants et les adolescents (soit seulement 1 à 2 % de la totalité des études portant sur le sujet), l'abandon en cours de traitement représente un problème prévalent (Pekarik et Stephenson, 1988). En effet, dans une recension des écrits sur les abandons en cours de psychothérapie chez

1. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 1111, rue St-Charles Ouest, Tour Ouest, 5^e étage, Longueuil (Québec), J4K 5G4. Téléphone : (450) 463-1835, poste 61722. Télécopieur : (450) 463-1839. Courriel : marc.tourigny@usherbrooke.ca

Caractéristiques associées à l'abandon

les enfants souffrant de troubles psychiatriques, Abella et Manzano (2000) rapportent que les taux d'abandon varient de 20 % à 75 % selon, entre autres, la définition utilisée. Des taux d'abandon similaires sont également rapportés dans la méta-analyse de Wierzbicki et Pekarik (1993) qui enregistrent des taux allant de 40 % à 60 % chez des enfants et des adolescents recevant des services pour un problème de santé mentale. Les taux d'abandon rapportés dans la littérature concernant les thérapies pour enfants et adolescents victimes d'agression sexuelle sont également élevés. Deux récentes recensions des écrits scientifiques portant sur l'efficacité des thérapies individuelles et des thérapies de groupe pour les enfants et adolescentes victimes d'agression sexuelle (Paquette, Tourigny et Joly, numéro en cours; Simoneau, Hébert et Tourigny, sous presse) rapportent des taux d'abandon variant de 0 % à 64 % ($M =$ environ 25 %).

Si l'ampleur du problème est de mieux en mieux documentée, peu de modèles explicatifs ont, jusqu'à maintenant, été développés pour comprendre le phénomène. Kazdin et ses collègues (Kazdin, Holland et Crowley, 1997; Kazdin et Wassel, 1999) ont développé un modèle spécifique à la thérapie cognitive pour enfants agressifs, oppositionnels ou présentant des comportements antisociaux. Ce modèle vise à mieux comprendre les caractéristiques associées à l'abandon en cours de traitement. Il en ressort que l'échec de la famille à s'engager dans un traitement thérapeutique n'est pas simplement vu comme un manque de motivation de la part du client mais résulterait de l'effet conjugué de multiples obstacles au traitement, ce qui augmente le risque d'abandon (Kazdin *et al.*, 1997). Les différentes barrières sont classées en quatre domaines principaux : a) les obstacles d'ordre pratique (transport, temps, gardiennage), b) la perception que le traitement correspond peu aux problèmes de l'enfant, c) la perception que le traitement demande trop d'efforts et d) la faible alliance avec le thérapeute (Kazdin *et al.*, 1997).

L'état embryonnaire de ce domaine de recherche ne permet pas de valider ce modèle actuellement. En effet, dans leur recension des écrits scientifiques portant sur l'abandon en cours de psychothérapie chez les enfants souffrant de troubles psychiatriques, Abella et Manzano (2000) concluent que les résultats des différentes recherches sont souvent contradictoires, ou du moins non concluants, si bien qu'à l'heure actuelle, nous ne connaissons pas les caractéristiques des enfants interrompant précocement leur traitement ainsi que les conditions dans lesquelles la rupture se produit. Jusqu'à maintenant, seules trois études (Deblinger, 1994; Marx, 2004; Stauffer et Deblinger, 1993) se sont attardées spécifiquement au phénomène de l'abandon chez des enfants victimes d'agression sexuelle et une seule, celle de Marx (2004), avait spécifiquement pour objectif de déterminer les caractéristiques pouvant prédire l'abandon. Cette étude, réalisée auprès de 134 enfants agressés

sexuellement, n'a révélé aucun lien significatif entre le genre, l'origine ethnique, le stress parental et la complétion d'un traitement de type cognitivo-comportemental. Quant à Deblinger (1994) et à Stauffer et Deblinger (1993), ils ont identifié le fait que l'abandon d'une thérapie de type cognitivo-comportemental survient plus fréquemment chez les garçons, les enfants présentant peu de symptômes et les familles d'origine ethnique minoritaire. Les principales limites de ces études sont l'utilisation d'analyses univariées ne permettant pas à elles seules de déterminer les caractéristiques pouvant prédire l'abandon ainsi que l'inclusion d'un nombre très limité de variables à l'étude, ce qui peut conduire à une vision partielle du problème.

Compte tenu du taux élevé d'abandon en cours de traitement chez les enfants/adolescents victimes d'agression sexuelle et du peu d'études ayant été réalisées sur ce thème, mieux comprendre les différences entre les adolescentes qui complètent le traitement et celles qui l'abandonnent nous paraît essentiel. L'avancement des connaissances dans ce domaine contribuerait à améliorer la rétention en cours de traitement et à mieux adapter les services aux besoins des adolescentes (Edlund, Wand, Berglund, Katz, Lin et Kebler, 2002).

Le lien entre l'abandon du traitement et les différentes caractéristiques des agressions sexuelles sera exploré, ainsi que les caractéristiques individuelles de type sociodémographiques. L'objectif sera de vérifier les constatations préalablement émises par différents chercheurs qui stipulent que ces variables ne prédisent pas avec succès l'abandon d'une thérapie. De plus, les caractéristiques individuelles se rapportant à la symptomatologie et au fonctionnement de la pensée seront étudiées pour tenter de déterminer si ces deux aspects peuvent influencer l'abandon en cours de traitement. Enfin, bien que les adolescentes dépendent moins de leurs parents que les enfants en raison de leur plus grande autonomie, les événements de vie affectant la famille ainsi que la qualité de la relation mère-adolescente pourraient avoir une influence sur le soutien parental fourni à l'adolescente et, par conséquent, sur la poursuite ou non d'un traitement thérapeutique.

DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Recrutement

L'échantillon compte 116 adolescentes âgées de 12¹ à 17 ans ($M = 14,63$) et réparties dans 17 groupes de thérapie pour adolescentes ayant vécu une agression sexuelle de type intrafamilial ou extrafamilial. Ces adolescentes ont été recrutées entre 1998 et 2005 à la suite d'une

1. Exceptionnellement, une adolescente de 11 ans a été admise dans un groupe de thérapie car elle allait avoir 12 ans pendant le déroulement de la thérapie.

Caractéristiques associées à l'abandon

référence à un des centres suivants : le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille de Gatineau (CIASF; n = 58), le Centre jeunesse de la Mauricie – Centre-du-Québec (CJMCCQ; n = 36) et le Centre jeunesse de l'Estrie (CJE; n = 22). Le taux de participation des adolescentes à l'étude est supérieur à 95 % pour les trois sites de collecte de données. Quant à elle, l'intervention s'est faite dans le cadre d'un groupe fermé composé de 3 à 10 participantes, à l'exception d'un groupe de thérapie ouvert auquel 15 adolescentes ont participé. Le traitement proposé durait de 8 à 22 semaines, à raison de deux heures par semaine. L'intervention de nature psychoéducatrice comportait diverses activités thérapeutiques comme des discussions, des témoignages, des exercices individuels, des exercices de groupe et de l'enseignement magistral. Le taux d'abandon moyen est de 19,8 %, variant de 15,5 % à 27,8 % pour les trois centres. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les taux d'abandon des trois sites [$\chi^2(2, 116) = 2,15; p = .34$]. Les adolescentes ayant complété le traitement et celles l'ayant abandonné ont, en moyenne, participé respectivement à 15 rencontres ($\bar{ET} = 3,76$) et à 4 rencontres ($\bar{ET} = 2,71$).

La définition de l'abandon utilisée dans le cadre de notre étude est inspirée de celle de Garfield (1994) qui stipule qu'une personne abandonnant une thérapie est celle a) qui accepte de suivre la thérapie, b) qui participe à au moins une rencontre de thérapie, c) qui arrête le traitement de sa propre initiative en ne se présentant pas aux rencontres subséquentes qui avaient été prévues, et ce, avant d'atteindre la moitié des rencontres et d) sans que le thérapeute n'approuve cette décision ou qu'il ait déclaré que le traitement était terminé. En ce qui concerne la passation des questionnaires, tous les questionnaires ont été remplis par les adolescentes à l'exception du *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS; Friedrich, 1992) qui était rempli par la thérapeute ou complété par une assistante de recherche à partir de l'examen du dossier de l'adolescente. D'une durée approximative de 90 minutes, la passation a été réalisée soit au centre de traitement, soit au domicile de l'adolescente par une assistante de recherche formée.

Mesures

Caractéristiques des agressions sexuelles

Le SARS (Friedrich, 1992) comporte 23 énoncés à réponses dichotomiques (oui/non) qui permettent de documenter les différentes caractéristiques de l'agression sexuelle, soit la nature, la fréquence, l'usage de la force ou de la violence physique par l'agresseur, la durée ainsi que les caractéristiques de l'agresseur (personne significative, membre de la famille immédiate, plusieurs agresseurs).

Caractéristiques individuelles (sociodémographiques et symptomatologie)

Un questionnaire de renseignements sociodémographiques portant sur l'âge, l'origine ethnique, la scolarité ainsi que la composition de la famille a été administré à chaque adolescente. Le *Youth Self-Report and Profile* (YSR; Achenbach, 1991) est la version pour adolescents (11 à 18 ans) du *Child Behavior Checklist* (CBCL). L'instrument compte 112 énoncés qui évaluent, à partir de la perception de l'adolescente, la fréquence d'un comportement donné au cours des six derniers mois, selon une échelle en trois points. Les comportements sont divisés en deux grandes échelles : les comportements intériorisés (retrait social, somatisation, anxiété et dépression) et les comportements extériorisés (comportements agressifs et comportements délinquants). Les trois autres sous-échelles (problèmes sociaux, problèmes de la pensée et problèmes d'attention) ne sont pas catégorisées parmi les problèmes intériorisés ou extériorisés. Le fonctionnement comportemental et émotionnel global est mesuré sous forme de score total. L'instrument permet la comparaison avec un seuil clinique établi pour chacune des sous-échelles, selon les normes fournies par Achenbach (1991). Un score égal ou supérieur au seuil clinique indique que l'adolescente se situe dans les 2 % des jeunes les plus en difficulté pour la dimension évaluée selon les normes établies par Achenbach (1991). La consistance interne des différentes échelles du YSR traduit en français se situe entre .83 et .92 (Wyss, Voelker et Cornock, 2003). Pour sa part, le *Ways of Coping Questionnaire* (version abrégée et francisée – 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 et les adultes. Il comprend 21 énoncés qui permettent de noter la fréquence d'utilisation d'un comportement donné sur une échelle en quatre points. L'instrument mesure trois types de stratégies d'adaptation, soit la recherche de soutien social, la réévaluation positive/négative des problèmes et l'évitement. Des coefficients de consistance interne variant de .61 à .81 ont été obtenus auprès d'échantillons d'adolescents québécois (Fortin, Royer, Marcotte et Potvin, 2005).

Caractéristiques familiales

Le *Child's Attitude toward the Mother* (CAM) mesure la perception de l'adolescente concernant la qualité de la relation qu'elle entretient avec sa mère (Giuli et Hudson, 1977; traduit par Pausé, Toupin et Déry, 1993). Il comporte 25 questions et le score global permet de déterminer la présence ou l'absence de conflits dans la relation adolescent-parent. Giuli et Hudson (1977) mentionnent une cohérence interne de .94 ainsi qu'une fidélité test-retest à une semaine d'intervalle de .89. Les adolescentes ont également décrit l'occurrence de 20 événements de vie stressants (comme la maladie, l'alcoolisme des parents, le décès d'un proche, la violence physique et verbale à leur endroit) à l'aide du *Questionnaire on Events*

Caractéristiques associées à l'abandon

from *Childhood and Adolescence (QECA)*; adapté par Thériault, Cyr et Wright, 1996). Le nombre total d'événements stressants vécus et le niveau de bouleversement moyen découlant de ces événements ont été utilisés pour les analyses statistiques.

Stratégies d'analyse

Des analyses statistiques univariées (tests *t* et khi-carré) ont été réalisées afin de vérifier si les adolescentes ayant abandonné le traitement se distinguaient de celles ayant complété le traitement, et ce, pour les caractéristiques des agressions sexuelles, les caractéristiques individuelles des adolescentes et celles de leur famille. Une analyse de régression logistique (méthode *Forward : LR*) a ensuite été effectuée dans le but de déterminer, par sélection successive des variables, celles qui sont les plus associées à l'abandon du traitement. Tel que suggéré par Hosmer et Lemeshow (1989), les variables incluses dans la régression logistique sont celles présentant un seuil de signification inférieur à .10 provenant des analyses statistiques univariées effectuées préalablement.

RÉSULTATS

Caractéristiques des agressions sexuelles

Les résultats présentés au Tableau 1 démontrent seulement une différence significative en regard du niveau de bouleversement relatif à

Tableau 1 Caractéristiques des agressions sexuelles vécues par les adolescentes ayant complété le traitement et celles l'ayant abandonné (N = 116)

	Tx complété		Tx abandon		Test			
	n ¹	%	n ¹	%	χ^2 (dl)	p ^a		
<i>Caractéristiques de l'agression sexuelle qui sont présentes</i>								
Pénétration	81	64,2	13	46,2	1,53(1)	.23		
Usage de la force	81	32,0	13	23,1	0,43(1)	.75		
Violence physique	80	20,0	14	14,3	0,25(1)	.99		
Plus d'une fois/semaine	77	59,7	13	46,2	0,84(1)	.38		
<i>Caractéristiques de l'agresseur qui sont présentes</i>								
Personne significative	81	81,5	15	100,0	3,29(1)	.12		
Famille immédiate	82	39,0	15	60,0	2,29(1)	.16		
Plus d'un agresseur	82	24,4	15	20,0	0,14(1)	.99		
<i>Caractéristique de l'agression sexuelle</i>								
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>(ÉT)</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>(ÉT)</i>	<i>t</i> (dl)	<i>p</i>
Bouleversement	79	3,52	(0,60)	21	3,80	(0,54)	2,02(100)	.04

a. Selon le test exact de Fisher.

1. Le nombre de répondants varie pour chacune des variables en fonction des données manquantes.

l'agression sexuelle vécue. Les adolescentes ayant abandonné la thérapie sont plus bouleversées que celles l'ayant complétée [$t(100) = 2,02$; $p < .05$].

Caractéristiques individuelles

Différentes relations significatives sont observables sur le plan de la symptomatologie des adolescentes (voir Tableau 2). En effet, une plus forte proportion d'adolescentes ayant abandonné le traitement se situe au-dessus du seuil clinique en regard des troubles de comportement (score total) [$\chi^2(2,101) = 12,02$; $p < .001$], des problèmes sociaux [$\chi^2(2,101) = 6,44$; $p < .05$] et des comportements délinquants [$\chi^2(2,101) = 7,97$; $p < .05$] au YSR comparativement au groupe d'adolescentes ayant complété le traitement.

Caractéristiques familiales

Aucune différence significative n'est observée entre les adolescentes qui complètent le traitement et celles qui l'abandonnent en regard des caractéristiques familiales (voir Tableau 3).

Toutes les variables dont le seuil de signification est inférieur à .10 ont été incluses dans l'analyse de régression logistique, à l'exception du score total au YSR en raison de sa trop forte corrélation avec les différentes sous-échelles. L'analyse de régression, ayant pour but de déterminer les variables qui sont les plus associées à l'abandon du traitement, montre que les adolescentes présentant un haut niveau de bouleversement en lien avec l'agression sexuelle vécue et se situant au-dessus du seuil clinique de comportements délinquants ont plus de risque d'abandonner le traitement que les autres adolescentes (voir Tableau 4). Ce modèle significatif [$\chi^2(2, 89) = 11,14$; $p < .01$] permet d'expliquer 19,3 % de la variation de l'abandon, tel que rapporté par le coefficient de Nagelkerke.

DISCUSSION

Taux d'abandon

Dans cette étude, la proportion d'adolescentes mettant fin prématurément à un traitement de groupe spécifique pour victimes d'agression sexuelle (19,8 %) se situe parmi les plus faibles lorsque comparée aux taux d'abandon tirés de la recension de Paquette *et al.* (article inclus dans le présent numéro) où l'on retrouve dans 40 % des études un taux d'abandon supérieur à 30 % chez des adolescentes qui participent à une thérapie de groupe pour victimes d'agression sexuelle. Différents facteurs peuvent expliquer le faible taux d'abandon rapporté

Caractéristiques associées à l'abandon

Tableau 2 Caractéristiques individuelles (sociodémographiques et symptomatologiques) des adolescentes ayant complété le traitement et de celles l'ayant abandonné (N = 116)

	Tx complété		Tx abandon		Test	
	<i>n</i>	<i>M</i> (ÉT)	<i>n</i>	<i>M</i> (ÉT)	<i>T</i> (<i>dl</i>)	<i>p</i>
<i>Données sociodémographiques</i>						
Âge	89	14,55 (1,33)	23	14,91 (1,35)	0,39 (110)	.54
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2 (<i>dl</i>)	<i>p</i>
Origine ethnique canadienne	88	94,3	19	89,5	0,60 (1)	.61 ^a
Scolarité de l'adolescente	85		17		1,27 (1)	.27 ^a
Primaire		12,9		23,5		
Secondaire		87,1		76,5		
Composition familiale	89		23		3,92 (3)	.27
Intacte		19,1		8,7		
Monoparentale		36,0		26,1		
Famille élargie		10,1		8,7		
Placement		34,8		56,5		
<i>Symptomatologie des adolescentes</i>						
<i>Troubles de comportement clinique</i>						
	83		18			
Score total		44,6		88,9	12,02 (2)	.00
Problèmes intériorisés		55,4		66,7	0,79 (2)	.68
Retrait social		20,5		38,9	2,77 (2)	.25
Somatisation		16,9		11,1	1,48 (2)	.48
Anxiété/dépression		21,7		44,4	4,02 (2)	.13
Problèmes extériorisés		47,0		77,8	5,62 (2)	.06
Comportements agressifs		13,3		27,8	3,24 (2)	.20
Comportements délinquants		9,6		27,8	7,97 (2)	.02
Problèmes sociaux		21,7		50,0	6,44 (2)	.04
Problèmes de la pensée		14,5		11,1	1,74 (2)	.42
Problèmes d'attention		14,5		33,3	3,65 (2)	.16
	<i>n</i>	<i>M</i> (ÉT)	<i>n</i>	<i>M</i> (ÉT)	<i>T</i> (<i>dl</i>)	<i>p</i>
<i>Stratégie d'adaptation</i>						
Recherche de soutien	82	8,48 (4,38)	21	9,02 (4,08)	-0,51 (101)	.47
Réévaluation	82	7,15 (4,38)	22	6,83 (3,39)	0,32 (102)	.16
Évitement	82	9,24 (3,38)	22	10,73 (2,64)	-1,90 (102)	.20

a. Selon le test exact de Fisher

Tableau 3 Caractéristiques familiales des adolescentes ayant complété le traitement et de celles l'ayant abandonné (N = 116)

	Tx complété		Tx abandon		Test	
	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>ÉT</i>)	<i>T</i> (<i>dl</i>)	<i>p</i>
<i>Relation avec la mère</i>						
Qualité	78	32,90 (26,42)	21	38,10 (23,74)	-0,82 (97)	.27
<i>Événements stressants</i>						
Nombre	82	8,21 (3,13)	22	9,77 (2,98)	-2,10 (102)	.51
Stress moyen	82	2,71 (0,47)	22	2,66 (0,49)	0,39 (102)	.41

Tableau 4 Analyse de régression logistique prédisant l'abandon d'une thérapie de groupe pour adolescentes victimes d'agression sexuelle (n=89)

Variabes	B	ÉT	Wald	dl	<i>p</i>	Exp B (min - max)
Bouleversement agression sexuelle	-0,49	.25	3,76	1	.05	0,61 (0,38 – 1,01)
Comportements délinquants	0,74	.29	6,52	1	.01	2,10 (1,19 – 3,72)
Problèmes extériorisés	-	-	-	1	.17	-
Problèmes sociaux	-	-	-	1	.16	-

dans la présente étude. Les critères de sélection ainsi que la définition plus restrictive de l'abandon utilisée ont pu affecter à la baisse le taux d'abandon. De plus, le faible taux d'abandon pourrait indiquer que les objectifs de la thérapie correspondaient aux besoins et attentes des adolescentes victimes d'agression sexuelle.

Caractéristiques associées à l'abandon

Cette étude suggère que le niveau de bouleversement en lien avec l'agression sexuelle et les comportements délinquants contribueraient à prédire l'abandon en cours de thérapie de groupe chez les adolescentes agressées sexuellement. Ces résultats contredisent ceux de Deblinger (1994) et de Stauffer et Deblinger (1993) qui ont identifié que l'abandon d'une thérapie de type cognitivo-comportemental survient plus fréquemment chez les enfants présentant peu de symptômes.

Selon le modèle théorique d'Herman (1992), le processus de rétablissement des personnes ayant vécu un trauma interpersonnel comme celui des victimes d'agression sexuelle est divisé en trois stades. Au premier stade, les objectifs thérapeutiques concernent le

rétablissement d'une sécurité physique, affective et sociale. Au second stade, la priorité est donnée à l'exploration des souvenirs, à l'intégration du vécu entourant l'agression sexuelle et au deuil des pertes encourues. Quant au troisième stade, l'accent est mis sur le rétablissement des liens entre l'individu et la communauté. Selon ce modèle, les acquis de la phase précédente sont indispensables pour entreprendre la phase suivante. Il est donc nécessaire de rétablir le sentiment de pouvoir de la personne victime et d'établir un environnement sécuritaire (stade 1) avant d'aborder directement le traumatisme (stade 2). Ce modèle pourrait expliquer les résultats de notre étude. En effet, le fait que les adolescentes aient abandonné la thérapie pourrait s'expliquer par une symptomatologie importante (délinquance et bouleversement directement en lien avec les agressions sexuelles) non contrôlée (stade 1 du modèle) qui faisait en sorte qu'elles ont été confrontées trop rapidement à des interventions ou activités les mettant directement ou indirectement en contact avec les souvenirs et émotions liés à l'agression sexuelle alors qu'elles n'y étaient pas préparées. L'angoisse générée par cette situation a donc pu les pousser à abandonner la thérapie.

Par ailleurs, les comportements délinquants et antisociaux présentés par une adolescente rendent plus difficile son intégration au sein du groupe de thérapie et l'empêchent de recevoir le soutien des autres participantes et des intervenants. La pression du groupe et des intervenants à respecter les règlements pourrait pousser les adolescentes à abandonner la thérapie, étant donné qu'elle la trouve restrictive et trop contraignante. Finalement, les analyses ne révèlent pas de différence significative entre les adolescentes ayant complété la thérapie et celles l'ayant abandonnée en regard des caractéristiques de l'agression sexuelle vécue et des variables sociodémographiques. Ces résultats sont également rapportés dans l'étude de Marx (2004) en lien avec les caractéristiques de l'agression sexuelle et par plusieurs auteurs en regard des variables sociodémographiques (Abella et Manzano, 2000; Wierzbicki et Pekarik, 1993) portant sur l'abandon. Ce constat suggère que les chercheurs s'intéressant à l'abandon en cours de thérapie auraient avantage à investiguer d'autres variables que celles liées aux caractéristiques des agressions sexuelles et aux caractéristiques sociodémographiques.

Implications cliniques

Bien qu'il soit vraisemblablement impossible d'obtenir un taux d'abandon nul en raison des événements incontrôlables qui peuvent interrompre la participation au traitement, différents efforts peuvent être faits pour diminuer ce taux. Selon Nock et Kazdin (2001), la mise en place d'entrevues préparatoires à l'intervention visant à décrire le programme d'intervention, à évaluer la situation psychosociale des participants et à

modifier les attentes du parent et de l'adolescente serait un moyen efficace d'augmenter la motivation et de diminuer les obstacles à la participation. La création d'une relation significative entre les intervenants et la famille semble également une stratégie efficace pour maximiser la participation (Normand, Vitaro et Charlebois, 2000).

La diversité des symptômes associés à l'agression sexuelle indique qu'il est peu probable qu'une seule thérapie soit adéquate et efficace pour tous les enfants (Finkelhor et Berliner, 1995). Les difficultés comportementales que vivent les adolescentes qui abandonnent la thérapie de groupe suggèrent qu'il s'avère nécessaire de s'assurer que les adolescentes reçoivent une aide individuelle ou familiale suffisante afin de diminuer le niveau de bouleversement et les symptômes comportementaux avant de commencer tout travail exploratoire sur le trauma. Kazdin (1998) propose et décrit plusieurs interventions familiales prometteuses s'adressant aux familles d'enfants qui présentent un trouble du comportement. Parmi ces interventions, on note le *Parent Management Training (PMT)* (Kazdin, 2005), reconnu comme étant une des interventions les plus efficaces auprès des adolescents ayant des troubles du comportement (Costin et Chambers, 2007). Ce type d'intervention pourrait compléter une intervention de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement dans un contexte où les agressions sexuelles n'ont pas été commises par un des parents (Tourigny, Hébert et Daigneault, 2006).

Limites méthodologiques

Un nombre plus élevé de participantes aurait aidé à augmenter la puissance statistique des analyses. Différentes variables auraient également pu fournir un éclairage nouveau sur l'abandon en cours de traitement, soit certaines variables environnementales relatives à la famille, au thérapeute (alliance thérapeutique) et au groupe de thérapie (climat de groupe). Finalement, une évaluation répétée à plusieurs reprises permettrait de saisir l'évolution de certaines variables proximales comme les événements de vie ou l'alliance thérapeutique et leur impact sur l'abandon.

Références

- Abella, A. et Manzano, J. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. *Schweizer Archive of Neurology and Psychiatry*, 15(3), 86-92.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Armbruster, P. et Kazdin, A. E. (1994). Attrition in child psychotherapy. In T. H. Ollendick et R. J. Prinz (Éds), *Advances in clinical child psychotherapy* (p. 81-108). New York : Plenum Press.
- 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.

Caractéristiques associées à l'abandon

- Costin, J. et Chambers, S. (2007). Parent management training as a treatment for children with oppositional defiant disorder referred to a mental health clinic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 511-524.
- Davis, S., Hooke, G. et Page, A. (2006). Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology*, 58(1), 48-56.
- Deblinger, E. (1994). *Update on treatment outcome studies*. Conférence présentée à l'American Psychological Association convention, Los Angeles, CA.
- Edlund, M. J., Wand, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E. et Kebler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-851.
- 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.
- Fortin, L., Royer, É., Marcotte, D. et Potvin, P. (2005). Facteurs personnels, scolaires et familiaux différenciant les garçons en problèmes de comportement du secondaire qui ont décroché ou non de l'école. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 79-88.
- Friedrich, W. N. (1992). *Sexual Abuse Rating Scale* (document inédit). Rochester, MN : Department of Pedopsychiatry, Clinique Mayo.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin et S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4^e éd., p. 190-228). Oxford: Wiley.
- 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.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery. The aftermath of violence: From domestic abuse to political terror* (2^e éd.). New York : BasicBooks.
- Hosmer, D. W. et Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York : Wiley.
- Kazdin, A. E. (1998). Conduct disorders. In R. J. Morris et T. R. Kratochwill (Éds), *The practice of child therapy* (3^e éd., p. 199-230). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A. E., Holland, L. et Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 453-463.
- Kazdin, A. E. et Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2), 160-172.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford : Oxford University Press.
- Knussen, C., Sloper, P., Cunningham, C. C. et Turner, S. (1992). The use of the Ways of coping questionnaire (revised) with parents of children with Down's syndrome. *Psychological Medicine*, 22(3), 775-786.
- Marx, T. (2004). *Attrition from childhood sexual abuse treatment as a function of gender, ethnicity, and parental stress*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65(6-B), 3200.
- Nock, M. K. et Kazdin, A. E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180.
- Normand, C. L., Vitaro, F. et Charlebois, P. (2000). Comment améliorer la participation et réduire l'attrition des participants aux programmes de prévention? In F. Vitaro et C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (Tome I, p. 101-140). Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Paquette, G., Tourigny, M. et Joly, J. (2008). Une recension systématique des programmes d'intervention de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement. *Revue québécoise de psychologie*, 29(3), 85-99.

- Pauzé, R., Toupin, J. et Déry, M. (1993). *Traduction française du Child's Attitude toward the Mother*. Document inédit. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Département de psychoéducation, Groupe sur les inadaptations sociales à l'enfance.
- Pekarik, G. et Stephenson, L. A. (1988). Adult and child client differences in therapy dropout research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(4), 316-321.
- Simoneau, A.-C., Hébert, M. et Tourigny, M. (sous presse). Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*.
- Stauffer, L. B. et Deblinger, E. (1993). *Structured educational groups for non-offending mothers and their young sexually abused children*. Conférence présentée à l'Annual Conference of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta.
- Thériault, C., Cyr, M. et Wright, J. (1996). *Questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance et l'adolescence*. Document inédit, Montréal : Université de Montréal, Département de psychologie.
- Tourigny, M., Hébert, M. et Daigneault, I. (2006). Efficacité d'une intervention de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement et présentant des troubles de comportement. In P. Verlaan et M. Déry (Éds), *Les conduites antisociales des filles : Comprendre pour mieux agir* (p. 385-413). Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Wierzbicki, M. et Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Wyss, C. A., Voelker, S. L. et Cornock, B. L. (2003). Psychometric properties of a French-Canadian translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(1), 67-71.

Résumé

L'objectif de l'étude est d'identifier les caractéristiques individuelles et familiales ainsi que celles liées aux agressions sexuelles qui prédisent l'abandon d'une thérapie de groupe pour adolescentes agressées sexuellement. Le taux d'abandon de l'échantillon, composé de 116 adolescentes, est de 19,8 %. Les résultats des analyses univariées démontrent qu'en comparaison avec les adolescentes qui complètent la thérapie, celles qui l'abandonnent présentent un plus haut niveau de bouleversement par rapport à l'agression sexuelle et davantage de difficultés comportementales. Selon les résultats de l'analyse multivariée, le niveau de bouleversement par rapport à l'agression sexuelle et les comportements délinquants prédisent l'abandon du traitement.

Abstract

This study aims to identify sexual abuse, individual and familial characteristics that may predict dropout. The sample included 116 sexually abused female adolescents, seen in group therapy. The dropout rate is 19,8 %. The results of uni-variate analysis demonstrate that adolescents who dropout from therapy exhibit higher rates of distress about sexual abuse and more behavioral problems than those who completed the therapy. According to multi-variate analysis, the rate of distress about sexual abuse and levels of delinquent behaviors predict dropout.

Mots clés

agression sexuelle, adolescente, thérapie de groupe, abandon

Key words

sexual abuse, female adolescents, group therapy, dropout

ÉVALUATION ET INTERVENTION AUPRÈS DE CONSOMMATEURS DE PORNOGRAPHIE JUVÉNILE SUR INTERNET¹

ASSESSMENT AND TREATMENT OF ONLINE CHILD PORNOGRAPHY USERS

Mathieu Goyette²
Université de Montréal

Joanne-Lucine Rouleau
Université de Montréal

Patrice Renaud
Université du Québec en Outaouais

Francis Fortin
Sûreté du Québec

Depuis sa création, Internet a connu une croissance fulgurante, son nombre d'utilisateurs se situant aujourd'hui à 1 400 millions d'individus (Miniwatts Marketing Group, 2008). Internet influence ainsi différentes facettes de la vie sociale, notamment la façon de communiquer, d'apprendre et de se divertir.

En parallèle, la sexualité, plus particulièrement sa dimension récréative, s'est rapidement développée au sein de ce nouveau médium (Noonan, 2007). Cooper, Delmonico et Burg (2000) estiment qu'environ 20 % des utilisateurs d'Internet ont pris part à des activités sexuelles en ligne (par exemple, la cybersexualité), celles-ci s'avérant généralement plaisantes et saines (Cooper, Boies, Maheu et Greenfield, 1999). Si l'on peut considérer que cette technologie soit à l'origine de la prochaine « révolution sexuelle » (Cooper *et al.*, 1999), il ne faut pas perdre de vue qu'elle permet également à des utilisateurs de consommer, d'échanger et de produire de la pornographie juvénile³ (PJ), de même que d'approcher des mineurs dans un but sexuel.

Bien que le nombre d'arrestations liées à la PJ sur Internet ne corresponde qu'à une proportion limitée de l'ensemble des délits sexuels à l'égard des enfants (Wolak, Finkelhor et Mitchell, 2005), il serait toutefois croissant (Seto, 2008). En 2007, au Canada, les ministres provinciaux de la Justice déclaraient que la consommation de PJ s'avère inquiétante et que des mesures législatives et judiciaires devraient être mises en place

1. Les auteurs tiennent à remercier Ian Barsetti pour ses commentaires et sa lecture attentive de l'article. Cet article a été rendu possible grâce à la bourse de formation de doctorat du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) octroyée au premier auteur.
2. Adresse de correspondance : Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6111 poste 5587. Courriel : m.goyette@umontreal.ca
3. En se basant sur les législations canadienne et américaine, la pornographie juvénile se définit comme étant « des représentations d'enfants qui sont sexuellement provocatrices ou qui dépeignent des enfants engagés dans des activités sexuelles soit avec d'autres enfants, soit avec des adultes » (Seto, 2008, traduction libre, p. 54).

afin d'y faire face. Ainsi, les cliniciens et les chercheurs seront de plus en plus appelés à statuer sur le risque de récurrence et la dangerosité de consommateurs de PJ (Seto, 2008; Webb, Craissati et Keen, 2007). Ce phénomène requiert donc, de la part des intervenants et des spécialistes de divers milieux, de revoir leurs modalités d'évaluation et de traitement afin d'être en mesure d'intervenir plus efficacement auprès de cette population. Force est de constater que peu de programmes d'évaluation et de traitement prennent en considération les caractéristiques propres à cette population et que les cliniciens œuvrant auprès de délinquants sexuels possèdent une connaissance encore limitée du phénomène (Buttell et Carney, 2001; Delmonico et Griffin, 2008). Cet article vise à susciter une réflexion sur l'évaluation et sur l'intervention auprès de consommateurs de PJ. Il débute par la présentation d'un cas clinique, se poursuit par une revue de la documentation portant sur la spécificité d'Internet et des consommateurs de PJ, puis dresse le portrait actuel des connaissances portant sur l'évaluation et sur le traitement de cette population.

ÉTUDE DE CAS

Marc¹, un homme dans la trentaine, prend part à une évaluation de ses préférences sexuelles à la suite d'une incarcération en raison de possession de PJ. Il n'aurait pas fait l'objet d'accusations ou de condamnations pour d'autres infractions. Marc se dit d'orientation bisexuelle avec une préférence marquée pour les hommes et affirme ne pas avoir d'intérêts sexuels envers les enfants. Il explique sa consommation de PJ par une « curiosité » et affirme qu'il aurait été excité sexuellement lorsqu'il parvenait à s'imaginer à la place de l'enfant plutôt qu'à celle de l'agresseur.

Il rapporte s'être initié à la PJ en début d'adolescence alors que des hommes lui auraient présenté à plusieurs reprises sur Internet du matériel pornographique juvénile et adulte. Les contacts avec ces hommes auraient parfois conduit à des relations sexuelles téléphoniques ou réelles. Le matériel pornographique aurait alors été utilisé comme stimulus afin de reproduire, dans la réalité, les scénarios visualisés. De la fin de l'adolescence jusqu'à la fin de la vingtaine, il aurait poursuivi progressivement sa consommation de PJ, ce qui l'aurait amené à acquérir une vaste collection de ce matériel.

1. Le participant a signé un formulaire de consentement permettant l'utilisation d'information à des fins de communication scientifique stipulant, entre autres, l'usage d'un pseudonyme et limitant l'information partagée à celle ne permettant pas de conduire à son identification. Il est à noter que cette information n'a pas été corroborée par d'autres sources.

Marc explique que l'évolution de son implication dans cette activité se traduit par la fréquence de sa consommation, l'établissement de relations avec d'autres consommateurs ainsi que par le contenu du matériel visualisé. En effet, la fréquence de sa consommation, qui au départ se serait limitée à deux ou trois fois par mois, se serait accrue progressivement. Il observe néanmoins une augmentation non linéaire de sa consommation : certaines périodes, caractérisées par la présence de sentiments dépressifs ainsi que par de l'isolement social, auraient été accompagnées d'une intensification marquée de la fréquence de sa consommation. Il explique qu'il aurait tenté dans un premier temps de remplacer sa consommation de PJ par la consommation de stupéfiants pour mieux gérer certaines émotions négatives. Cependant, le fait d'être intoxiqué aurait selon lui diminué son sentiment de culpabilité et d'empathie envers les enfants victimes, lui permettant ainsi de poursuivre sa consommation de PJ et générant par la suite plus d'émotions négatives. En effet, Marc rapporte que, après l'orgasme, il ressentait beaucoup de culpabilité ainsi qu'un certain dégoût de lui-même, ce qui l'aurait amené à vouloir arrêter. Il aurait néanmoins trouvé difficile, voire impossible, de partager son secret, perçu comme étant « très tabou », avec un spécialiste. Durant les deux dernières années où il aurait consommé de la PJ sur Internet, ses visionnements, accompagnés de masturbation, étaient quotidiens et duraient d'une à dix heures par jour. Il considère alors que son utilisation d'Internet était « plus forte que lui », s'accompagnant même de pensées envahissantes alors qu'il travaillait. Son usage d'Internet se serait presque exclusivement centré sur la consommation de PJ et la rencontre de partenaires sexuels. Après le travail, il visualisait de la PJ, communiquait avec des hommes, établissait les modalités de rencontre et les rapports sexuels prévus, puis les mettait en pratique. Il aurait vécu plusieurs expériences sexuelles avec des hommes de différentes tranches d'âge le plaçant généralement dans une position de soumission (c'est-à-dire ligotage, asphyxie érotique, transvestisme sexuel).

Il aurait également discuté à plusieurs reprises avec d'autres consommateurs de PJ par Internet ou par téléphone. Un lien d'appartenance se serait développé avec certains d'entre eux. Lors de ses contacts avec d'autres consommateurs, les discussions auraient porté sur des simulations de relations sexuelles avec des enfants, mais parfois aussi sur les moyens pour cesser cette activité. Selon Marc, ces conversations lui auraient permis de partager ses fantasmes, de minimiser sa perception de l'impact que pouvait avoir sa consommation sur les victimes et de se dire « je ne suis pas seul ». Il explique qu'il se percevait alors comme « deux personnes différentes, une en ligne et une hors ligne ». Il affirme que lorsqu'il n'était pas sur Internet, il avait davantage d'empathie envers les enfants et se questionnait sur son besoin de consommer de la PJ.

Le contenu visionné aurait été de plus en plus « extrême ». Progressivement, le matériel tant juvénile qu'adulte aurait inclus des éléments de coercition et de violence pouvant aller jusqu'au viol. Pour ce qui est de la PJ, il rapporte avoir également remarqué une baisse de l'âge des mineurs, se concentrant à la fin sur des enfants âgés de moins de cinq ans. Lors de son arrestation, Marc rapporte avoir eu en sa possession plus de 6 000 images et vidéos impliquant des mineurs, principalement des garçons âgés de moins de cinq ans, et plus de 100 montrant uniquement des adultes.

Aujourd'hui, il considère que la compréhension adéquate de sa problématique grâce à un suivi psychologique, que le fait d'être entouré d'individus avec lesquels il n'a plus à garder un secret ainsi que la réduction et le contrôle de sa consommation de drogues lui auraient permis de ne plus consommer de la PJ. Il mentionne qu'il aurait aimé pouvoir se référer à un organisme de soutien alors qu'il consommait de la PJ.

Malgré ses propos, la nette prépondérance du contenu portant sur des mineurs suggère fortement que le matériel visualisé permettait de satisfaire ses intérêts sexuels envers les enfants. D'autre part, il aurait ressenti une accoutumance envers le matériel visionné, ce qui l'a amené à augmenter tant la fréquence de sa consommation que le niveau de coercition. Il ne semble guère avoir été en mesure de confier ses difficultés à des non-consommateurs, ni de cesser sa consommation de PJ avant son arrestation. Cette consommation aurait progressivement structuré sa vie autour de la sexualité au point où Marc semble avoir perdu la liberté de s'abstenir de cette consommation. En fait, si la description des symptômes de Marc relève principalement de la pédophilie et du masochisme sexuel, certains semblent par ailleurs similaires au tableau clinique retrouvé dans les troubles liés au contrôle des impulsions. Bien que cette étude de cas illustre certains des propos discutés dans les sections suivantes, il faut éviter de généraliser les comportements de Marc à ceux de l'ensemble des consommateurs de PJ.

SPÉCIFICITÉ D'INTERNET

Une des fonctions principales d'Internet est de combler des besoins sociaux et interpersonnels grâce à l'appartenance des usagers à un groupe et à une reconnaissance de la part de pairs (Goyette et Nadeau, sous presse). Cette fonction est favorisée par un « effet désinhibant » généré par la perception d'anonymat qui favoriserait un dévoilement plus rapide et plus profond (Suler, 2004). Selon Ross (2005), cet effet est renforcé par l'absence de rétroactions non verbales ainsi que de normes sociales clairement définies et serait d'autant plus présent pour ce qui est de la sexualité. Les usagers sont ainsi en mesure d'explorer plusieurs

facettes de leur sexualité et de leur identité en ayant la possibilité d'altérer la présentation d'aspects physiques, de leur âge, de leur statut social, voire de leur orientation sexuelle. Internet permet ainsi de contourner certains des aspects affectifs liés à l'intimité normalement associés à la sexualité. L'environnement, qui apparaît sécuritaire, offre l'occasion de valider certains « scénarios sexuels » sans risquer de se compromettre socialement. Une fois cette nouvelle identité sexuelle validée sur Internet, il devient plus facile de l'incorporer à l'identité hors ligne.

Ce processus de changement identitaire est également observable chez des consommateurs de PJ qui, par l'exploration de leur sexualité déviante, s'isoleraient progressivement de leur réseau social hors ligne pour ensuite concevoir la sexualité à l'égard des enfants comme étant saine (Quayle, Erooga, Wright, Taylor et Harbinson, 2006). Cette consommation serait favorisée, et deviendrait par la suite difficilement contrôlable, en raison de certaines caractéristiques structurales d'Internet que Cooper et ses collaborateurs (2000) regroupent sous l'appellation de *Triple-A Engine*, soit l'*accessibilité* à un vaste contenu sexuel à toute heure de la journée, de manière *abordable* et sous le couvert de la perception d'*anonymat*.

Différente de celle retrouvée sur un support matériel, la PJ disponible sur Internet propose un contenu vaste, diversifié et accessible sous divers formats (Calder, 2004). La qualité du matériel est maintenue par le fait que le support est informatique et que les nombreux échanges rendent sa disparition difficilement possible. Elle est basée sur un mode de production rapide, discret et convivial, et s'avère aisément modifiable à l'aide d'une multitude de logiciels, selon les fantasmes sexuels des consommateurs. Bien que les fonctions de la PJ varient d'un consommateur à l'autre, Quayle et ses collaborateurs (2006) estiment qu'elle offre un soutien aux fantasmes sexuels et aux activités masturbatoires ainsi qu'un statut social et un accès à un réseau composé d'autres consommateurs. Qui plus est, le fait d'être exposé à du matériel sexuel où les enfants semblent avoir du plaisir ou du moins ne pas être souffrants amènerait implicitement les consommateurs à croire que la visualisation du matériel et même l'agression sexuelle d'enfants n'auraient pas la possibilité d'être dommageables (Burke, Sowerbutts, Blundell et Sherry, 2002).

Des caractéristiques structurales spécifiques à Internet favorisent donc l'initiation et le maintien de la consommation de PJ chez des personnes possédant des intérêts sexuels envers les enfants. De plus, certaines caractéristiques et fonctions propres à la PJ semblent se retrouver uniquement sur Internet. Notons à ce sujet l'aspect quasi indestructible du matériel une fois diffusé sur Internet et le statut social qu'il est possible d'établir à partir du partage de ce matériel avec d'autres consommateurs.

La demande de PJ stimule l'offre qui requiert l'agression sexuelle d'enfants et qui devient par la suite une preuve persistante de la victimisation sexuelle d'enfants (Wolak *et al.*, 2005).

SPÉCIFICITÉ DES CONSOMMATEURS DE PORNOGRAPHIE JUVÉNILO

Les premiers écrits ayant porté sur les consommateurs de PJ décrivent ces derniers comme des hommes possédant rarement des antécédents judiciaires et étant en mesure d'établir des relations satisfaisantes (par exemple, Burke *et al.*, 2002). Des études plus récentes semblent toutefois brosser un portrait différent des utilisateurs de PJ. Alors que de 10 à 26 % des consommateurs de PJ ont déjà commis, selon leur dossier judiciaire, des délits sexuels avec contacts sur des enfants, entre 76 à 89 % des consommateurs de PJ rapportent lors d'un traitement spécifique ou de la passation d'un polygraphe avoir déjà commis ce genre de délits (Bourke et Hernandez, sous presse *in* Seto, 2008; Buschman, sous presse *in* O'Brien et Webster, 2007; Fortin et Roy, 2006; Hernandez, 2000 *in* Webb *et al.*, 2007; Seto et Eke, 2005). Dans ces études, les consommateurs de PJ ayant eu des comportements sexuels avec contacts sur des enfants rapportent en moyenne avoir agressé de 13 à 30,5 victimes en posant des gestes pouvant aller jusqu'à la pénétration.

Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent le risque que la consommation de PJ évolue vers des délits sexuels avec contacts sur des enfants (Quayle et Taylor, 2002; Calder, 2004). Seto et Eke (2005) ont réalisé une étude portant sur la récurrence auprès de 201 consommateurs ou producteurs de PJ. Au cours d'un suivi moyen de près de 30 mois, 4 % des consommateurs ont commis une récurrence sexuelle avec contacts. Parmi ceux qui avaient déjà commis un délit sexuel avec contacts, 9 % ont commis une récurrence sexuelle avec contacts et 5,4 % ont commis une récurrence sexuelle en lien à la PJ. Des consommateurs ayant uniquement à leur actif des délits en lien à la PJ, 1,3 % ont commis une récurrence sexuelle avec contacts et 3,9 % en lien à la PJ. Les auteurs suggèrent que, chez les consommateurs de PJ, la présence d'antécédents de comportements sexuels avec contacts est associée à la présence de traits antisociaux, un facteur de risque général de criminalité.

Middleton, Beech et Mandeville-Norden (2005) ont appliqué aux consommateurs de PJ le modèle de trajectoires. Deux mécanismes dysfonctionnels se dégagent de cette étude : un déficit sur le plan de l'intimité caractérisé par la difficulté à développer et à maintenir des relations intimes, ainsi qu'une difficulté de régulation émotionnelle. D'après l'étude, les consommateurs de PJ s'identifieraient émotionnellement aux enfants, utiliseraient la sexualité comme mécanisme d'adaptation au stress et pour obtenir des relations dénuées d'intimité.

Il appert que les consommateurs de PJ forment un groupe hétérogène tant par la nature et l'étendue de leurs comportements sexuels illicites que par les motifs les amenant à avoir recours à ce matériel (Wolak *et al.*, 2005). Cependant, plusieurs études (par exemple, Seto et Eke, 2005) portent sur des échantillons de délinquants sexuels condamnés pour leur usage d'Internet — consommateurs, distributeurs et producteurs de pornographie. Ce regroupement apparaît problématique, car il confond les individus visualisant et échangeant de la PJ sans pour autant avoir, du moins officiellement, commis des délits sexuels avec contacts et les producteurs qui, par la nature de leurs délits, ont nécessairement commis des gestes sexuels avec contacts.

ÉVALUATION

Bien qu'il soit difficile de déterminer dans quelle mesure les consommateurs de PJ forment une population distincte de celle des agresseurs sexuels d'enfants, nous sommes d'avis que les cliniciens devraient faire preuve de flexibilité dans leur compréhension de ce problème. En effet, il serait souhaitable qu'ils tiennent compte de la spécificité de la consommation de PJ sur Internet dans le cadre de leurs évaluations et interventions. Les études font ressortir la nécessité d'évaluer s'il y a aussi présence de victimes avec contacts, de difficultés à réguler les émotions et de déficits sur le plan de l'intimité. Si, par ailleurs, les comportements sexuels problématiques se doivent d'être prioritaires, il n'en demeure pas moins que l'évaluation du rôle d'Internet dans le processus délictuel, et donc du mode opératoire, peut s'avérer centrale à l'établissement de cibles d'intervention.

Éthique

La consommation de PJ amène les cliniciens à de nouveaux questionnements éthiques concernant les limites de la confidentialité qu'il est possible d'offrir aux clients, particulièrement lorsque ceux-ci n'ont pas fait l'objet de poursuite judiciaire et révèlent qu'ils s'appêtent à consommer de la PJ. Selon l'article 18 du code de déontologie de l'Ordre des psychologues du Québec (1983), le psychologue peut se libérer du secret professionnel lorsque le danger est imminent, grave et menace un groupe ou une personne identifiable. Les articles 38 et 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse (2008) sont aussi difficilement applicables, notamment lorsque la consommation de PJ implique des enfants inconnus. Ainsi, certaines questions se posent : Est-ce que la visualisation d'une photographie d'enfant ayant déjà été prise demeure une victimisation pouvant entraîner un danger grave? Est-ce que l'échange et la dissémination de ce même matériel le sont? Est-ce que ce seuil est atteint avec un certain nombre de photographies ou de vidéos?

De fait, les balises actuelles laissent une grande place au processus de prise de décision éthique là où la sécurité ou le développement d'un enfant pourraient être compromis. L'établissement de lignes directrices apparaît souhaitable.

Distorsions cognitives

Le *Questionnaire sur les attitudes et les comportements sur Internet* (O'Brien et Webster, 2007) a été conçu et validé afin d'évaluer la présence de distorsions cognitives par rapport aux comportements sexuels à l'égard d'enfants et à l'usage d'Internet en général auprès d'utilisateurs de PJ. Bien que Cooper, Golden et Marshall (2005) suggèrent de privilégier l'entrevue clinique plutôt que l'utilisation d'instruments psychométriques, ce questionnaire apparaît néanmoins prometteur pour évaluer cet aspect, car il est l'un des premiers s'appliquant directement à cette population.

Préférences sexuelles

L'utilisation de l'évaluation pléthysmographique semble pouvoir s'appliquer aux utilisateurs de PJ (Seto, Cantor et Blanchard, 2006). Selon cette étude, 61 % des utilisateurs de PJ ayant ou non aussi eu des comportements sexuels envers des enfants ont des préférences sexuelles à l'égard de ceux-ci. De plus, ils ont trois fois plus de chances de démontrer ce type de préférence que les agresseurs sexuels d'enfants n'ayant pas été condamnés pour la consommation de PJ. Les auteurs suggèrent que la consommation de PJ représente un indicateur de la présence de préférences sexuelles pédophiliques.

Nous sommes d'avis que le matériel pornographique visualisé et emmagasiné sur l'ordinateur pourrait refléter les préférences sexuelles des consommateurs de PJ. En effet, Internet donne accès à un large éventail de contenu quant à l'âge, au sexe et au niveau de coercition, ce qui permet aux consommateurs de visualiser ce qui reflète le mieux leurs préférences sexuelles. Étant donné que l'accès à ce type de matériel est plus difficile à obtenir que celui portant sur la sexualité entre adultes et qu'il est illicite, l'individu se doit de fournir délibérément un effort supplémentaire afin d'obtenir la PJ. Ce matériel pourrait posséder davantage de validité que les dossiers judiciaires et l'évaluation pléthysmographique, car il peut être l'expression précise des préférences sexuelles (Seto, 2008). En ce sens, les cliniciens auraient avantage à avoir accès à des sources d'information portant sur le matériel retrouvé, pour ainsi confronter les consommateurs de PJ à la possibilité que celui-ci corresponde à leurs préférences sexuelles.

Risque de récidence

Burke et ses collaborateurs (2002) remettent en question la transposition des outils actuariels utilisés dans l'évaluation du risque de récidence sexuelle auprès des consommateurs de PJ puisque les facteurs de risque ont été établis auprès d'échantillons d'individus ayant commis des agressions sexuelles avec ou sans contacts, mais sur des victimes identifiables. Dès lors, il est possible de remettre en cause la généralisation de ces outils auprès d'une nouvelle population dont le mode opératoire et certaines caractéristiques situationnelles diffèrent des échantillons sur lesquels les validations ont porté. C'est en effet le cas de la Statique-99 où, à moins que l'utilisateur soit également producteur de pornographie ou ait déjà commis d'autres types de délits sexuels, l'utilisation de cet instrument n'est pas recommandée (Harris, Phenix, Hanson et Thornton, 2003). Cette consigne s'applique également à l'ensemble des outils actuariels visant la prédiction du risque de récidence sexuelle parce qu'aucun de leurs échantillons de validation ne comprenait d'individus ayant exclusivement consommé de la PJ.

Utilisation d'Internet

Tel qu'il a été mentionné précédemment, certains éléments spécifiques à Internet s'avèrent pertinents à évaluer, notamment en ce qui a trait au contenu visualisé et aux caractéristiques entourant la consommation. Le niveau des relations établies avec d'autres consommateurs, l'appartenance à un groupe et le développement de relations hors ligne avec des consommateurs ou des enfants devraient être évalués (Cooper *et al.*, 2005). Trois aspects semblent particulièrement pertinents selon Quayle, Vaughan et Taylor (2006) : l'âge des enfants, la taille et le niveau d'organisation de la collection, ainsi que le niveau d'engagement dans la production de PJ. L'usage d'Internet et de l'ensemble de ses applications s'avère également intéressant à évaluer chez les consommateurs de PJ (Cooper *et al.*, 2005). En effet, dans la mesure où l'usage de diverses applications d'Internet semble également occuper une place importante dans la vie des consommateurs de PJ, il peut s'avérer nécessaire d'évaluer la présence d'une utilisation pathologique généralisée d'Internet (Goyette et Nadeau, 2008).

INTERVENTION

Les interventions offertes jusqu'à présent aux consommateurs de PJ sont généralement les mêmes que celles proposées à l'ensemble des agresseurs sexuels d'enfants. De ce fait, les cliniciens offrant ces programmes postulent que les facteurs de risque dynamiques — les cibles de traitement — sont les mêmes pour les consommateurs de PJ que pour l'ensemble des délinquants sexuels (O'Brien et Webster, 2007). Si ces programmes peuvent comprendre les mêmes volets, ceux-ci se doivent de

répondre également aux besoins propres aux consommateurs de PJ. Par exemple, l'exploration du cycle d'offense se distingue dans la mesure où l'approche d'autres consommateurs pour avoir accès à du matériel remplace la conduite d'approche de victimes (Burke *et al.*, 2002). Alors que l'importance de la communauté dans les comportements sexuels problématiques mérite une attention particulière, d'autres cibles peuvent également s'ajouter : les conduites compulsives lors des activités en ligne et l'obsession à collectionner le matériel en question (Quayle *et al.*, 2006).

Motivation au changement

Deux éléments précis sont à même d'entraver la motivation au changement des consommateurs de PJ : la croyance que la consommation de PJ n'est pas problématique en soi et que celle-ci est facilement contrôlable. Le clinicien se doit de faire réaliser à ceux-ci que le matériel représente des victimes d'exploitation sexuelle, qu'il contribue indirectement à celle-ci et que l'utilisation de PJ peut mener à l'agression sexuelle avec contacts. De même, il se doit de faire comprendre à ces individus que l'espace qu'occupait Internet dans leur vie et leur difficulté à cesser le comportement en question ont des conséquences négatives sur leurs activités sexuelles et sociales (Burke *et al.*, 2002).

Restructuration cognitive

À partir de leurs observations cliniques, Quayle et Taylor (2002) identifient trois distorsions cognitives fréquentes chez cette population. Les consommateurs de PJ justifient que leur consommation n'est pas dommageable en soi parce que le matériel comporte seulement des images. Ils normalisent leur comportement à partir de conversations avec d'autres consommateurs et procèdent à une objectification des victimes par le processus de collection, qui crée une distance entre les collectionneurs et leurs victimes. Ces distorsions cognitives seraient centrales chez les consommateurs de PJ, leur permettant de se différencier des « vrais » agresseurs sexuels (Burke *et al.*, 2002). Le clinicien doit faire comprendre au consommateur que chacune des images représente une victimisation et que la dissémination de ce matériel contribue à perpétuer l'agression réelle en ayant le potentiel d'affecter sérieusement les victimes et les membres de leur entourage.

Contrôle des préférences sexuelles déviantes

Les modalités thérapeutiques déjà existantes pour le contrôle des intérêts déviantes semblent applicables au traitement des consommateurs de PJ. Il s'avère toutefois essentiel de faire prendre conscience aux consommateurs de PJ que la visualisation du matériel agit comme un puissant renforçateur à l'origine d'une motivation nécessaire qui, combinée

à des échanges avec des pairs, pourraient mener progressivement à la planification de délits sexuels (Burke *et al.*, 2002).

Interventions adaptées aux consommateurs de PJ

Quayle et ses collaborateurs (2006) ont développé un traitement propre à cette population. Si certains volets reprennent les éléments de programmes conventionnels, d'autres semblent novateurs et aisément transférables. En ce qui a trait à l'aggravation des fantasmes, les consommateurs de PJ sont amenés à prendre conscience du risque de leur consommation par divers exercices. Par exemple, il est possible de dresser l'historique de l'évolution de leur consommation de PJ, incluant les facteurs qui accompagnent les changements survenus, pour ensuite identifier des solutions de rechange possibles. D'autres volets portent sur l'aspect social d'Internet, où les consommateurs sont amenés à identifier la fonction qu'occupe Internet dans leur vie et à examiner l'évolution de leurs relations sociales tant sur Internet qu'hors ligne. Un autre volet porte sur la collection du matériel en question et vise à faire reconnaître, le cas échéant, le sentiment de perte de contrôle relevant de la compulsion, à la fois réelle et utilisée, afin de justifier le comportement en question, et qui se caractérise chez certains consommateurs de PJ par le besoin de visualiser, d'acquérir et d'organiser le matériel. Il est à noter que cet élément semble également présent dans d'autres troubles connexes tels que l'utilisation pathologique d'Internet (Goyette et Nadeau, 2008) et la compulsion sexuelle en ligne (Cooper *et al.*, 2005). Enfin, les auteurs proposent aux consommateurs d'évaluer les avantages et les inconvénients de l'activité problématique. L'intervention se termine avec une phase de maintien des acquis, mais également par l'élaboration d'un modèle de vie.

Dans la mesure où la consommation de PJ semble difficilement contrôlable, des volets pourraient s'inspirer d'interventions sur la compulsion sexuelle en ligne, celles-ci visant à contenir l'activité sexuelle problématique, en limitant ou en interdisant dès le départ l'accès à un ordinateur (Cooper *et al.*, 2005). Finalement, Davis (2001) propose quant à lui le concept d'usage sain d'Internet où l'utilisateur occupe une place plus active dans la collectivité en utilisant Internet comme un outil plutôt que comme une source d'identité et de socialisation.

CONCLUSION

L'avènement d'Internet amène les cliniciens et les chercheurs à repenser leur manière d'agir auprès des individus ayant des comportements sexuels à l'égard d'enfants. En ce sens, la consommation de PJ offre l'occasion de développer de nouvelles modalités d'évaluation et d'intervention visant à augmenter leur efficacité et la réceptivité de la

clientèle. La consommation de PJ offre également la possibilité de s'inspirer d'autres difficultés : problème sexuel en ligne, usage pathologique d'Internet et trouble du contrôle des impulsions. Néanmoins, l'application des modalités conventionnelles et novatrices devra être validée empiriquement.

Bien que les recherches portant sur la consommation de PJ soient peu nombreuses, un corpus scientifique est sur le point d'être établi. Il est fort probable que l'arrivée de nouvelles recherches, utilisant de grands échantillons et des devis plus rigoureux, modifiera les connaissances exposées dans cet article. Par exemple, l'analyse du contenu de disques durs de consommateurs de PJ pourrait s'avérer une méthode efficace pour évaluer non seulement le trouble en soi, mais également, dans une perspective temporelle, le processus (par exemple, l'aggravation, l'accoutumance, la compulsion). C'est dans cette perspective que les auteurs s'efforcent d'établir des ententes auprès de la Sûreté du Québec, afin d'avoir accès à cette nouvelle information.

Références

- Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B. et Sherry, M. (2002). Child pornography and the Internet : Policing and treatment issues. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9(1), 79-84.
- Buttell, F. P. et Carney, M. M. (2001). Treatment provider awareness of the possible impact of the Internet on the treatment of sex offenders : An alert to a problem. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(3), 117-125.
- Calder, M. C. (2004). The Internet : Potential, problems and pathways to hands-on sexual offending. In M. C. Calder (Éd.), *Sexual abuse and the Internet : Tackling the new frontier* (p. 2-23). Lyme Regis : Russel House.
- Cooper, A., Boies, S. C., Maheu, M. et Greenfield, D. (1999). Sexuality and the Internet : The next sexual revolution. In L. Szuchman et F. Muscarella (Éds), *Psychological perspective on human sexuality* (p. 519-545). New York : Wiley.
- Cooper, A., Delmonico, D. L. et Burg, R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives : New findings and implications. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 7(1), 5-30.
- Cooper, A., Golden, G. et Marshall, W. L. (2005). Online sexuality and online sexual problems : Skating on thin ice. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall et G. A. Serran (Éds), *Sexual offender treatment : Controversial issues* (p. 79-92). Chichester : Wiley.
- Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187-195.
- Delmonico, D. L. et Griffin, E. J. (2008). Online sex offending : Assessment and treatment. In R. D. Laws et W. T. O'Donohue (Éds), *Sexual deviance* (p.459-485). New York : The Guilford Press.
- Fortin, F. et Roy, J. (2006). Profils des consommateurs de pornographie juvénile arrêtés au Québec : l'explorateur, le pervers et le polymorphe. *Criminologie*, 39(1), 107-128.
- Goyette, M. et Nadeau, L. (2008). Utilisation pathologique d'Internet : une intégration des connaissances. *Alcoologie et Addictologie*, 30(3), 275-283.
- Harris, A., Phenix, A., Hanson, K. R. et Thornton, D. (2003). *Statique-99 : Règles de codage révisées - 2003*. Récupéré le 20 mai 2008 à l'adresse : http://ww2.ps-sp.gc.ca/publications/corrections/pdf/Static-99-coding-Rules_f.pdf.
- Loi sur la protection de la jeunesse (2008). Récupéré le 20 mai 2008 à l'adresse : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=P_34_1/P34_1.HTM.

- Middleton, D., Beech, A. et Mandeville-Norden, R. (2005). What sort of person could do that? Psychological profiles of Internet pornography users. In E. Quayle et M. Taylor (Éds), *Viewing child pornography on the Internet : Understanding the offence, managing the offender, helping the victims* (p. 99-108). Lyme Regis : Russell House.
- Miniwatts Marketing Group. (2008). *Internet world stats : Usage and population statistics*. Récupéré le 20 mai 2008 : <http://www.internetworldstats.com/emarketing.htm#stats>.
- Noonan, R. J. (2007). The psychology of sex : A mirror from the Internet. In J. Gackenbach (Éd.), *Psychology and the Internet : Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (p. 93-141). Amsterdam : Academic Press.
- O'Brien, M. D. et Webster, S. D. (2007). The construction and preliminary validation of the Internet Behaviours and Attitudes Questionnaire (IBAQ). *Sexual Abuse : Journal of Research and Treatment*, 19(3), 237-256.
- Ordre des psychologues du Québec (1983). Code de déontologie de l'Ordre des psychologues du Québec. Récupéré le 20 mai 2008 à l'adresse : <http://www.ordrepsy.qc.ca/opqv2/fichier/20050727-144322-CodeDéonto.pdf>.
- Quayle, E., Erooga, M., Wright, L., Taylor, M. et Harbinson, D. (2006). *Only pictures : Therapeutic work with Internet sex offenders*. Lyme Regis : Russell House.
- Quayle, E. et Taylor, M. (2002). Child pornography and the Internet : Perpetuating a cycle of abuse. *Deviant Behavior*, 23(4), 331-362.
- Quayle, E., Vaughan, M. et Taylor, M. (2006). Sex offenders, Internet child abuse images and emotional avoidance : The importance of values. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 1-11.
- Ross, M. W. (2005). Typing, doing, and being : Sexuality and the Internet. *The Journal of Sex Research*, 42(4), 342-352.
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children : Theory, assessment, and intervention*. Washington : American Psychological Association.
- Seto, M. C., Cantor, J. M. et Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 610-615.
- Seto, M. C. et Eke, A. W. (2005). The criminal histories and later offending of child pornography offenders. *Sexual Abuse : Journal of Research and Treatment*, 17(2), 201-210.
- Suler, J. (2004). The Online disinhibition effect. *CyberPsychology and Behavior*, 7(3), 321-326.
- Webb, L., Craissati, J. et Keen, S. (2007). Characteristics of Internet child pornography offenders : A comparison with child molesters. *Sexual Abuse : Journal of Research and Treatment*, 19(4), 449-465.
- Wolak, J., Finkelhor, D. et Mitchell, K. J. (2005). The varieties of child pornography production. In E. Quayle et M. Taylor (Éds), *Viewing child pornography on the Internet : Understanding the offence, managing the offender, helping the victims* (p. 31-48). Lyme Regis : Russell House.

Résumé

L'émergence de la pornographie juvénile (PJ) sur Internet amène les cliniciens et les chercheurs à repenser leurs façons d'évaluer les individus touchés par ce problème et d'intervenir auprès d'eux. Cet article vise à faire le point sur l'état des connaissances en la matière et à susciter une réflexion quant à l'évaluation et à l'intervention auprès des consommateurs de PJ. Il présente une étude de cas, la spécificité d'Internet et des consommateurs de PJ ainsi que l'évaluation et le traitement de cette problématique. Si les modalités proposées semblent à priori prometteuses, elles devront faire l'objet de plus de recherches afin de reposer sur des bases empiriques rigoureuses.

Mots clés

Internet, pornographie juvénile, déviance sexuelle, pédophilie, évaluation, traitement.

Abstract

Emergence of child pornography (CP) on the Internet causes clinicians and researchers to reconsider their ways of assessing and intervening with individuals affected by this issue. This article aims at reviewing the available knowledge and stimulating reflection concerning the assessment and intervention with online CP users. It discusses a case study, Internet's and CP users' specificity as well as the evaluation and treatment of this phenomenon. Although the proposed methods seem promising, more research will be needed before they can be supported by rigorous empirical evidence.

Key words

Internet, child pornography, sexual deviance, pedophilia, assessment, treatment

**FACTEURS LIÉS AU SOUTIEN MATERNEL ET AUX STRATÉGIES
D'ADAPTATION DE MÈRES D'UN ENFANT VICTIME D'UNE
AGRESSION SEXUELLE**

**CORRELATES OF MATERNAL COPING STRATEGIES AND SUPPORT FOLLOWING
THEIR CHILDREN'S DISCLOSURE OF SEXUAL ABUSE**

Mylène Payer
Université de Montréal

Mireille Cyr¹
Université de Montréal

Pierre McDuff
Université de Montréal

Une agression sexuelle (AS) est un événement traumatisant qui entraîne des répercussions négatives chez un grand nombre d'enfants qui en sont victimes (Oddone Paolucci, Genuis et Violato, 2001). De plus, les résultats de diverses recherches empiriques suggèrent que l'adaptation émotionnelle et comportementale à long terme des enfants victimes d'AS est prédite davantage par le soutien qu'ils reçoivent des figures parentales après avoir dévoilé leur AS que par les caractéristiques liées à la situation d'AS elle-même. Selon Everill et Waller (1995), les victimes qui ont été blâmées, que l'on n'a pas crues ou qui ont été punies par leur famille pour avoir dénoncé l'agresseur sont plus nombreuses à se dénigrer et à rapporter de la dissociation à l'âge adulte.

De ce fait, chercheurs et intervenants s'entendent pour dire que la mère occupe un rôle crucial pour aider l'enfant à faire face au stress qui découle de l'AS qu'il a subie (Deblinger, Hathaway, Lippmann et Steer, 1993). En effet, c'est généralement sur la mère que repose la responsabilité de protéger l'enfant de l'agresseur, de l'accompagner dans les démarches judiciaires et de chercher des services professionnels (Thériault, Cyr et Wright, 2003). Cependant, certains enfants ne bénéficient pas du soutien maternel dont ils ont besoin pour pouvoir gérer le stress occasionné par leur AS (Elliott et Carnes, 2001; Thériault *et al.*, 2003). Par conséquent, une meilleure compréhension des facteurs qui sont associés au soutien maternel est nécessaire afin d'optimiser l'aptitude de ces mères à être disponibles et soutenantes lorsque l'enfant dévoile l'AS qu'il a subie.

La présente étude s'intéresse à la capacité des mères victimes d'AS dans l'enfance de soutenir leur enfant qui a également subi des mauvais traitements sexuels, et ce, dans une nouvelle perspective. En effet, cette recherche évalue la relation entre la perception actuelle des mères des

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-5968. Courriel : mireille.cyr@umontreal.ca

conséquences de leur AS et le soutien qu'elles offrent à leur enfant après qu'il ait dévoilé l'AS qu'il a vécue. De plus, d'autres facteurs pouvant être associés au soutien maternel, tels que les caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par l'enfant, seront considérés. Finalement, les stratégies d'adaptation utilisées par les mères seront documentées, ce qui a été peu fait à ce jour.

Histoire d'AS de la mère

Les études scientifiques recensées suggèrent que de 41% à 59% des mères d'enfants agressés sexuellement ont, elles aussi, été victimes d'AS dans le passé, comparativement à 12% dans la population générale (Cyr, Wright, Toupin, Oxman-Martinez, McDuff et Thériault, 2002). Les résultats obtenus concernant la relation entre l'AS vécue par les mères et leur capacité à répondre de manière soutenante lorsque leur enfant dévoile l'AS dont il a été victime sont contradictoires (Cyr *et al.*, 2002; Deblinger *et al.*, 1993; Elliott et Carnes, 2001; Gomes-Schwartz, Horowitz et Cardarelli, 1990; Runyan, Hunter, Everson, De Vos, Cross, Peeler et Withcomb, 1992). Par contre, ces études se sont uniquement intéressées au fait que les mères aient ou non été victimes de mauvais traitements sexuels dans l'enfance et n'ont pas considéré leur perception des conséquences associées à cet événement, ce qui pourrait expliquer l'absence de consensus à ce sujet.

Perception actuelle des mères des conséquences de leur AS

Himelein et McElrath (1996) ont conclu que les femmes ayant subi des mauvais traitements sexuels dans l'enfance et qui rapportent avoir une vision plus positive de leur AS vivent moins d'anxiété et de dépression comparativement à celles qui ont une vision négative de leur AS. En effet, bien que la majorité d'entre elles mentionne qu'il s'agit d'un des événements les plus difficiles qu'elles ont vécus au cours de leur vie, plusieurs affirment que leur AS a été l'élément déclencheur d'une croissance personnelle et que cette expérience a permis de donner un sens à leur vie après avoir vécu dans l'adversité (Himelein et McElrath, 1996). L'AS a permis à certaines victimes de mettre en place des moyens pour éviter une future victimisation en privilégiant des comportements plus sécuritaires et en développant une meilleure capacité à identifier des relations interpersonnelles saines (Draucker, 2001; Woodward et Joseph, 2003). De plus, les femmes qui ont identifié des conséquences positives à leur AS semblent avoir une meilleure estime d'elles-mêmes ainsi que moins d'anxiété relationnelle, de symptômes intériorisés, de problèmes d'ordre sexuel, de dissociation et de ruminations (McMillen, Zuravin et Rideout, 1995; Spacarelli, 1994). En outre, la perception des conséquences de l'AS explique plus de 35% de la variance des symptômes de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) observés chez 50

femmes victimes d'AS, et ce, après avoir contrôlé la sévérité de l'AS subie (Fairbrother et Rachman, 2006).

Les caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par l'enfant et le soutien maternel

Selon des résultats d'études empiriques, le soutien maternel offert à l'enfant qui dévoile son AS est influencé par les caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par celui-ci (Lovett, 2004). En effet, certains auteurs suggèrent que plus l'enfant est âgé, moins il reçoit de soutien maternel après avoir dévoilé son AS (Heriot, 1996; Runyan *et al.*, 1992). De plus, Cyr, Wright, McDuff et Perron (2002) rapportent que les mères offrent plus de soutien à l'enfant si l'agresseur est un membre de la famille élargie ou le père biologique de l'enfant que s'il s'agit d'un nouveau conjoint. Également, les mères sont moins soutenantes lorsque les gestes posés lors de l'AS impliquent une pénétration (Heriot, 1996). Cependant, des études n'ont pas identifié de relation entre certaines caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par l'enfant et le soutien maternel (Bolen et Lamb, 2004; DeYoung, 1994). De plus, les résultats de ces études doivent être interprétés avec précaution, et ce, pour différentes raisons. Tout d'abord, la variabilité des résultats obtenus peut s'expliquer par le fait que certains travaux comportent un nombre restreint de participants. Ensuite, la définition du soutien maternel et de l'AS varie d'une étude à l'autre, ce qui rend la comparaison des résultats obtenus difficile (Elliot et Carnes, 2001). Finalement, Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993) mentionnent que les caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par l'enfant sont fortement corrélées entre elles. Par exemple, les gestes posés lors d'une AS intrafamiliale impliquent plus souvent une pénétration que lorsque l'agresseur ne fait pas partie de la famille de l'enfant. Cependant, peu d'études ont privilégié l'utilisation d'analyses statistiques qui permettent d'estimer l'effet respectif de chacune des caractéristiques liées à la situation d'AS pour prédire le soutien maternel. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour contrer ces limites méthodologiques et ainsi faire la lumière sur ces résultats contradictoires.

Perception des mères relativement aux conséquences de leur AS et à leurs stratégies cognitives d'adaptation conscientes

Lazarus et Folkman (1984) proposent que le sentiment d'efficacité de l'individu à faire face à un événement stressant peut contribuer à l'utilisation de différentes stratégies cognitives d'adaptation conscientes. Ehlers et Clark (2000) affirment que l'attribution de conséquences négatives à une AS encourage la victime à utiliser des stratégies cognitives d'adaptation moins efficaces, tel l'évitement. De plus, les événements stressants vécus dans le passé sont susceptibles de façonner la perception d'un nouveau stress et d'influencer les stratégies cognitives

d'adaptation qui sont utilisées pour y faire face (Ehlers et Clark, 2000; Lazarus et Folkman, 1984). Cette théorie suggère donc que les mères risquent d'évaluer le stress occasionné par le dévoilement de l'AS de leur enfant en fonction de leur perception actuelle des conséquences de leur propre AS. L'attribution de conséquences positives à la suite de l'AS devrait donc être associée à l'utilisation de stratégies cognitives d'adaptation centrées sur la résolution de problème (recherche de soutien et résolution du problème) plutôt que sur l'évitement lorsque l'enfant dévoile l'AS dont il a été victime.

Présente étude

L'objectif général de cette étude vise à vérifier si la perception actuelle des mères relativement aux conséquences de leur AS et les caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par l'enfant sont associées au soutien maternel et aux stratégies cognitives d'adaptation qu'elles utilisent pour composer avec l'AS de leur enfant. À cet égard, trois hypothèses distinctes sont émises. La première hypothèse suggère que les mères qui ont pu identifier des conséquences positives à l'AS qu'elles ont vécue devraient être plus aptes à soutenir émotionnellement leur enfant et à entreprendre des actions pour protéger leur enfant de son agresseur. La deuxième hypothèse propose que les mères dont l'enfant est plus jeune, dont l'agresseur de l'enfant n'est pas un membre de la famille immédiate et ne vit pas avec elles et dont les gestes posés lors de l'AS de l'enfant n'impliquent pas de pénétration devraient être plus soutenantes à la suite du dévoilement de l'AS par leur enfant. La troisième hypothèse suggère que la perception actuelle des conséquences de l'AS des mères devrait être liée aux stratégies cognitives d'adaptation qu'elles utilisent lorsque leur enfant dévoile l'AS dont il a été victime. Plus précisément, les mères qui ont perçu des conséquences positives à leur AS devraient privilégier la résolution de problème ou la recherche de soutien social alors que les mères qui ont perçu des conséquences négatives à l'AS qu'elles ont subie devraient privilégier l'évitement.

MÉTHODE

Participants

L'échantillon est composé de 147 mères dont l'âge moyen est de 34,6 ans ($ÉT = 5,6$). Ces dernières ont un revenu personnel annuel moyen plutôt limité de 11 691,70 \$ ($ÉT = 7945,50$) qui varie d'aucun revenu à un salaire de 42 000 \$ par année. Le nombre moyen d'années de scolarité qu'elles ont complétées est de 11,1 années ($ÉT = 2,4$). Pour les besoins de la présente étude, les mères rencontrées ont toutes été victimes d'AS durant leur enfance. Les mères avaient en moyenne 8,5 ans ($ÉT = 3,7$) au moment où elles ont subi une AS. Parmi ces mères, 30,2 % ont été agressées par un membre de leur famille immédiate (père, beau-père,

frère ou mère), 25,9 % ont été agressées par un membre de leur famille élargie alors que 7,5 % ont été agressées par un inconnu. Dans cet échantillon, 15,6% des mères ($n = 23$) perçoivent que l'AS qu'elles ont subie a un impact positif sur leur vie actuelle, 55,8% ($n = 82$) sont neutres et 28,6% ($n = 42$) jugent que l'AS a un impact négatif sur leur vie actuelle.

En ce qui concerne les enfants, l'âge moyen de ceux-ci est de 10,2 ans ($ÉT = 3,9$). Dans cette étude, 17 % des enfants sont des garçons alors que 83 % sont des filles. Parmi ces enfants, en tenant compte du fait qu'ils ont pu être agressés par plus d'un agresseur, on note que 47 % ont été agressés par leur père, 19 % par le conjoint de leur mère, 28 % par un membre de la famille élargie, 27 % par une connaissance de l'enfant ou de la famille et 2,0% par un inconnu. Pour 60,1 % des enfants, l'AS impliquait une pénétration.

Instruments de mesure

Incest History Questionnaire (Courtois, 1988). La version adaptée et traduite (Thériault, Cyr et Cinq-Mars, 1997) de cette entrevue semi-structurée est utilisée afin de recueillir de l'information concernant l'histoire d'AS de la mère. La première partie porte sur la description de l'AS et du dévoilement. La seconde section s'attarde à la perception actuelle des mères des conséquences de leur propre AS. Cette échelle de type Likert en 7 points indique dans quelle mesure l'AS a eu un impact *positif* (score de 1 à 3 : « très positif » à « quelque peu positif »), *neutre* (score de 4) ou *négatif* (score 5 à 7 : « quelque peu négatif » à « très négatif ») sur six dimensions de la vie des mères rencontrées (dimension sociale, psychologique, physique, sexuelle, perception de soi, relation avec les hommes). Pour chaque dimension, une description est donnée (par exemple, dimension sociale: se sentir isolée, différente des autres, incapable d'interagir, méfiante à l'égard des autres). Le score global est obtenu en calculant la moyenne des cotes choisies pour l'ensemble des six dimensions. La cohérence interne de cette échelle est jugée adéquate ($\alpha = .84$).

Ways of Coping Questionnaire (WCQ; Folkman et Lazarus, 1988). Dans sa version française abrégée (Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer et Wright, 1995), ce questionnaire permet d'évaluer les stratégies cognitives d'adaptation utilisées par les mères lors du dévoilement d'AS de leur enfant. Il comprend 21 items cotés sur une échelle de fréquence en quatre points (de « pas utilisé » à « beaucoup utilisé »). Trois stratégies sont mesurées et elles obtiennent toutes des coefficients de cohérence interne satisfaisants (alphas de .76 à .86)

Parental Reaction to Abuse Disclosure (PRADS; Everson, Hunter, Runyon, Edelsohn, et Coulter, 1989; traduction: Thériault, Cyr et Wright,

1996). Cette entrevue permet d'évaluer quatre dimensions du soutien maternel spécifiquement à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant dont deux sont utilisées dans la présente étude: 1) le soutien émotionnel (par exemple, est attentive à ce que vit l'enfant par rapport à l'AS; est disponible pour écouter et rassurer l'enfant); 2) les actions entreprises contre l'agresseur de l'enfant (par exemple, empêche les contacts entre l'enfant et l'agresseur ou les encadre; exprime clairement son désaccord par rapport à l'AS). L'entrevue est réalisée séparément avec la mère et l'enfant pour varier la source d'informations et ainsi minimiser les biais dans les informations recueillies. Les scores des échelles varient de -2 à +2. La cohérence interne de l'échelle totale est acceptable ($\alpha = .70$).

Sexual Abuse Rating Scale (Friedrich, 1992; traduction: Wright, Sabourin et Lussier, 1994). Cette entrevue semi-structurée réalisée avec les mères permet de documenter les caractéristiques de l'agression vécue par l'enfant (les gestes posés, la durée, la fréquence, le lien victime-agresseur et l'âge de l'enfant au moment de l'AS). Cet instrument a une cohérence interne acceptable ($\alpha = .85$).

Finalement, un questionnaire sociodémographique a été administré pour évaluer l'âge, le niveau de scolarité et le revenu annuel personnel moyen des mères.

Procédure

Le recrutement des participants a été effectué en collaboration avec les intervenant(e)s des Centres jeunesse de la région de Lanaudière, de la Mauricie-Centre du Québec et de la Montérégie. Une évaluation comportant une entrevue et l'administration de différents questionnaires a été réalisée séparément avec les mères et les enfants par des assistants de recherche formés à cet effet. Les participantes ont été sollicitées par l'intervenant responsable au moment où l'AS de leur enfant a été confirmée. L'entrevue a eu lieu en moyenne 2,9 mois ($\text{ÉT} = 5,4$) après le signalement de l'AS de l'enfant aux Centres jeunesse. Cette recherche a été entérinée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal.

RÉSULTATS

Des corrélations de Pearson ont été utilisées pour vérifier la relation entre les différentes variables à l'étude. Le niveau d'éducation, le sexe de l'enfant et le salaire personnel annuel moyen des mères sont également considérés dans les analyses corrélationnelles pour s'assurer qu'ils n'influencent pas les autres variables à l'étude, ce qui a été confirmé par les résultats obtenus. Par la suite, une régression multiple a été effectuée en conservant comme variables indépendantes celles ayant atteint le seuil de signification de .05 dans les analyses corrélationnelles.

Les résultats des corrélations apparaissent au Tableau 1. Ces résultats montrent que moins l'enfant est âgé et que plus la perception actuelle des conséquences de l'AS des mères est positive, plus elles offrent du soutien émotif à l'enfant. Plus l'enfant est âgé et moins elles perçoivent actuellement les conséquences de leur AS comme positives et plus elles entreprennent des actions contre l'agresseur de l'enfant. Le lien entre l'enfant et l'agresseur (AS intrafamiliale ou extrafamiliale) est aussi significativement lié aux actions entreprises contre l'agresseur : les mères entreprennent plus d'action dans les cas intrafamiliaux. Cependant, le soutien émotif et les actions entreprises contre l'agresseur ne sont pas associés au fait que l'agresseur habite avec la mère ou qu'il y ait eu une pénétration lors de l'AS de l'enfant.

En ce qui concerne les stratégies cognitives d'adaptation (soit la recherche de soutien social, l'évitement ou la résolution de problème), l'unique corrélation significative observée se situe entre l'âge de l'enfant et la recherche de soutien social par la mère. En définitive, plus l'enfant est âgé et moins les mères recherchent de soutien social.

Afin de vérifier si la perception actuelle des mères des conséquences de leur AS et les caractéristiques liées à la situation d'AS de l'enfant sont liés au soutien maternel et les stratégies cognitives d'adaptation utilisées lorsque l'enfant dévoile son AS, une analyse de régression multiple a été effectuée (Tableau 2). La perception actuelle des mères des conséquences de leur AS et l'âge de l'enfant ont été insérés comme variables indépendantes dans la régression multiple. Les résultats obtenus suggèrent que l'enfant a plus de chance de recevoir du soutien émotif de sa mère s'il est jeune et si sa mère a identifié des conséquences positives à l'AS qu'elle a vécue. Ces deux variables expliquent 13 % de la variance du soutien émotionnel offert à l'enfant.

La perception actuelle des mères des conséquences de leur AS, l'âge de l'enfant et le lien entre l'enfant et l'agresseur expliquent 13 % de la variance des actions entreprises contre l'agresseur. Ainsi, l'enfant victime d'AS qui est plus jeune, dont l'agresseur ne fait pas partie de sa famille et dont la mère a identifié des conséquences positives à l'AS qu'elle a vécue a plus de chance d'avoir une mère qui entreprend des actions pour le protéger de son agresseur. L'analyse de régression indique que l'âge de l'enfant n'est pas une variable prédictrice de la recherche de soutien social.

Finalement, des termes d'interaction ont été réalisés pour vérifier si certaines des variables agissaient en tant que modérateur. Aucune des analyses effectuées à ce sujet ne s'est révélée significative.

Facteurs liés au soutien maternel

Tableau 1 Corrélations entre les variables à l'étude

Variables	Soutien émotif	Actions contre l'agresseur	Évitement	Recherche de soutien social	Résolution du problème
Perception des mères des conséquences de leur AS	-.19*	-.18*	.10	.08	.07
Âge de l'enfant	-.32**	.24**	.10	-.18*	-.05
AS intrafamiliale	.05	.24**	-.06	-.06	-.06
Pénétration	.07	-.17	-.03	-.06	-.05
Revenu personnel annuel des mères	-.04	-.08	.04	-.06	-.06
Scolarité des mères	-.01	.01	-.07	.02	.10
Sexe de l'enfant	.00	.02	.01	.02	.06

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .01$

Tableau 2 Analyse de régression multiple des variables associées au soutien maternel et aux stratégies d'adaptation

	R ² ajusté	F	Bêta	B	ÉT (B)	t
Soutien émotif	.13	11.31***				
Perception des mères des conséquences de leur AS			-.19	-.09	.04	-2.48*
Âge de l'enfant			-.32	-.04	.01	4.06***
Actions contre l'agresseur	.13	8.01***				
Perception des mères des conséquences de leur AS			-.20	-.07	.03	-2.59*
Âge de l'enfant			-.22	-.02	.01	-2.79**
AS intrafamiliale			.23	.16	.06	2.87**
Recherche de soutien social	.02	1.42				
Âge de l'enfant			-.22	-.28	.11	-2.54

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

DISCUSSION

Prédicteurs du soutien maternel

Les analyses effectuées révèlent que la perception actuelle des conséquences de l'AS des mères est associée au soutien émotif qu'elles

offrent à leur enfant et aux actions qu'elles entreprennent contre l'agresseur de celui-ci. Ce résultat semble confirmer l'importance de tenir compte de la perception des individus qui ont vécu un traumatisme plutôt que l'événement en tant que tel pour comprendre leur réaction et leur adaptation à la suite de cet événement (Lazarus et Folkman, 1984; Woodward et Joseph, 2003). Deux hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces résultats. Tout d'abord, l'identification de conséquences négatives à un événement traumatisant pourrait faire en sorte que la victime ne se croit plus en mesure de déployer des actions efficaces lors d'un événement stressant subséquent (Ehlers et Clark, 2000). En effet, les mères ayant subi une AS dans le passé pourraient voir l'AS de leur enfant comme une preuve de leur inaptitude à bien protéger celui-ci, une autre conséquence négative qui découlerait de leur propre AS. Par conséquent, ces mères risquent de moins soutenir émotionnellement leur enfant et de moins entreprendre d'actions pour éviter les contacts entre l'enfant et l'agresseur. Les mères qui ont trouvé des conséquences positives à leur AS seraient, quant à elles, plus confiantes d'avoir les ressources pour venir en aide à leur enfant puisqu'elles auraient l'impression d'avoir, elles-mêmes, réussi à sortir gagnantes de cette expérience difficile. Elles soutiennent donc davantage l'enfant en étant consciente que les difficultés vécues par l'enfant à la suite de l'AS n'auront pas nécessairement des conséquences négatives irréversibles sur son avenir.

Il est également possible qu'il existe une relation indirecte entre la perception actuelle des mères des conséquences de l'AS et le soutien qu'elles offrent à leur enfant après que celui-ci ait dévoilé son AS. Les mères qui ont rapporté percevoir des conséquences positives à l'AS qu'elles ont vécue pourraient être plus satisfaites de leur situation sociale, psychologique, physique, sexuelle, de la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et des relations qu'elles entretiennent avec les hommes. Par conséquent, elles auraient plus de ressources pour gérer la détresse occasionnée par le dévoilement de l'AS de l'enfant et pour soutenir adéquatement celui-ci (Elliot et Carnes, 2001). Des études subséquentes seraient nécessaires pour mieux comprendre les processus qui expliquent la relation entre la perception actuelle des conséquences de l'AS des mères et le soutien maternel.

Selon les résultats obtenus, l'âge de l'enfant est également lié au soutien émotif et aux actions entreprises par les mères contre l'agresseur, tel qu'observé dans le cadre d'autres études (Heriot, 1996; Runyan *et al.*, 1992). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les mères ont tendance à croire et à soutenir davantage les jeunes enfants qui disent avoir été victimes de mauvais traitements sexuels compte tenu qu'ils n'ont pas assez de connaissances sur la sexualité pour rapporter des

expériences sexuelles sans avoir réellement été exposés à ces événements (Heriot, 1996).

En outre, le lien entre l'agresseur et la mère fait partie des variables associées aux actions entreprises contre l'agresseur. Tout comme dans les études d'Everson et de ses collègues (1989) et d'Heriot (1996), nous observons que, dans les cas d'AS intrafamiliales, les mères entreprennent moins d'actions pour protéger l'enfant de l'agresseur. Certains auteurs rapportent que dans le cas d'une AS intrafamiliale, le dévoilement de l'AS par l'enfant peut entraîner le bris de la cellule familiale (Levitt, Owen et Truchsess, 1991), des préoccupations financières importantes pour la mère et l'isolement de celle-ci (Massat et Lundy, 1998), ce qui expliquerait que certaines mères n'entreprennent pas d'actions pour protéger l'enfant de l'agresseur lorsqu'il fait partie de leur famille. Cependant, les résultats de cette étude suggèrent que les gestes posés lors de l'AS de l'enfant ne prédisent pas le soutien maternel offert à l'enfant qui dévoile l'AS qu'il a subie contrairement à ce qui avait été observé dans le cadre d'études antérieures (voir Heriot, 1996). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que certaines études ne tiennent pas compte du fait que les caractéristiques de la situation d'AS peuvent être interreliées, d'où l'importance de privilégier des analyses statistiques multivariées qui permettent de déterminer l'effet de chacune de ces caractéristiques sur le soutien maternel (Bolen et Lamb, 2004).

Prédicteurs des stratégies cognitives d'adaptation

Reis et Heppner (1993) ont soulevé l'importance de mieux documenter les stratégies cognitives d'adaptation adoptées par les mères lors du dévoilement de l'AS de leur enfant. Les résultats obtenus nous laissent croire que les mères qui perçoivent des conséquences positives à leur propre AS n'utilisent pas plus de stratégies cognitives d'adaptation centrées sur la résolution de problème ou sur la recherche de soutien social que l'évitement. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'une bonne capacité d'adaptation à la suite d'un événement stressant se caractérise par l'élaboration d'un large répertoire de stratégies d'adaptation (Tremblay, Hébert et Piché, 1999). Il est possible que les mères ayant perçu des conséquences (négatives ou positives) de l'AS sur leur vie actuelle se distinguent plutôt pour la fréquence et la rigidité avec laquelle elles privilégient des stratégies moins efficaces. Des études supplémentaires seraient donc nécessaires pour évaluer les stratégies cognitives d'adaptation chez les mères en fonction de leur perception des conséquences de leur AS à différents moments dans le temps pour approfondir nos connaissances sur le sujet.

Limites de la recherche et pistes d'intervention

Certaines limites inhérentes à la présente recherche doivent être soulignées. Tout d'abord, étant donné que les participantes de cette étude ont été recrutées par des Centres jeunesse, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés à l'ensemble des mères victimes d'AS dont l'enfant a subi des mauvais traitements sexuels (Cyr *et al.*, 2002). En ce sens, certains auteurs suggèrent que les mères les moins soutenantes sont celles qui sont les plus susceptibles de décliner l'invitation à participer au projet de recherche (Elliot et Carnes, 2001; Heriot, 1996).

La nature corrélationnelle et transversale de cette recherche nous empêche de conclure à une causalité entre les concepts mesurés. Il serait donc pertinent d'évaluer le soutien et la perception actuelle des mères des conséquences de leur AS dans une perspective longitudinale.

En outre, cette étude s'est uniquement intéressée aux stratégies d'adaptation cognitives conscientes alors que les processus plus inconscients, tels que la dissociation et le déni, n'ont pas été évalués. Comme plusieurs variables ont été mesurées à l'aide de questionnaires auto-rapportés, il aurait été pertinent d'évaluer ces stratégies d'adaptation pour s'assurer qu'elles ne viennent pas influencer l'information fournie par les mères (Briere et Scott, 2006).

La relation entre les conséquences de l'AS des mères et le soutien offert à leur enfant victime d'AS observée dans cette étude semble confirmer l'intérêt de s'attarder à la perception actuelle qu'ont les mères des conséquences de leur AS pour mieux comprendre leur réaction après que l'enfant ait dévoilé son AS. En ce sens, certains auteurs mentionnent qu'il serait pertinent d'aider les mères qui suivent une thérapie à développer une perception positive de l'AS qu'elles ont subie pour qu'elles se sentent aptes à gérer la détresse associée aux souvenirs de leur AS ou à un événement stressant subséquent (Marshall, Yehuda et Bone, 2000). Finalement, des études supplémentaires seront nécessaires pour évaluer les croyances et les émotions rattachées à la perception actuelle des mères des conséquences de leur AS car il s'agit d'informations qui pourraient être intéressantes à considérer pour l'élaboration de plans d'intervention auprès de cette clientèle.

Références

- Bolen, R. M. et Lamb, J. L. (2004). Ambivalence of nonoffending guardians after child sexual abuse disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 185-211.
- 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, 371-377.

Facteurs liés au soutien maternel

- Briere, J. et Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound : Adult survivors in therapy*. New York : W.W. Norton and Company.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P. et Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse : Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 26, 957-973.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P. et Thériault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de psychoéducation et d'orientation*, 31(2), 319-337.
- Deblinger, E., Hathaway, C. R., Lippmann, J. et Steer, R. (1993). Psychosocial characteristics and correlates of symptom distress in non-offending mothers of sexually abuse children. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(2), 155-168.
- DeYoung, M. (1994). Immediate maternal reactions to the disclosure or discovery of incest. *Journal of Family Violence*, 9(1), 21-33.
- Draucker, C. B. (2001). Learning the harsh realities of life: Sexual violence, disillusionment, and meaning. *Health Care for Women International*, 22(1-2), 67-84.
- Ehlers, A. et Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Elliott, A. N. et Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Everill, J. et Waller G. (1995). Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates. *Child Abuse & Neglect*, 19(1), 93-100.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyon, D. K, Edelsohn, G. A. et Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197-207.
- Fairbrother, N. et Rachman, S. (2006). PTSD in victims of sexual assault: Test of a major component of the Ehlers-Clark theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(2), 74-93.
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire : Research Edition*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Friedrich, W. M. (1992). *Sexual Abuse Rating Scale*. Rochester, MN: Dept. Pédopsychiatrie, Clinique Mayo, Rochester.
- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M. et Cardarelli, A. P. (1990). *Child Sexual Abuse: The Initial Effects*. London : Sage.
- Heriot, J. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 181-194.
- Himelein, M. J. et McElrath, J. V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors : Cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 747-758.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, M. L. et Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Levitt, C. J., Owen, G. et Truchsess, J. (1991). Families after sexual abuse: What helps? What is needed? In P. M. Quinn (Éd). *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation* (p. 39-56). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Lovett, B. B. (2004). Child sexual abuse disclosure: maternal response and other variables impacting the victim. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(4), 355-371.
- Marshall, R. D., Yehuda, R. et Bone, S. (2000). Trauma-focused psychodynamic psychotherapy for individuals with posttraumatic stress symptoms. In A. Y. Shalev, R. Yehuda, A. C. McFarlane, (Éds), *International handbook of human response to trauma*. (p. 347-361). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Massat, C. R. et Lundy, M. (1998). "Reporting costs" to nonoffending parents in cases of intrafamilial child sexual abuse. *Child Welfare Journal*, 77(4), 371-388.
- McMillen, C., Zuravin, S. et Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1037-1043.

- Oddone Paolucci, E., Genuis, M. L. et Violato, C. (2001) A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology : Interdisciplinary and Applied*, 135(1), 17-36.
- Reis, S. D. et Heppner, P. P. (1993). Examination of coping resources and family adaptation in mothers and daughters of incestuous versus nonclinical families. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 100-108.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N. et Whitcomb, D. (1992). *Maternal support for child victims of sexual abuse: Determinants and implications* (90-CA-1368). Englewood: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Thériault, C., Cyr, M. et Wright, J. (2003). Contextual factors associated with the symptoms in teenagers victims of intrafamilial sexual aggression. *Child Abuse & Neglect*, 27(11), 1291-1309.
- Thériault, C., Cyr, M. et Cinq-Mars, C. (1997). *Traduction et adaptation du Incest History Questionnaire de Courtois (1988)*. Document inédit. Université de Montréal.
- Thériault, C., Cyr, M. et Wright, J. (1996). *Traduction et adaptation du Parental Reaction to Disclosure Scale de Everson et al. (1989)*. Document inédit. Université de Montréal.
- Tremblay, C., Hébert, M. et Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.
- Woodward, C. et Joseph, S. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 267-283.
- Wright, J., Sabourin, S. et Lussier, Y. (1994). *Traduction de l'échelle d'évaluation d'abus sexuel*. Document inédit. Université de Montréal.

Résumé

La présente étude documente le rôle de la perception actuelle de mères des conséquences de leur agression sexuelle (AS) et des caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par leur enfant pour prédire le soutien maternel ainsi que les stratégies cognitives d'adaptation qu'elles utilisent après que leur enfant ont dévoilé l'AS qu'il a subie. Cent quarante-sept mères victimes d'AS dans l'enfance ont été recrutées par les Centres jeunesse du Québec. Une analyse de régression multiple révèle que la perception actuelle des conséquences de l'AS des mères et certaines caractéristiques liées à la situation d'AS vécue par l'enfant sont associées au soutien maternel.

Mots clés

soutien maternel, perception, stratégies d'adaptation, agression sexuelle

Abstract

The present study documents the role of mothers' current perceptions of the consequences of their own experience of sexual abuse (SA) on their child's experience of SA in order to predict maternal support and the coping strategies mothers use when their child discloses SA. 147 mothers were recruited in collaboration with Centres Jeunesse du Québec. Multiple regression analyses reveal that mothers' current perceptions of the consequences of their experience of SA and certain characteristics of their child's experience of SA are linked to maternal support.

Key words

maternal support, perceptions, coping strategies, sexual abuse

**DROGUES DU VIOL, ALCOOL ET AGRESSIONS SEXUELLES :
PERCEPTION D'ÉTUDIANTS DE NIVEAUX COLLÉGIAL ET
UNIVERSITAIRE**

**DATE RAPE DRUGS, ALCOHOL AND SEXUAL ABUSE : PERCEPTIONS OF STUDENTS
FROM COLLEGE AND UNIVERSITY SETTINGS**

Nicole Perreault¹

Direction de santé publique de Montréal

Huguette Bégin

Université de Montréal

Danielle Bédard

*CSSS Pointe-de-l'Île, Montréal, point
de service CLSC Rivière-des-Prairies*

Isabelle Denoncourt

Direction de santé publique de Montréal

Josée Michaud

*Centre de recherche interdisciplinaire sur
les problèmes conjugaux et les agressions
sexuelles (CRIPCAS)*

La violence dans les relations amoureuses chez les jeunes est un sujet préoccupant et des programmes pour en faire la prévention existent déjà depuis plusieurs années. C'est dans ce contexte que le programme PRÉAVI² a été développé initialement pour des étudiants de niveau collégial, afin de prévenir les agressions sexuelles et la violence dans les relations amoureuses des jeunes. L'intervention fait présentement l'objet d'un élargissement de manière à rejoindre une clientèle de jeunes de 16 à 24 ans qui évoluent dans d'autres milieux. Dans la perspective d'adaptation du matériel, des informations sur l'usage de substances (alcool et drogues) dans un contexte de fréquentation amoureuse sont ajoutées. En effet, la consommation de substances augmente l'état de vulnérabilité à des relations sexuelles non consenties (Perreault, Bégin, Michaud et Denoncourt, 2005).

La présente étude vise donc à cerner les perceptions des jeunes (selon leur sexe et leur âge) relativement aux agressions sexuelles commises dans un contexte de consommation. Par ailleurs, comme l'alcool constitue la substance la plus utilisée dans un contexte d'agression sexuelle, les comportements perçus découlant d'un état hypothétique de consommation d'alcool chez les jeunes sont aussi explorés.

1. Adresse de correspondance : Direction de santé publique de Montréal, 1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (QC), H2L 1M3. Téléphone : (514) 528-2400, poste 3416. Courriel : nperreau@santepub-mtl.qc.ca
2. PRÉvention des Agressions sexuelles et Violence dans les relations amoureuses des jeunes en milieu collégial.

PROBLÉMATIQUE

Les taux d'incidence et de prévalence de violence dans les relations amoureuses sont généralement plus élevés chez les jeunes des milieux collégial et universitaire que chez ceux qui fréquentent l'école secondaire (Halpern, Oslak, Young, Martin et Kupper, 2001). À cet effet, des études réalisées auprès d'étudiants de niveau universitaire (Banyard, Plante, Cohn, Ward, Moorhead et Walsh, 2005; DeKeseredy et Schwartz, 1998; Wechsler, Lee, Kuo et Lee, 2000) rapportent que 18 % des femmes auraient été abusées sexuellement dans le cadre de leurs relations amoureuses au cours de la dernière année.

La consommation de substances est également liée aux agressions sexuelles, notamment en ce qui a trait à l'alcool. Abbey, Parkhill, BeShears, Clinton-Sherrod et Zawacki (2006), Abbey, Zawacki, Buck, Clinton et McAuslan (2001) ainsi que Carr et VanDeusen (2004) indiquent que plus les garçons ont eu une consommation élevée d'alcool au cours de la dernière année, plus ils ont exercé de la coercition au plan sexuel. De plus, comme la consommation de drogues diminue la capacité de la victime à résister et provoque un état de soumission, elle peut favoriser l'agression sexuelle. D'ailleurs, près de 50 % des agressions rapportées chez les étudiants de niveau collégial américain impliqueraient une consommation d'alcool (Abbey, 2002; Fisher, Daigle, Cullen et Turner, 2003). Par ailleurs, lors d'une recherche effectuée auprès d'une population d'étudiants de première et de deuxième années d'études universitaires, Gidycz, Rich, Orchowski, King et Miller (2006) observent que, parmi les victimes d'agressions sexuelles, 51,6 % avaient consommé de l'alcool ou de la drogue au moment de l'agression et que c'était le cas de 56,6 % des agresseurs.

Alors que la littérature mentionne clairement que l'alcool est la substance la plus fréquemment utilisée en vue de commettre une agression sexuelle, une recherche réalisée auprès d'étudiants de niveau collégial (Perreault *et al.*, 2005) fait ressortir que la substance perçue comme la plus associée au viol est l'Acide gamma-hydroxybutyrate (GHB), même si l'alcool est également cité. Ainsi, cette perception du phénomène par les étudiants diffère donc de la réalité et semble refléter une certaine banalisation du rôle de l'alcool comme facteur de risque associé à des comportements non désirés. À cause de leur jeune âge et d'une expérience limitée, il est possible que les jeunes se placent davantage dans des situations plus risquées qu'ils le croient, soit par manque de lucidité en situation critique, soit par absence de recul face à l'expérience. La littérature sur la consommation d'alcool (Hansel, White et Vali, 1999; Jefferis, Power et Manor, 2005) suggère aussi que la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte constituent une période où les taux de consommation de substances sont élevés. Lewis, Lee, Patrick et Fossos

(2007) observent aussi que les jeunes tendent à s'engager dans certains comportements à risque par besoin d'approbation de leurs pairs. Au plan de la sexualité, par exemple, la perception de ce qu'est un comportement « normal » prend une grande importance chez les jeunes en milieu collégial. Ces mêmes auteurs ont montré que, dans une population d'étudiants sous-gradués, les jeunes perçoivent, qu'en situation hypothétique, les autres étudiants se comportent de manière plus risquée qu'eux alors qu'ils considèrent positivement leurs propres comportements.

Bien que certaines études s'intéressent aux mécanismes par lesquels la consommation de substances facilite une agression sexuelle, peu d'études ont examiné les comportements typiques des jeunes pouvant possiblement mener à une relation sexuelle non consentie en contexte de consommation où se présente un enjeu de séduction. Dans cette perspective, l'étude de White, Jamieson-Drake, et Swartzwelder (2002) suggère certains liens entre la consommation excessive et les comportements dangereux ou regrettables; en effet, alors que 25 % des jeunes de l'étude ont révélé s'être engagés dans une forme ou une autre de sexualité, 4 % ont confié avoir eu une relation sexuelle non protégée et 6 % ont mentionné avoir eu une relation sexuelle non désirée.

Par ailleurs, les changements observés dans la société occidentale depuis les 50 dernières années ont aussi modifié la transition de l'adolescence vers l'âge adulte, de sorte qu'on assiste présentement à l'émergence d'une adolescence « tardive » et à la transition vers la vie de jeune adulte au cours de la vingtaine (Arnett, 2000). Dans ce contexte de changement, la période qui suit l'adolescence se caractérise par un cumul de facteurs de stress et est propice à l'adoption de comportements risqués. En effet, les jeunes (16-24 ans) jouissent d'une plus grande liberté que les adolescents, sans qu'ils aient pour autant à assumer les contraintes liées au rôle d'adulte.

Objectifs

La présente étude vise d'abord à décrire les perceptions des jeunes, selon leur âge (16-19 ans, 20-24 ans) et leur sexe (fille et garçon), en lien avec les substances pouvant être qualifiées de « drogues du viol ». Ces perceptions sont examinées en fonction des variables suivantes : avoir entendu parler des drogues du viol; fréquence d'oubli d'une partie de la soirée en fonction de l'enivrement; vulnérabilité perçue à être victime ou à être agresseur en contexte de consommation (alcool ou drogue). Développé à des fins exploratoires, le deuxième objectif vise à présenter les perceptions d'étudiants de niveau universitaire quant aux comportements de séduction possibles selon différents stades d'enivrement.

METHODE

Participants

L'échantillon compte 1252 étudiants âgés de 16 à 25 ans qui ont complété le questionnaire sur les drogues du viol : 751 proviennent du secteur préuniversitaire (niveau collégial); 380 du secteur technique (niveau collégial) et 121 étudiant dans le domaine des sciences humaines (niveau universitaire).

Procédure

En milieu collégial, les étudiants ont participé à l'intervention préventive PRÉAVI après avoir complété le questionnaire « Drogues du viol : substances et consommation » qui sera décrit à la section suivante. En milieu universitaire, les étudiants ont été rencontrés au début d'un cours sur les agressions sexuelles et la consommation de substances et ont répondu au même questionnaire. Compte tenu de leur plus grande expérience possible de consommateur et/ou d'observateur dans le contexte qui nous intéresse, les étudiants universitaires ont été retenus pour répondre à un deuxième questionnaire, « Comportements de séduction et consommation d'alcool ».

Instruments

Le questionnaire « Drogues du viol : substances et consommation » traite des substances qui peuvent être utilisées comme drogues du viol et de leur consommation. Le premier item est inspiré d'un des dix items du *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Bohn, Babor et Kranzler, 1995). Les étudiants indiquent la fréquence à laquelle ils ont déjà consommé de l'alcool ou de la drogue au point d'oublier une partie de leur soirée. Le deuxième item demande aux étudiants de cocher, parmi 14 substances suggérées, celles qui, selon eux, peuvent être utilisées pour faciliter une agression sexuelle. Les substances qui figurent à cette question ont été choisies en se basant sur la littérature, de même qu'en consultant les jeunes lors de la phase d'implantation du programme PRÉAVI. Il s'agit des drogues du viol « classiques » (GHB avec ou sans alcool), de l'alcool en grande quantité (bière, cocktail, vin), des médicaments (Tyléno, tranquillisants, Valium, somnifères, rohypnol) accompagnés ou non d'alcool et de drogues (héroïne, marijuana, extasy, LSD). Pour chacun des regroupements de substances, un score total a été calculé : plus la fréquence de cotation de ces substances est augmentée plus le score est élevé. Deux autres items permettent aux étudiants d'indiquer à quel point ils croient que la consommation de drogue ou d'alcool rend une personne plus vulnérable 1) à commettre et 2) à subir une agression sexuelle. Ils répondent aux deux questions en utilisant une échelle de Likert en 5 points (« pas du tout vrai » à « totalement vrai »).

Le questionnaire « Comportements de séduction et consommation d'alcool », administré uniquement aux étudiants universitaires, concerne les comportements hypothétiques de séduction selon différents stades de consommation d'alcool : sobriété, euphorie, ébriété. Les étudiants y décrivent les comportements positifs et négatifs qu'ils pourraient avoir à chacun des stades de consommation.

RÉSULTATS

Dans un premier temps, des analyses de chi carré sont effectuées sur l'ensemble des variables (à l'exception des regroupements de substances) afin de vérifier l'existence d'une différence selon le sexe ou le groupe d'âge des étudiants. Ainsi, on trouve que les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir vécu de fréquents épisodes d'oubli suite à une consommation de substances [$\chi^2(2,1180) = 27,35; p < .001$]. Les filles ont, quant à elles, entendu parler des drogues du viol plus fréquemment que les garçons [$\chi^2(2,1180) = 29,96; p < .001$]. Par contre, aucune différence concernant la perception du lien entre la consommation et la vulnérabilité à subir ou à commettre une agression n'est constatée selon le sexe des répondants.

Une seconde analyse de chi carré est ensuite effectuée sur les variables de perception du lien entre la consommation et la vulnérabilité à l'agression, en parallèle avec la fréquence à laquelle les étudiants ont entendu parler des drogues du viol. Il appert que ceux qui ont entendu parler le plus souvent des drogues du viol sont aussi en accord avec le fait que la consommation augmente la vulnérabilité à subir une agression sexuelle, alors que ceux qui se disent peu informés perçoivent moins le lien possible entre la consommation et la vulnérabilité à subir une agression [$\chi^2(2,1011) = 12,62; p < .005$]. En complément, aucun lien n'a été trouvé relativement à la perception d'une susceptibilité à commettre une agression sexuelle dans un contexte de consommation individuelle en dehors du groupe.

Dans un deuxième temps, des analyses multivariées (MANOVA) ont été conduites sur les quatre regroupements de substances.

La première analyse (MANOVA) tient compte des facteurs suivants : le nombre de fois où les étudiants ont entendu parler des drogues du viol, leur vulnérabilité à subir une agression, la capacité à commettre une agression et la fréquence d'oubli. On observe un effet significatif de la fréquence relative aux étudiants qui ont entendu parler des drogues du viol [$F(4,1011) = 16,45, p < .001$] et de la vulnérabilité à subir une agression [$F(4,1011) = 9,44, p < .001$].

Les étudiants se distinguent entre eux selon la fréquence à laquelle ils ont entendu parler des drogues du viol pour les regroupements de substances « alcool » et « drogues du viol classiques ». Ceux qui en ont entendu parler souvent ou très souvent nomment davantage de substances quant à ces deux regroupements que ceux qui en ont entendu parler quelquefois ou jamais-rarement. Ceux qui en ont entendu parler quelquefois mentionnent davantage ces substances que ceux qui en ont entendu parler jamais ou rarement. De plus, les étudiants qui ont souvent ou très souvent entendu parler des drogues du viol identifient davantage les substances de la catégorie « médicaments et alcool » que tous les autres étudiants.

Quant à la vulnérabilité à subir une agression en contexte de consommation, les différences sont significatives sur l'ensemble des catégories de substances. Les étudiants qui croient que la consommation augmente la vulnérabilité à subir une agression (assez – totalement) nomment plus de substances dans toutes les catégories que ceux qui perçoivent moins cette vulnérabilité accrue.

Une seconde analyse multivariée (MANOVA) examine les effets du sexe (X2) et de la fréquence des périodes d'oubli dû à l'enivrement (X3), en rapport avec les catégories de substances mentionnées. Les résultats indiquent un effet principal du sexe [$F(4,1174) = 5,19, p < .001$] et un effet principal de la fréquence d'oubli ($F(8,2346) = 6,35, p < .001$). En effet, on observe que les garçons nomment davantage de substances reliées à la catégorie « alcool » que les filles, alors que ces dernières identifient plutôt les « drogues du viol classiques ». L'effet de la fréquence des périodes d'oubli concerne également l'alcool et les drogues classiques du viol. Dans les deux catégories, les étudiants qui n'ont jamais vécu de période d'oubli reliée à une consommation excessive nomment moins de substances que les autres.

Une dernière analyse (MANOVA) a été réalisée selon l'âge (X2), en divisant les analyses pour les garçons et les filles étant donné les différences sexuelles précédemment rapportées (Perreault *et al.*, 2005). Il est ainsi possible d'observer, séparément pour les filles et les garçons, les différences selon les groupes d'âge. Les résultats montrent un effet de l'âge sur les catégories de substances nommées par les filles [$F(4,866) = 5,27, p < .001$]. Les Figures 1 et 2 présentent les moyennes des filles et des garçons selon leur âge pour chacune des catégories de substances. Il en ressort que les filles et les garçons plus âgés nomment davantage de substances que les plus jeunes dans les catégories « drogues du viol classiques » et « médicaments et alcool ».

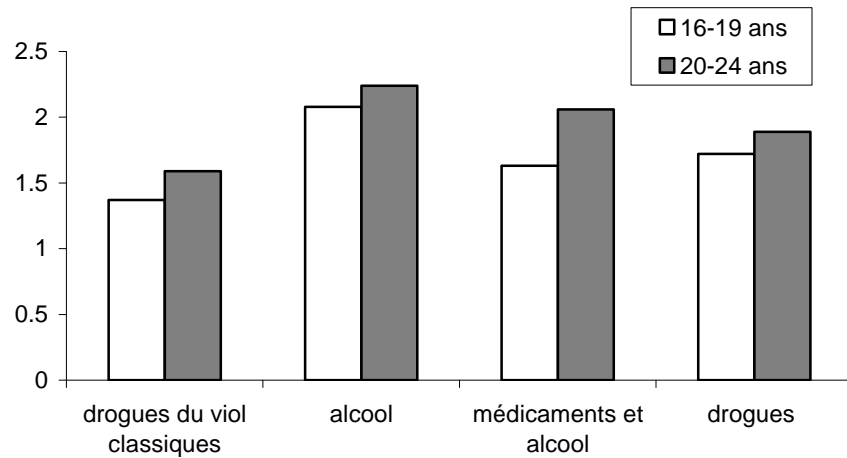


Figure 1 Perceptions des substances utilisées comme drogues du viol selon l'âge chez les filles

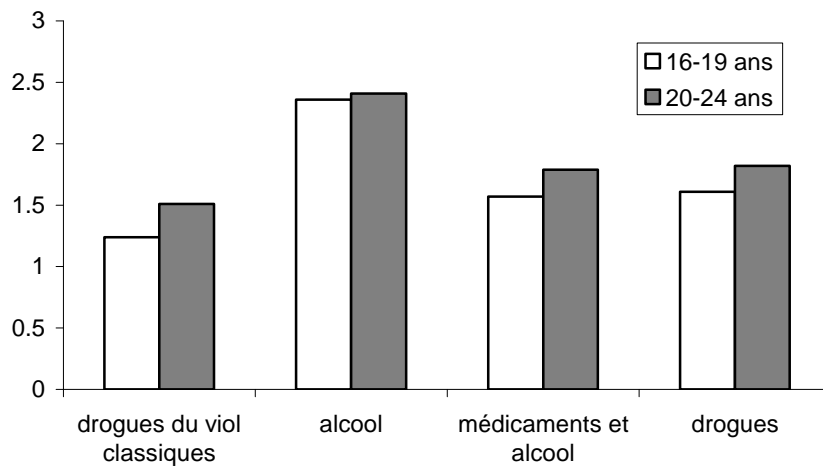


Figure 2 Perceptions des substances utilisées comme drogues du viol selon l'âge chez les garçons

Afin de répondre au deuxième objectif concernant les comportements possibles selon différents stades de consommation (sobriété, euphorie et ébriété), le Tableau 1 présente ces comportements selon les stades de consommation. Seuls les pourcentages sont présentés pour les fins de

Tableau 1 Regroupements et pourcentages des catégories de perceptions quant au comportement possible dans un contexte de séduction, selon l'état de consommation d'alcool

État de consommation	Comportements positifs possibles	Comportements négatifs possibles
Sobriété	Être lucide, avoir le contrôle de soi-même (45,8 %)	Être inhibé, timide, rester dans son coin (42,4 %)
	Tenter une approche plaisante (30,5 %)	Aller vers l'autre, mais stressé (34,7 %)
	Rester passif – danser – autre (23,7 %)	Paraître froid, se faire refuser, autre (22,9 %)
Euphorie (un verre ou deux)	Désinhibition – rire – danser - avoir du plaisir – être sociable (52,5 %)	Ne pas être naturel, pas assez lucide, avoir un mauvais jugement (42,1 %)
	Désinhibition face à quelqu'un à séduire (40,7)	Manquer de contrôle, ne pas être conscient des limites (33,3 %)
	Rien de positif – autre (6,8 %)	Faire, dire des choses qu'on peut regretter (24,6 %)
Ébriété (plus de deux verres)	Aucune gêne, oser davantage, avoir de la confiance en soi (42,0 %)	Perte de contrôle (39,8 %)
	Perception neutre ou légèrement négative - autre (32,8 %)	Être malade, avoir l'air fou, avoir des comportements excessifs - autre (35,4 %)
	Rire, rester à la soirée plus longtemps, s'amuser (25,2 %)	Faire, dire des choses qu'on peut regretter (24,8 %)

l'étude, l'échantillon des étudiants universitaires ayant complété la grille n'étant pas suffisamment grand pour permettre des analyses statistiques plus poussées. Il ressort des données que la sobriété permet d'abord d'être lucide et d'avoir le contrôle sur soi, même si en contrepartie cet état assure le maintien d'une inhibition ou encore d'une certaine timidité. L'euphorie favorise la déshinhibition qui permet de profiter de la soirée;

toutefois, certains jeunes identifient une perte de contrôle associée à cet état. Quant à l'ébriété, elle semble accentuer les traits déjà identifiés au stade de l'euphorie.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente une interprétation des résultats obtenus par les garçons et les filles quant à la consommation de substances; par la suite, les commentaires sont énoncés en fonction de l'âge, de la perception des risques découlant de la consommation. Finalement, des recommandations quant à l'intervention sont émises.

Comparaison des résultats des garçons et des filles relativement à la consommation de substances

Tel que rapporté dans une étude antérieure (Perreault *et al.*, 2005), des différences entre les filles et les garçons ont été observées, notamment en ce qui a trait à la consommation de substances. En effet, les garçons sont plus nombreux que les filles à rapporter de fréquents épisodes d'oubli à la suite d'une consommation abusive. Ce résultat s'accorde pleinement avec ceux d'autres études quant à une consommation plus importante chez les garçons que chez les filles (Wechsler *et al.*, 2000). Par ailleurs, le fait de questionner les jeunes sur les périodes d'oubli (conséquence de la consommation) et non sur la quantité d'alcool ou de drogues ingérée crée une dimension supplémentaire quant au risque associé à la consommation. Par exemple, même si la littérature indique que les garçons consomment plus que les filles, on pourrait croire que ces dernières, même en consommant moins, se retrouvent autant en situation à risque relativement à une période d'oubli, ce qui ne semble pas être le cas. Évidemment, ce constat n'exclut pas qu'une consommation moindre chez les filles, sans mener à l'oubli, constitue un facteur de risque important lorsqu'on tient compte des effets désinhibants de l'alcool. Il est bon de cibler davantage les garçons dans les initiatives de prévention car ils consomment plus que les filles. D'ailleurs, plus un individu fréquente des soirées où l'alcool est consommé de façon compulsive, plus son comportement est susceptible de causer des périodes d'oubli et plus il est à risque de poser des gestes regrettables (Wechsler *et al.*, 2000). Toujours au niveau des différences liées au sexe, les résultats indiquent que les filles ont plus souvent entendu parler des drogues du viol que les garçons. Ce résultat, peu surprenant, semble lié aux objectifs des efforts de prévention qui ciblent majoritairement les filles, les mettant en garde contre les drogues du viol. On note également que les filles sont plus nombreuses que les garçons à nommer les drogues du viol « classiques » tel le GHB glissé dans un verre. Encore ici, on peut

sans doute constater le reflet des efforts d'information entourant les drogues du viol dans la perception des filles face à ce phénomène.

Âge

L'ensemble des résultats (voir Figures 1 et 2) ne permet pas de conclure à des différences entre les jeunes des deux groupes d'âges ciblés. La seule différence observée selon l'âge des étudiants concerne les filles uniquement. Celles qui sont plus âgées reconnaissent le rôle facilitateur d'un plus grand nombre de substances que les plus jeunes (médicaments avec ou sans alcool et GHB avec ou sans alcool), ce qui pourrait simplement indiquer une plus grande connaissance de la problématique. Toutefois, les filles plus âgées ne nomment pas davantage l'alcool que les plus jeunes. Puisqu'il s'agit de la substance la plus utilisée dans les cas de relations sexuelles non consenties et la plus consommée par les jeunes en général, les efforts de prévention devraient insister sur son rôle.

Informations et risques

Le fait d'avoir entendu parler souvent des drogues du viol et des risques à en consommer semble lié aux perceptions de la thématique. D'abord, les étudiants qui ont le plus fréquemment entendu parler des drogues du viol mentionnent davantage de substances pouvant faciliter l'agression sexuelle que ceux qui en ont peu entendu parler. Cet effet ne s'observe cependant pas pour les drogues seules (marijuana, ecstasy, LSD, héroïne), ce qui est peu surprenant car les informations véhiculées sur les drogues du viol ne concernent habituellement pas ce type de substances. Au-delà de la reconnaissance des substances pouvant être impliquées, les étudiants qui ont souvent entendu parler des drogues du viol sont plus nombreux à voir le lien entre la consommation et la vulnérabilité à subir une agression. En retour, plus ils reconnaissent cette vulnérabilité accrue, plus ils nomment de substances. Ces résultats suggèrent une certaine cohérence entre les différentes perceptions des étudiants. Toutefois, puisque la susceptibilité à commettre une agression en contexte de consommation n'est liée à aucune autre variable, elle semble être perçue de façon isolée. Bien que les études sur les agressions sexuelles indiquent qu'une proportion importante des agresseurs a consommé de l'alcool au moment de l'agression, les étudiants ne relient pas cette donnée au phénomène précis des drogues du viol.

Un autre résultat intéressant concerne les étudiants qui n'ont jamais vécu d'épisode d'oubli lié à leur consommation. Ceux-ci tendent à moins identifier l'alcool et les drogues du viol « classiques » comme substances facilitatrices d'une agression que ceux à qui il est arrivé de consommer au

point d'oublier. Ainsi, les perceptions des jeunes relativement aux drogues du viol pourraient être liées à leur propre expérience. Par exemple, ceux qui ont déjà vécu des situations où leur consommation aurait pu les rendre vulnérables, sont peut-être plus enclins à reconnaître le rôle de telles substances dans une agression sexuelle.

Interventions

Au plan des interventions, l'effort à investir devrait viser l'établissement d'une association entre les conceptions des jeunes à propos d'eux-mêmes et la réalité liée à la consommation de substances. Les notions de « consommation de substances », de « relation amoureuse » et « d'agression sexuelle » pourraient avantageusement être clairement définies dans le contexte des relations que vivent les jeunes entre eux et du consentement nécessaire. Les données découlant de l'étude établissent nettement que les perceptions actuelles gagneraient à être précisées : dans un premier temps, le rôle de l'alcool comme substance prédisposant à l'agression, même consommée de façon volontaire sans l'ajout d'une quelconque substance, devrait être clairement précisé. En effet, il se dégage de la perception des étudiants une sous-estimation des effets de l'alcool autrement qu'en étant pairé à d'autres substances (GHB, médicaments) : or, la connaissance des effets de l'alcool sur l'organisme et sur les comportements pourrait rectifier cette perception. Par ailleurs, comme le rapportent Mahlstedt et Welsh (2005), le rôle de la consommation d'alcool au niveau de la violence dans les relations est complexe. Les résultats qu'ils ont obtenus auprès de jeunes en milieu collégial sont en partie concordants avec notre recherche sur les agressions sexuelles en établissant que l'alcool est un facteur de risque. Toutefois, lorsqu'on demande aux participants des explications de la violence sans mentionner l'alcool, ils ne la nomment pratiquement pas. L'alcool est donc considéré comme une cause importante de la violence, seulement lorsqu'il est mentionné.

Dans un deuxième temps, la définition de « relation amoureuse » devrait être élargie pour permettre d'inclure les « fréquentations » qui sont d'une durée plus éphémère (rencontre d'un soir) et qui tendent à être sous-estimées dans une perspective d'agression. Enfin, la notion d'« agression sexuelle » devrait aussi être revue pour inclure celle de « relation sexuelle non consentie ». Nous avons remarqué, chez les étudiants auprès desquels nous sommes intervenues, que l'expression « agression sexuelle » est considérée comme excessive; les jeunes estiment ne pas commettre d'agression; ils ont eu une relation sexuelle non consentie; cette formulation semblerait rejoindre davantage leur perception de ce qu'ils ont vécu.

Par ailleurs, les caractéristiques de l'agresseur sexuel qui découlent d'études menées auprès de cas rapportés au niveau criminel ont été précisées au fil des années; en effet, les chercheurs ont noté, dans les publications des vingt dernières années, que l'agresseur « semble être un individu normal » qui ne tue pas, qui gagne sa vie et qui peut vivre en relation de couple.

De plus, au plan des recommandations et, malgré le fait qu'il soit encore difficile de définir avec exactitude les caractéristiques exactes de l'agresseur, il serait important d'élaborer une programmation, dans le domaine de la prévention primaire, qui s'adresserait aux agresseurs potentiels (Abbey *et al.*, 2006; Abbey *et al.*, 2001). En outre, au plan méthodologique, l'utilisation de questionnaires complétés par support informatique pourrait faciliter l'aveu de comportements embarrassants ou illégaux.

Stades de consommation d'alcool

Dans une perspective exploratoire, le deuxième volet de l'étude s'intéressait aux comportements hypothétiques des étudiants, selon différents stades de consommation d'alcool. Les comportements mentionnés suggèrent une attitude conventionnelle et réservée chez les étudiants lorsqu'ils se perçoivent en situation de sobriété, l'euphorie étant ressentie comme étant la condition optimale pour apprécier la soirée et susciter des rencontres, tout en contrôlant la situation. Par contre, l'état d'ébriété reste le moins populaire, quoique certains des comportements qui en découlent soient semblables à ceux de l'euphorie. Sans doute un manque d'appréciation dû à une expérience plus courte au niveau de la consommation chez les jeunes pourrait être à l'origine de l'absence possible de nuances entre le fait de consommer et celui de ne pas consommer. Par ailleurs, il est intéressant de constater qu'aucun étudiant n'a émis la possibilité d'oublier une partie de sa soirée comme conséquence hypothétique associée à la consommation d'alcool. Dans cette perspective, une intervention sur les drogues du viol aurait intérêt à réduire cette banalisation de la consommation. La majorité des comportements négatifs perçus en lien avec la consommation sont de l'ordre de la perte de contrôle et de la peur du regret subséquent. Il s'agit certainement d'un angle pouvant être utilisé dans la transmission des informations. On remarque également que, même si la consigne spécifiait de répondre en fonction d'un enjeu de séduction, les réponses étaient souvent orientées vers le contexte général de la soirée qui avait lieu. Enfin, sur les 121 étudiants (de niveau universitaire), une seule a mentionné la possibilité que quelqu'un pourrait prendre avantage d'elle sur le plan sexuel. Il est probable que le fait de demander aux étudiants de nommer leur comportement possible (versus ceux d'une tierce personne) lors d'un

épisode de consommation a fait en sorte que ce type de réponse orientée vers le comportement d'autrui n'a pas été rapporté.

En somme, la période de transition de l'adolescence vers la vie de jeune adulte représente une période de grands changements souhaitables, mais aussi d'instabilité et de vulnérabilité à l'agression sexuelle. Une programmation pour les jeunes de 16 à 24 ans pourrait sans doute traiter des défis de la transition qu'ils traversent, de façon à ce qu'ils puissent se sentir plus directement interpellés lors d'une sensibilisation à la consommation et à son lien avec l'agression sexuelle. Rappelons ici que les résultats de la présente étude proviennent de jeunes qui sont étudiants. Les jeunes universitaires, par exemple, sont peut-être différents des jeunes du même âge qui fréquentent d'autres milieux (travail ou éducation des adultes, par exemple). La prise en compte de la circulation d'informations et du type d'environnement pourrait sans doute permettre de nuancer les conclusions selon les milieux de vie.

Enfin, les résultats de l'étude suggèrent de réviser le programme PRÉAVI pour y inclure des notions relatives : a) à la démystification du rôle de l'alcool consommé sans autre substance dans une dynamique de relation sexuelle non consentie; b) à la vulnérabilité à être victime ou à devenir agresseur dans un contexte de consommation. Finalement, certaines informations quant à la métabolisation de l'alcool auraient intérêt à être diffusées de manière à ce qu'entre autre l'effet différentiel de la consommation chez les garçons et les filles soit mieux compris. Le fait pour les filles de subir certains méfaits de l'alcool en consommant moins d'alcool que les garçons pourrait contribuer à l'évitement d'épisodes d'enivrement chez les jeunes.

Références

- Abbey, A. (2002). Alcohol-related sexual assault: A common problem among college students, *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 118-128.
- Abbey, A., Parkhill, M. R., BeShears, R., Clinton-Sherrod, A. M. et Zawacki, T. (2006). Cross-sectional predictors of sexual assault perpetration in a community sample of single African American and Caucasian men. *Aggressive Behavior*, 32, 54-67.
- Abbey, A., Zawacki, T. et Buck, P. O., Clinton, A. M. et McAuslan, P. (2001). Alcohol and sexual assault. *Alcohol Research and Health*, 25, 43-51.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Banyard, V. L., Plante, E. G., Cohn, E. S., Ward, S., Moorhead, C. et Ward, S. (2005). Revisiting unwanted sexual experiences on campus: A twelve-year follow-up violence against women. *Violence against women*, 11, 426-446.
- Bohn, M. J., Babor, T. F. et Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical setting. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 423-432.
- Carr, J. L. et VanDeusen, K. M. (2004). Risk factors for male sexual aggression on college campuses. *Journal of Family Violence*, 19, 279-289.

Drogue du viol, alcool et agressions sexuelles

- DeKeseredy, W. S. et Schwartz, M. D. (1998). *Woman abuse on campus : Results from the canadian national survey*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Fisher, B. S., Daigle, L. E., Cullen, F. T. et Turner, M. G. (2003). Reporting sexual victimization to the police and others. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 6-38.
- Gidycz, C. A., Rich, C. L., Orchowski, L. M., King, C. et Miller, A. (2006). The evaluation of a sexual assault self-defense and risk-reduction program for college women : A prospective study. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 173-186.
- Halpern, C. T., Oslak, S. G., Young, M. L., Martin, S. L. et Kupper, L. L. (2001). Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationships : Findings from the national longitudinal study of adolescent health. *American journal of public health*, 91(10), 1679-1685.
- Hansel, S., White, H. R. et Vali, F. M. (1999). Specific alcoholic beverages and physical and mental health among adolescents. *Journal of studies on alcohol*, 60, 209-218.
- Jefferis, B. J. M. H., Power, C. et Manor, O. (2005). Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort. *Addiction*, 100(4), 543-549.
- Lewis, M. L., Lee, C. M., Patrick, M. E. et Fossos, N. (2007). Gender-specific normative misperceptions of risky sexual behavior and alcohol-related risky sexual behavior. *Sex Roles*, 57, 81-90.
- Mahlstedt D. L. et Welsh, L. A. (2005). Perceived causes of physical assault in heterosexual dating relationships. *Violence Against Women*, 11, 447-472.
- Perreault, N., Bégin, H., Michaud, J. et Denoncourt, I. (2005). Drogues du viol et agression sexuelle : Perception de jeunes en milieu collégial. *Drogues, santé et société*, 4(2), 177-209.
- Wechsler H., Lee, J. E., Kuo, M. et Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s : A continuing problem – results of the Harvard school of public Health 1999 College Alcohol Study. *Journal of American College Health*, 48(10), 199-210.
- White, A. M., Jamieson-Drake, D. W. et Swartzwelder, H. S. (2002). Prevalence and correlates of alcohol-induced blackouts among college students : Results of an e-mail survey. *Journal of American College Health*, 51, 117-131.

Résumé

L'étude décrit les perceptions qu'ont les jeunes de l'agression sexuelle et des substances utilisées comme « drogues du viol ». 1252 étudiants âgés de 16 à 25 ans ont été rencontrés. Les résultats indiquent qu'ils discernent un lien entre la consommation et les risques d'agression. De plus, ceux qui vivent fréquemment des épisodes d'oubli suite à un enivrement identifient davantage de substances pouvant être utilisées comme « drogues du viol ». Enfin, devant une certaine banalisation de l'alcool comme « drogue du viol », les recommandations se concentrent autour du contexte de consommation d'alcool dans les fréquentations amoureuses des jeunes.

Mots clés

drogues du viol, alcool, agression sexuelle, perceptions, prévention, étudiants post-secondaires

Abstract

This study describes students' perceptions about sexual abuse and substances used as "rape drugs". 1252 students (boys and girls); 16-25 year old) were contacted. Results suggest that these young persons perceive a link between consumption and aggression risks. Furthermore, those who frequently experience forgetting after getting drunk name more substances which could be used as rape drugs. Finally, taking into account that alcohol as a "rape

Key words

rape drugs, alcohol, sexual abuse, perceptions, prevention, college and university students

drug" is considered commonplace, the recommendations are centred on the circumstances of alcohol consumption in youth dating relationships.

VIOLS EN TEMPS DE GUERRE : L'ACTUALITÉ DES AGRESSIONS SEXUELLES COMMISES SUR DES FEMMES ADULTES

WARTIME RAPE : THE TOPICALITY OF SEXUAL ABUSE AGAINST WOMEN

Sophie Bélair
Université de Montréal

Joanne-Lucine Rouleau¹
Université de Montréal

L'agression sexuelle des femmes et la guerre semblent avoir coexisté depuis toujours. Alors que la technologie militaire a permis de changer radicalement certains aspects de la guerre, tel celui de pouvoir engager le combat contre l'ennemi sans même avoir à s'en approcher physiquement, d'autres aspects, dont celui de la violence sexuelle perpétrée pendant les conflits, demeurent inchangés. Cet article ne rapporte que les études relatives aux agressions sexuelles commises envers les femmes. Il met volontairement de côté les agressions sexuelles faites aux hommes.

Les conflits armés les plus récents ne sont pas exempts de récits d'horreur relatant des viols partout dans le monde. Les définitions du viol en temps de guerre varient selon la littérature. Selon une définition plus restrictive, d'après Arcel (2000), il consiste en une pénétration forcée ou une tentative de pénétration des orifices de la femme par des organes corporels ou par un instrument quelconque utilisé par une personne qui agit en tant que membre officiel lors d'un conflit armé dans le but de manifester de l'agressivité et de causer des dommages physiques et psychologiques.

Selon Malamuth (1996), la guerre est un contexte qui favorise le viol et les autres formes d'agressions sexuelles. Il ajoute que, pour certains hommes ayant commis des atrocités durant le conflit en Bosnie-Herzégovine dans les années 1990, le risque de commettre ces crimes en temps de paix est faible. De façon similaire, le Japon témoigne d'un taux relativement faible d'agressions sexuelles en temps de paix; pourtant, un nombre considérable de soldats japonais se sont adonnés à des comportements sexuels sans consentement au cours de la Deuxième Guerre mondiale (Henry, Ward et Hirschberg, 2004).

SURVOL DES VIOLS DE GUERRE LORS DES RÉCENTS CONFLITS ARMÉS

Il apparaît pertinent de décrire brièvement certains des récents conflits dans lesquels des viols de guerre ont été documentés. Durant la guerre du Pacifique (1931-1945), le gouvernement japonais a mobilisé 200 000

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-5603. Courriel : joanne-lucine.rouleau@umontreal.ca

femmes asiatiques vers des bordels militaires en Chine et dans d'autres pays asiatiques du Pacifique pour assouvir les besoins sexuels des soldats japonais (Min, 2003). La majorité de ces femmes étaient des jeunes filles célibataires originaires de la Corée qui, à l'époque, était un pays colonisé par le Japon. Elles étaient appelées les femmes de réconfort (*comfort women*). Au départ, les premières stations de réconfort avaient été instaurées dans une optique de prévention des viols des femmes de la région et les femmes qui y travaillaient étaient des prostituées. Toutefois, au cours des conflits, les prostituées ont été remplacées par les femmes des pays occupés. Un rapport des Nations Unies fait mention que ces femmes auraient été gardées dans ces stations de confort durant des périodes allant de trois à cinq ans (Parker, 1995). Il est estimé, d'après les témoignages, que ces femmes auraient été violées en moyenne de 5 à 20 fois par jour. Toutefois, comme la méthodologie employée pour recueillir ces témoignages n'est pas décrite, il est difficile de vérifier la rigueur et l'exactitude de ces données.

Dans un autre conflit plus récent, celui de la guerre en Bosnie-Herzégovine (1991-1995), des hommes et des femmes ont subi de la torture sexuelle de la part de toutes les parties impliquées dans le conflit. Selon Arcel (2000), des viols ont majoritairement et systématiquement été commis contre les femmes bosniaques-musulmanes par la milice serbo-bosniaque, le personnel militaire et d'autres personnes en position d'autorité. En janvier 1993, le nombre de victimes d'agressions sexuelles était estimé à 20 000 (Salzman, 1998). Selon le site web de la Condition féminine Canada (2005), ce nombre atteindrait plutôt les 50 000 pour la période de cinq mois où le conflit était à son apogée en 1992. Les Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM, 2007) portent le nombre d'agressions sexuelles perpétrées à 60 000. Au Rwanda, entre avril et juillet 1994, la majorité Hutu a pratiquement exterminé la minorité Tutsi (77 % du groupe), de même que les Hutus qui croyaient que des relations harmonieuses avec les Tutsis étaient possibles (Dutton, Boyanowski et Harris Bond, 2004). Selon le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, les rapports témoigneraient de nombres allant jusqu'à 500 000 victimes (UNIFEM, 2007). Bien que ces estimations ne soient pas soutenues empiriquement, aucune méthodologie n'étant fournie au lecteur, elles témoignent bien de l'étendue et de l'importance du phénomène. De plus, la littérature consultée ne permet pas d'identifier les facteurs pouvant expliquer les différences constatées relativement au nombre de victimes rapporté à la suite des conflits.

Enfin, le Soudan est présentement impliqué dans un conflit majeur qui perdure depuis 1983 entre les rebelles du sud et le gouvernement soudanais. Une guerre civile a également éclaté dans une des provinces,

le Darfour, en 2003. Ce conflit a fait près de 2 millions de morts. Des récits anecdotiques témoignent de la perpétration de viols endémiques, mais on ignore encore le nombre de victimes d'agressions sexuelles et les autorités du pays semblent vouloir taire les faits à ce sujet (Agence Reuters, 2005).

MODÈLES EXPLICATIFS DU VIOL EN TEMPS DE GUERRE

Plusieurs cadres théoriques tentent d'expliquer le phénomène de viol en temps de guerre. Parmi les plus connus se retrouvent la théorie féministe, la théorie de la pathologie culturelle, la théorie du viol stratégique et la théorie bio-sociale. Ces modèles s'inscrivent dans un cadre d'orientation cognitif-comportementale. Ainsi, la littérature sélectionnée met l'accent sur cette école de pensée. Cette décision a été prise dans le but de dresser un portrait cohérent de l'état des connaissances en matière d'agressions sexuelles en temps de guerre et ne prétend pas au rejet des autres modèles théoriques existants.

La théorie féministe se veut une extension de la théorie de la puissance (*power theory*) au contexte de la guerre. Selon cette théorie, les hommes issus de sociétés patriarcales seraient conditionnés à se méfier, à mépriser et à dominer les femmes (Gottschall, 2004). Les agressions sexuelles commises en temps de guerre permettraient aux soldats de ventiler leur mépris à l'égard des femmes tout en assurant le maintien du patriarcat dont les hommes bénéficient. Susan Brownmiller, dans son ouvrage *Against Our Will* (1975), conçoit les agressions sexuelles commises en temps de guerre comme étant des gestes violents et non sexuels. Le viol est considéré comme le résultat de pratiques de socialisation des sociétés occidentales et patriarcales et devrait donc prévaloir dans ces sociétés. Or, le viol, en temps de paix comme en temps de guerre, est observé dans toutes les cultures peu importe leur constitution sociale (Lalumière, Harris, Quinsey et Rice, 2005). La théorie féministe du viol témoigne donc d'une faible concordance avec les faits observés.

De son côté, la théorie de la pathologie culturelle s'apparente à la théorie psychanalytique des cultures et cherche des causes dans l'histoire développementale d'une nation en vue d'expliquer divers phénomènes violents. Par exemple, Rosenman (2000) explique que les crimes commis par l'armée japonaise durant la Deuxième Guerre mondiale, dont le viol de Nankin, résulteraient de l'enfance difficile des soldats japonais. En raison des désastres naturels fréquents au Japon, les parents auraient adopté des pratiques éducatives très rigides et celles-ci auraient compliqué l'acceptation du bonheur et de l'accomplissement d'autrui. D'autres ont tenté d'expliquer le phénomène des agressions sexuelles commises à l'endroit des femmes musulmanes et croates durant le conflit en Bosnie-Herzégovine par la grande accessibilité de la pornographie juste avant la

guerre (MacKinnon, 1994). Cela aurait normalisé la pornographie et déshumanisé la femme, ce qui en retour aurait rendu l'abus sexuel plus facile à infliger. Or, ces explications peuvent difficilement être vérifiées et encore moins être certifiées comme étant la cause de tous les événements survenus. Par ailleurs, la présence de viols de masse dans pratiquement tous les conflits armés atténue grandement la validité de cette argumentation.

La théorie du viol stratégique est la théorie la plus répandue pour expliquer les agressions sexuelles en temps de guerre. Selon celle-ci, les agressions sexuelles ne seraient pas un sous-produit naturel et inévitable de la guerre, mais seraient plutôt utilisées en temps de guerre au même titre que les armes à feu et la propagande, c'est-à-dire en tant que tactique de combat servant à atteindre des objectifs stratégiques. Ainsi, les agressions sexuelles commises de façon systématique auraient pour effet de démoraliser les troupes ennemies, de les humilier et de les « émasculer » en démontrant qu'elles ont échoué à protéger leur population (Albanese, 2001). Les viols de masse visent donc à atteindre le groupe ennemi à la racine. En effet, la violence sexuelle faite aux femmes en temps de guerre entraîne fréquemment des grossesses non désirées, des infections transmises sexuellement, des blessures physiques et psychologiques graves, des rejets de la part des familles et des maris ainsi que des morts prématurées. C'est pour cette raison que cette stratégie est aussi appelée celle du viol génocidaire.

Gottschall (2004) soutient que les partisans de la théorie du viol stratégique confondent les conséquences du viol en temps de guerre avec ses objectifs. Il ajoute que plusieurs stratèges militaires auraient affirmé que les agressions sexuelles de masse peuvent contribuer à écarter considérablement les soldats de leurs objectifs principaux. De plus, les autorités japonaises auraient instauré le système des femmes de réconfort parce que l'on trouvait que le viol des femmes des pays conquis provoquait trop de rébellions chez les civils du pays. Le système avait été implanté stratégiquement et non par souci du bien-être des habitants des territoires occupés (Tanaka, 1999). Des exemples sont relatés par rapport à la guerre au Zaïre où les viols massifs entraînaient la haine et la rébellion du groupe victime et non sa soumission (Gottschall, 2004).

La théorie bio-sociale est sans doute moins répandue dans les médias que les autres théories décrites plus haut. D'abord, les théories biologiques s'apparentent à la théorie du *presto*, donc à l'idée que les hommes possèdent un instinct pour agresser sexuellement qui est généralement inactif dans des conditions dites « normales », mais qui émerge dans un contexte chaotique comme celui de la guerre. Thornhill et Palmer (2002) indiquent que cette baisse d'inhibition peut être expliquée

par la capacité de la personne à évaluer le rapport des coûts et bénéfices d'un contexte donné. Cette vision plutôt déterministe des comportements agressifs a été modifiée pour tenir compte des facteurs environnementaux qui influencent le phénomène. Aussi, elle tente d'expliquer certaines différences individuelles, en ce sens que tous les hommes impliqués dans un conflit armé ne commettent pas des agressions sexuelles même s'ils désobéissent ainsi aux ordres. Les tenants de cette approche affirment que le désir sexuel serait la motivation première du viol, notamment chez les humains et les primates (Ghiglieri, 2000; Thornhill et Palmer, 2000) et que ce désir remonterait à l'évolution de la sexualité. Par contre, la privation sexuelle ne serait à l'origine d'agressions sexuelles que dans des circonstances extrêmes et inhabituelles (Lalumière *et al.*, 2005), la guerre se qualifiant comme telle. En effet, dans des conditions de normalité, il semble que les agresseurs de femmes adultes n'aient pas moins d'expériences sexuelles que les hommes qui ne commettent pas d'agressions sexuelles. Ils en auraient même davantage. D'ailleurs, nombre d'entre eux sont également impliqués dans une relation stable et ont donc accès à des relations sexuelles consensuelles (Lalumière *et al.*, 2005).

Par ailleurs, le fait que les victimes de viol de guerre soient fréquemment tuées après l'agression ne concorde pas avec une vision biosociale. En effet, si les agresseurs suivaient une motivation sociobiologique, ils auraient davantage tendance à protéger leur victime en vue de protéger leur progéniture potentielle (Dutton *et al.*, 2004). De plus, cette théorie ne parvient pas à expliquer de façon satisfaisante en quoi le contexte de conflit armé est plus propice aux agressions sexuelles que le contexte de paix.

INTÉGRATION DES THÉORIES SUR LE VIOL DE GUERRE

Henry, Ward et Hirschberg (2004) ont élaboré un modèle multifactoriel du viol en contexte de guerre qui pourrait s'inscrire dans la lignée des théories socioculturelles. Ce modèle tient compte du rôle facilitateur des contextes individuel, socioculturel et situationnel dans la perpétration d'abus sexuel en contexte de guerre. Il s'agit d'un modèle qui vise à intégrer les divers facteurs étiologiques qui ont pu être identifiés de référentiels théoriques appartenant aux approches féministe, évolutive, sociale-cognitive et comportementale dans l'espoir de parvenir à expliquer le phénomène dans toute son hétérogénéité. D'abord, ces auteurs identifient le contexte individuel comme reflétant les prédispositions ou les facteurs distaux qui résultent d'un environnement développemental négatif. Le contexte individuel comprendrait donc les expériences négatives de l'enfance (la violence parentale, la victimisation sexuelle et la délinquance ainsi que certaines dispositions de la personnalité comme le fait d'opter pour la promiscuité sexuelle et la masculinité hostile, de présenter des

intérêts sexuels préférentiels pour le viol et des fantasmes sexuels favorisant l'agression sexuelle, etc.). Ces facteurs prédisposeraient les individus à l'agression sexuelle lorsque stimulés par certains facteurs situationnels.

Le contexte socioculturel, quant à lui, serait composé d'éléments de la communauté, de la société, de la culture et des médias qui véhiculent des attitudes, des valeurs, des normes ou des croyances qui encouragent la sexualité non-consensuelle. Ces éléments incluent l'acceptation de la violence interpersonnelle, l'adhésion sociale à l'idéologie de la dominance masculine et à des attitudes négatives envers les femmes, le chauvinisme national et ethnique, la formation de « *in-groups* » et de « *out-groups* » et donc la formation d'attitudes xénophobes. Plus précisément, l'adhésion aux mythes reliés au viol et à l'idéologie de la dominance masculine ainsi que l'acceptation de la violence interpersonnelle en tant que moyen de gérer les conflits pourraient contribuer à relâcher les inhibitions liées à la perpétration d'agressions sexuelles qui sont ordinairement présentes chez un soldat en guerre. Il semble que ceci soit particulièrement pertinent chez les individus ayant une faible estime de soi, puisque l'adoption d'attitudes et de comportements sexistes leur donnerait un sentiment de puissance qu'ils n'obtiendraient pas autrement (Marshall et Barbaree, 1990). De plus, en contexte de guerre, les livres, les films et le matériel pornographique qui véhiculent des mythes liés au viol sont plus accessibles, notamment parce qu'ils sont fréquemment distribués aux soldats pour les divertir. Ceux-ci peuvent contribuer à renforcer une idéologie de la dominance masculine chez les individus plus vulnérables. Certains ajoutent que les sociétés qui prônent davantage les prouesses masculines peuvent, dans certaines circonstances, considérer l'abus sexuel comme un moyen louable d'affirmer sa virilité (Drieschner et Lange, 1999; Malamuth, Heavey et Linz (1993).

Par ailleurs, le contexte situationnel propre aux conflits armés semble conduire à la violence sexuelle de par la présence de nombreux facteurs transitoires. Il peut également expliquer comment un individu qui ne commettrait pas d'abus sexuel en temps de paix le fait durant la guerre. D'abord, la guerre est un environnement de violence et d'agressivité. Une certaine haine du groupe ennemi est véhiculée et la différence entre ce groupe et le groupe d'appartenance est perçue comme très importante. Le patriotisme en temps de guerre crée des dichotomies très fortes entre « nous » et « eux », ce qui permet aux soldats de s'identifier à l'extrême au groupe d'appartenance et ainsi de rendre moins humains le groupe ennemi et ses femmes. L'empathie ressentie à leur égard s'amenuise au fil du conflit. Les femmes du groupe d'appartenance se font très rares (elles sont donc peu disponibles pour avoir des expériences sexuelles) alors que les femmes du groupe ennemi, elles, sont nombreuses. Certains aspects

de la guerre réduisent également l'efficacité des barrières externes au comportement sexuel agressif. Les uniformes, la présence du groupe d'appartenance et le fait d'être en territoire étranger rendent les gestes de chacun des soldats plus anonymes. Les chances d'être dénoncé et puni par la suite semblent quasi nulles, étant donné l'anarchie relative qui régit les conflits armés. Par ailleurs, les soldats sont témoins de la mort et de blessures graves à grande échelle; ils côtoient la souffrance, tant celle qu'ils voient que celle qu'ils subissent. Des soldats ont même affirmé être devenus une toute autre personne dans ce contexte (Hynes, 1997). Tel que déjà mentionné, la présence de plusieurs désinhibiteurs du comportement (alcool, drogue, pornographie) est plus répandue durant la guerre puisqu'ils peuvent servir de mécanismes d'adaptation face au stress et aux traumatismes vécus (Gottschall, 2004; Henry *et al.*, 2004; MacKinnon, 1994). Ces facteurs transitoires sont d'autant plus susceptibles de conduire à des agressions sexuelles de la part des soldats lorsqu'ils se combinent à des cognitions qui viennent justifier ces comportements répréhensibles, c'est-à-dire, selon le modèle intégratif, lorsqu'il y a interaction entre le contexte individuel et le contexte situationnel.

Le modèle comprend également un contexte sous culturel qui représente l'influence des facteurs socioculturels sur le contexte situationnel. Les croyances et les attitudes interagissent avec le contexte de guerre. Le militarisme est sans doute la sous-culture la plus pertinente dans une telle situation. L'armée est en effet connue pour mettre l'accent sur l'hyper masculinité et la sexualité de ses membres. Des exemples de ces croyances seraient que le viol fait partie des règles normatives des conflits armés ou encore que le fait d'avoir remporté une bataille mérite bien une relation sexuelle en récompense, peu importe qu'elle implique ou non le consentement de la partenaire (Seifert, 1993).

Ward, Hudson, Johnston et Marshall (1997) se basent sur le cadre de la théorie sociale-cognitive pour expliquer le rôle des cognitions dans les agressions sexuelles. Cette théorie peut être utile pour comprendre par quels procédés des gens apparemment non déviants sexuellement, peuvent commettre des agressions sexuelles en temps de guerre alors qu'ils ne le feraient pas en temps de paix. Elle stipule que certains mécanismes d'autorégulation cognitifs puissent être en cause. En effet, en temps de guerre, ces mécanismes seraient en quelque sorte désactivés ou décalés par la déconstruction cognitive, de sorte que certains comportements ordinairement réprimés ou inhibés deviennent acceptables. Par ailleurs, il a été démontré que les états affectifs intenses présents dans les environnements martiaux augmentent le recours à des raccourcis heuristiques de traitement de pensée tels que les stéréotypes et diminuent l'utilisation des stratégies qui visent à vérifier l'information (Ward

et al., 1997). Ainsi, en telles circonstances, il n'est pas nécessaire d'accumuler de nombreux exemples d'une situation observée pour conclure qu'elle reflète la norme.

Les concepteurs de ce modèle font appel à la théorie de Bandura (1986), qui identifie huit stratégies cognitives, pour comprendre davantage la désactivation de l'autorégulation. D'abord, différentes façons d'interpréter la situation peuvent augmenter la probabilité de perpétrer des abus. Quatre des stratégies sont utiles à cet effet : la diffusion de la responsabilité, le déplacement de la responsabilité, la distorsion des conséquences et l'étiquetage euphémique. L'anonymat, le fait de porter un uniforme et d'appartenir à un groupe diminuent la responsabilité individuelle de chacun, créent un sentiment de dé-individuation et contribuent ainsi à augmenter la probabilité d'exécuter des comportements répréhensibles ou de s'adonner à des activités de groupe. Dans un contexte de conflits armés, les activités de groupe peuvent être des viols. La pression sociale pour se joindre aux activités de groupe est beaucoup plus forte dans cet environnement que dans des conditions normales. Un rapport publié par Human Rights Watch portant sur le conflit au Kosovo relate que pratiquement toutes les agressions sexuelles documentées par l'organisme auraient été perpétrées par deux personnes ou plus (Human Rights Watch, 2000). La stratégie de déplacement de la responsabilité fait surtout référence à l'appel à l'autorité. Ainsi, dans plusieurs guerres, des soldats auraient rapporté avoir commis des bévues sous les ordres de leurs supérieurs. Le fait d'être observé par ces supérieurs rendait les ordres plus susceptibles d'être exécutés. Les travaux expérimentaux de Milgram (1974) et de Zimbardo (1969) sur le conformisme à l'autorité corroborent ces faits. Ensuite, la distorsion des conséquences peut aussi jouer un rôle dans la désactivation des mécanismes autorégulateurs. Comme les viols en temps de guerre ont historiquement rarement été punis, les soldats appréhendent peu les conséquences de la perpétration d'agressions sexuelles. De plus, les uniformes et l'anonymat rendent difficiles l'identification et la poursuite en justice des coupables. Enfin, l'étiquetage euphémique consiste en l'utilisation d'un langage plus doux pour remplacer l'emploi de mots plus cruels, mais aussi plus justes. Les exemples les plus courants de cette tactique sont les termes « femmes de réconfort » (*comfort women*), « ancien combattant double » (*double veteran*, qui fait référence au viol et au meurtre d'une femme du groupe ennemi) et « nettoyage ethnique » (*ethnic cleansing*). En Bosnie-Herzégovine, les visées génocidaires de la perpétration des viols de guerre et de meurtres étaient véhiculées positivement en des termes qui évoquaient davantage la pureté ethnique.

Les quatre autres stratégies cognitives de la théorie de Bandura (1986) expliquent la façon dont les soldats interprètent la situation de la

victime. Ces mécanismes incluent la justification morale, la comparaison avantageuse, la déshumanisation et l'attribution du blâme. D'abord, la justification morale équivaut à rendre acceptable une conduite inacceptable en la reconstituant mentalement de façon à ce qu'elle serve des fins morales et louables, une idéologie ou une doctrine nationaliste, par exemple. La comparaison avantageuse a pour but de minimiser des comportements inacceptables commis par son propre groupe d'appartenance et d'amplifier ceux du groupe ennemi. La propagande en temps de guerre en est le meilleur stimulant. La déshumanisation s'appuie sur la formation de dichotomies « in-group / out-group ». Retirer ou omettre de considérer les attributs humains de l'autre faciliterait et justifierait l'offensive. Enfin, le dernier mécanisme de désactivation de l'autorégulation, l'attribution (externe) du blâme va de soi si l'on considère que le groupe ennemi n'est pas humain. C'est donc dire que les femmes qui subissent les agressions sexuelles les méritent. Les huit stratégies fonctionneraient ensemble et interagiraient lors de conflits armés pour contribuer à faire fléchir le contrôle interne.

Certains auteurs remettent en question l'aspect de la déshumanisation en regard de certains faits précis. Certaines pratiques de tortures sont en effet exécutées dans le but d'infliger de la souffrance psychologique et non seulement physique, notamment aux familles des victimes (Dutton *et al.*, 2004). Par exemple, le choix de forcer les parents à assister aux agressions sexuelles et au meurtre d'une victime implique une forme de reconnaissance de l'humanité des victimes.

Le sociologue et criminologue J. Robert Lilly (2003) jette un regard différent quant à la problématique des agressions sexuelles commises en temps de guerre. À la lumière des faits et documents disponibles sur les conflits armés récents, il établit un système de classification des types de viols de guerre répertoriés. Il s'agit de l'élaboration d'un système qui se veut davantage exploratoire que d'une théorie explicative. Ainsi, l'auteur décrit neuf patrons d'agression sexuelle. D'abord, les viols de masse seraient employés comme arme culturelle et génocidaire. Ensuite, certaines agressions sexuelles se présenteraient sous la forme d'un élément de communication masculine et impliqueraient l'humiliation de l'adversaire mâle et la démonstration de l'incapacité de l'ennemi à protéger ses femmes. Le troisième type se rapporte aux gestes faisant partie intégrante de la culture militaire ainsi qu'à des normes sur la sexualité, la masculinité et les femmes. La quatrième catégorie est similaire et se rapporte aux concepts de concours de revanche et de promotion masculine retrouvés dans la littérature sportive et militaire. Les agressions sexuelles seraient liées à la démonstration de l'héroïsme et de la valeur collective. Ensuite, l'auteur parle des viols comme d'une forme de salaire duquel les soldats sans solde se donneraient le droit. Le « réconfort »

sexuel constituerait aussi une façon d'éviter les débordements sur les femmes civiles et locales et de limiter la propagation d'infections transmises sexuellement. Le septième groupe est semblable au premier et comprend les viols stratégiques qui viseraient l'intimidation de l'ennemi. Le huitième type, sans doute moins courant de nos jours, est celui du droit impérial, le droit de cuissage. Enfin, la dernière classe comprend les viols gratuits. Ce type est le seul que l'armée américaine reconnaisse et punisse publiquement pour ses soldats.

Il est à noter que chacune des catégories proposées n'est pas sans rappeler les modèles théoriques qui ont été présentés. Lilly soutient que les témoignages permettent de constater que des exemples de tous les types de viols sont fréquemment retrouvés dans tous les conflits.

De façon générale, l'omniprésence des agressions sexuelles en temps de guerre suppose qu'une proportion très élevée d'hommes commettrait des crimes sexuels lorsqu'il y a peu d'exutoires consensuels, quand le support social à l'égard des abus est élevé, quand le groupe auquel les victimes appartiennent suscite des attitudes antagonistes et quand la probabilité de subir des conséquences négatives est perçue comme étant faible (Lalumière *et al.*, 2005).

CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES ET RECHERCHES FUTURES

Il existe peu de littérature sur les agressions sexuelles commises en temps de guerre et ce, même lorsque l'on étend l'angle d'exploration à d'autres approches que la psychologie telles que la sociologie ou le droit international. De plus, le nombre d'études empiriques sur le sujet, toutes approches confondues, est encore plus limité (Lalumière *et al.*, 2005), pour ne pas dire totalement nul.

Une des limitations méthodologiques importantes de ce domaine d'étude est liée au fait que la compréhension du phénomène du viol de guerre est issue des théories cognitives. Il est effectivement difficile d'évaluer et de tester empiriquement les cognitions des individus puisqu'elles sont des processus internes (Henry *et al.*, 2004).

En ce qui concerne la validité de chacun des modèles présentés dans cet article, aucune des théories avancées ne peut, jusqu'à présent du moins, s'appuyer sur des données empiriques. Chacune d'elles repose principalement sur l'évaluation et l'interprétation des faits disponibles par différents auteurs. Même si ces théories ont été conçues dans un objectif de rigueur et d'objectivité élevées, il n'en demeure pas moins qu'elles demandent à être validées empiriquement. Elles ne reposent pour l'instant que sur les bases précaires de témoignages dont la méthodologie n'est

pas étayée. Par ailleurs, la classification proposée par Lilly (2003) rappelle les théories sans toutefois y rattacher l'aspect causal ou motivationnel pour les agressions sexuelles commises en contexte de guerre. Cette taxonomie apparaît prometteuse même si les connaissances sur le phénomène en sont encore au stade exploratoire et qu'elles ne permettent pas d'identifier des causes différentielles pour chacun des types de viol présenté.

À cela s'ajoutent les difficultés qui sont inhérentes au contexte des conflits armés. D'abord, peu de victimes survivent pour dénoncer leurs agresseurs et celles qui survivent n'ont pas nécessairement les moyens nécessaires pour le faire : le pays étant en guerre, les autorités sont non disponibles à cet effet et ce n'est que rarement leur priorité. Les conséquences négatives pour les victimes de rapporter de tels abus sont malheureusement encore trop importantes dans les zones en conflits. Aussi, les militaires qui commettent des agressions sexuelles en temps de guerre sont difficiles à identifier de par leur appartenance à un groupe et à leur port d'uniforme. Bref, peu d'abuseurs sexuels sont traduits devant les tribunaux suite à des conflits armés. Il en résulte que peu d'entre eux peuvent faire l'objet d'enquêtes ou d'études empiriques. Il faudra également obtenir davantage d'informations sur les corps d'armée à l'échelle internationale puisque les données actuelles sont principalement issues des organismes internationaux qui œuvrent auprès des victimes.

Il est certain que l'analyse théorique du phénomène s'avère utile; toutefois, beaucoup reste à faire pour comprendre les facteurs prédisposant aux délits sexuels en temps de guerre de même que pour mettre sur pied des stratégies de prévention pourtant connues et disponibles dans certains pays en temps de paix. Ces stratégies pourraient, par exemple, inclure une évaluation du risque de propension à l'agression sexuelle dans la sélection des individus envoyés au combat (en tant que dirigeants ou exécutants), laquelle devrait être effectuée à plusieurs reprises tout au long du conflit. Par exemple, les troupes pourraient être relayées plus souvent, les camps de réfugiés pourraient être plus sécurisés, l'accès aux commodités mieux contrôlé, mieux éclairé, etc. Une forme de restructuration cognitive pourrait être dispensée sur place afin d'éviter que les croyances et les mythes liés au viol ne deviennent trop ancrés. Cela pourrait sans doute contribuer au maintien de l'aspect humain des victimes pour les soldats. De plus, l'accès à la pornographie pourrait être défendu ou limité dans les zones d'occupation. Dans un monde idéal, ces stratégies pourraient être étendues aux civils impliqués dans les conflits. Il est vrai que ces quelques propositions paraîtront utopistes à certains. Toutefois, il n'en demeure pas moins vrai que la recherche effectuée en contexte de paix et le traitement, notamment auprès des populations d'agresseurs sexuels vivant dans la communauté

et présentant des besoins et des risques élevés, sont des moyens qui abaissent significativement le taux de récidive sexuelle (Hanson et Bussière, 1998). Il est donc raisonnable de croire qu'une volonté politique d'appliquer ces connaissances en matière de prévention, d'évaluation et de traitement en contexte de guerre aurait un impact positif et diminuerait le nombre des victimes.

Références

- Agence Reuters (2005). Darfour - la police harcèle les victimes de viol. Le Bosnia-Herzegovina. In A. Y. Shalev, R. Yehuda et A. C. McFarlane (Éds), *International handbook of human response to trauma* (p. 179-193). New York : Kluwer Academics/Plenum Publishers.
- Albanese, P. (2001). Nationalism, war and archaization of gender relations in the Balkans. *Violence against women*, 7(9), 999-1023.
- Arcel, L. B. (2000). Deliberate sexual torture of women in war : The case of Bosnia-Herzegovina. In A. C. Shalev, R. Yehuda et A. Y. McFarlane (Éds), *International handbook of human response to trauma* (p. 179-193). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey : Simon and Schuster.
- Brownmiller, S. (1975). *Against our will : Men, women and rape*. New York : Simon and Schuster.
- Condition féminine Canada. (2005). *Mois de l'histoire des femmes : Octobre 2005 Les femmes et la guerre : conditions et conséquences*. Document en ligne le 9 octobre 2008 : <http://www.swc-cfc.gc.ca/dates/whm/2005/factsheet_f.html>.
- Drieschner, K. et Lange, A. (1999). A review of cognitive factors in the etiology of rape : Theories, empirical studies and implications. *Clinical Psychology Review*, 19, 55-77.
- Dutton, D. G., Boyanowski, E. O. et Harris Bond, M. (2004). Extreme mass homicide : From military massacre to genocide. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 437-473.
- Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (2007). *Facts and figures on VAW : Crimes against women in war and armed conflict*. Document en ligne le 9 octobre 2008 : <http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/facts_figures.php?page=7>.
- Ghiglieri, M. P. (2000). *The dark side of men : Tracing the origins of male violence*. Cambridge, MA : Perseus Books.
- Gottschall, J. (2004). Explaining wartime rape. *The Journal of Sex Research*, 41, 129-136.
- Hanson, R. K. et Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Henry, N., Ward, T. et Hirschberg, M. (2004). A multifactorial model of wartime rape. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 535-562.
- Human Rights Watch (2000). *Serb gang rapes in Kosovo exposed*. Document en ligne le 29 août 2006 : <<http://www.hrw.org/en/news/2000/03/20/serb-gang-rapes-kosovo-exposed>>.
- Hynes, S. (1997). *The soldier's tale : Bearing witness to modern war*. London : Pimlico.
- Lalumière, M., Harris, G. T., Quinsey, V. L. et Rice, M. E. (2005). *The causes of rape : Understanding individual differences in male propensity for sexual aggression*. Washington DC : American Psychological Association.
- Lilly, J. R. (2003). *La face cachée des G.I.s*. Paris : Payot.
- MacKinnon, C. A. (1994). Turning rape into pornography : Post modern genocide. In A. Stiglmeier (Éd.), *Mass rape : The war against women in Bosnia-Herzegovina* (p. 73-81). Lincoln : University of Nebraska Press.
- Malamuth, N. M. (1996). The confluence model of sexual aggression : Feminist and evolutionary perspectives. In D. M. Buss et N. M. Malamuth (Éds), *Sex, power, conflict : Evolutionary and feminist perspectives* (p. 265-295). New York : Oxford University Press.

- Malamuth, N. M., Heavey, C. et Linz, D. (1993). Predicting men's antisocial behavior against women : The "interaction model" of sexual aggression. *In* G. C. N. Hall, R. Hirschman, J. R. Graham et M. S. Zaragoza (Éds), *Sexual aggression : Issues in etiology and assessment and treatment* (p. 63-97). Ohio : Taylor and Francis.
- Marshall, W. L. et Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. *In* W. L. Marshall, D. R. Laws et H. E. Barbaree (Éds), *Handbook of sexual assault : Issues, theories and treatment of the offender* (p. 257-275). New York : Plenum.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority : An experimental view*. New York : Harper and Row.
- Min, P. G. (2003). Korean "comfort women" the intersection of colonial power, gender and class. *Gender & Society*, 17, 938-957.
- Parker, K. (1995). *War rape*. Document en ligne le 24 mars 2005 : <<http://www.webcom/hrin/parker/c95-11.html>>.
- Rosenman, S. (2000). The spawning grounds of the japanese rapists of Nanking. *Journal of Psychohistory*, 8, 59-77.
- Salzman, T. A. (1998). Rape camps as a means of ethnic cleansing : Religious, cultural, and ethical reponses to rape victims in the former Yugoslavia. *Human Rights Quarterly*, 20, 348-378.
- Seifert, R. (1993). War and rape : A preliminary analysis. *In* A. Stiglmeier (Éd.), *Mass rape : The war against women in Bosnia-Herzegovina* (p. 54-72). Lincoln : University of Nebraska Press.
- Tanaka, Y. (1999). *Comfort woman : A Filipina's story of prostitution and slavery under the Japanese military*. Lanham, MD : Rowman and Littlefield Publishers.
- Thornhill, R. et Palmer, C. (2000). *A natural history of rape*. Cambridge, MA : MIT Press.
- Thornhill, R. et Palmer, C. (2002). *Le viol : comprendre les causes biologiques du viol pour le surmonter, l'éviter et... ne plus le perpétrer*. Paris : Favre.
- Ward, T., Hudson, S., Johnston, L. et Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders : An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507.
- Zimbardo, P. (1969). The human choice : Individuation, reason and order versus deindividuation, impulse and chaos. *In* W. J. Arnold et D. Levine (Éds), *Nebraska symposium on motivation* (p. 237-307). Lincoln : University of Nebraska Press.

Résumé

Les conflits armés contemporains sont loin d'avoir été exemptés d'agressions sexuelles. La littérature scientifique de la dernière décennie semble mettre davantage l'accent sur les actes pédophiliques que sur les agressions sexuelles de femmes. Cet article s'intéresse strictement aux agressions perpétrées envers les femmes. Plusieurs modèles explicatifs sont exposés et commentés. Certaines applications en contexte de guerre des connaissances disponibles sur les agressions sexuelles commises en temps de paix sont discutées.

Abstract

Contemporary armed conflicts are far from exempt from sexual abuse. Numerous rape incidents have recently been reported in the media. The last decade of scientific literature seems to have primarily focused on pedophilic acts rather than on sexual assault against women. This article deals strictly with sexual abuse committed against women. Several explanatory models are presented and commented. Some applications in wartime of available knowledge about peacetime sexual aggressions are also discussed.

Mots clés

agressions sexuelles en temps de guerre, agressions sexuelles en temps de paix, modèles explicatifs, prévention

Key words

wartime sexual aggressions, peacetime sexual aggressions, explanatory models, prevention

UNE LOGIQUE COMMUNE, ISSUE D'UNE THÉRAPIE, POUR LA CONSCIENCE DE SOI ET LA CONNAISSANCE

**A COMMON MODEL FOR SELF CONSCIOUSNESS AND LOGIC OF KNOWLEDGE
DERIVED FROM PSYCHOTHERAPY**

Jean-Pierre Courtial¹
Université de Nantes

Christine Dumont
Université de Nantes

Il existe une thérapie nommée ACCES² qui remet en cause certains postulats de la psychologie clinique comme l'idée que, pour se libérer de scènes traumatiques, il faut revenir en amont de ces scènes. Cette thérapie semble s'appuyer sur l'accroissement de cohérence de la conscience de soi comme une ressource. Cet accroissement ne se fait pas pour autant sur la base des logiques cognitives usuelles, mais sur des bases méta-cognitives, plutôt du côté des mécanismes inventifs. Dans le cadre de cet article, nous proposons une analyse des mécanismes propres à cette thérapie, analyse basée sur des connaissances récentes en psychologie de l'invention et en épistémologie.

La thérapie ACCES aborde de façon originale le rapport de soi à soi. Il est postulé que nous interprétons dès la naissance le monde selon une logique analogique de survie, qui peut se révéler contre-productive si nous nous construisons une idée fautive de la non-vie. Il est alors possible de dé-construire cette pensée (appelée pensée originelle) en faisant appel à une conscience de soi plus large. La personne retrouve alors une autonomie qu'elle peut transposer à d'autres aspects de sa vie. Une série de cinq séances ACCES est ainsi analysée dans cet esprit. Il se trouve que, à partir des récentes recherches en scientométrie et en sociologie des sciences (théorie de la traduction et modèle fractal de la pensée individuelle et collective), ce mode de fonctionnement cognitif (dualité entre une pensée analogique interprétative et une pensée analytique tendant à l'exhaustivité) peut être considéré comme un modèle pour la construction des connaissances scientifiques. Ce modèle est alors une possibilité d'unification de la physique déterministe et non déterministe et, au-delà, d'unification de la physique et de la psychologie en tant qu'elle implique la liberté humaine.

1 Adresse de correspondance : Laboratoire de Psychologie Labécd, Université de Nantes, BP 81 227, 44312 Nantes Cedex 3, France. Courriel : jean-pierre.courtial@univ-nantes.fr

2, Approche de Connaissance, de Compréhension et d'Éveil de Soi. Site en ligne le 2 décembre 2008 : <<http://www.psychotherapieacces.com>>.

LOGIQUE DES INTERPRÉTATIONS COURANTES DE LA VIE : LEUR RELATIVITÉ

Selon quelle logique donnons-nous sens au monde et à nos actes? Contrairement aux schémas compliqués que la psychologie fournit à propos du raisonnement et de l'intelligence, nous pouvons nous inspirer de la logique de l'inventeur, celle de la science en construction, qui a été reconnue comme étant très efficace bien qu'élémentaire (Callon, 1989; Callon, Courtial et Penan, 1993).

La phase de production d'hypothèses est une phase de fusion « transpersonnelle » avec le monde (Mialet, 1994). La Figure 1 présente un exemple fourni par Courtial (2002). Un biologiste, à propos de l'autisme, associe l'hyper-activité (HA), l'auto-mutilation (AM) et le retrait social (RS) à un excès d'endorphines (E) parce qu'il a observé, dans un tout autre contexte, des choses similaires chez des animaux (Figure 1a). Pour prouver son hypothèse, il cherchera à montrer qu'un antagoniste des endorphines, la naltrexone, atténue bien l'hyper-activité, l'auto-mutilation et le retrait social d'un enfant autiste (Figure 1b).

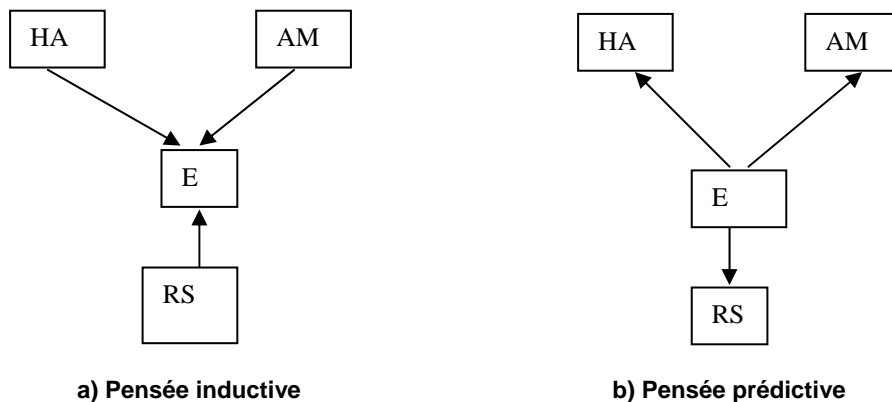


Figure 1 Structure d'un réseau autour d'un attracteur

S'il s'agit là d'un mécanisme causal, du point de vue de la pensée du chercheur, cette causalité prouvée correspondra à un équilibre entre la pensée inductive (conçue comme un réseau associatif centripète menant de HA, AM, RS vers E) et la pensée prédictive (conçue comme un réseau associatif centrifuge partant de E vers HA, AM et RS). C'est ce qu'on appelle structurer un réseau autour d'un *attracteur* où les liens centripètes et centrifuges s'équilibrent. Du point de vue cognitif, une relation de causalité prouvée, une loi interprétative du monde, peut donc être ramenée à une structure de réseau associatif, sans intervention du temps.

Cette logique associative peut rester totalement subjective et n'être qu'un pur raisonnement analogique, conséquences d'associations fortuites. Par exemple, un enfant dira qu'aller à l'école, c'est la mort. Pour rester en vie, il reste donc à la maison. Quand on l'interroge plus avant, on se rend compte qu'aller à l'école c'est pour lui la mort parce qu'il pense qu'il sera définitivement séparé de sa mère. S'il comprend qu'il reverra sa mère le soir en rentrant, il acceptera d'aller à l'école.

Par ailleurs, nous savons que la pensée analogique est une pensée primitive de survie (Tassin, 1996). L'appréciation de la situation se fait sur des bases imprécises, selon un principe de co-occurrence. La personne prend la partie pour le tout. C'est l'*interprétation*. On pourra, par exemple, prendre le fait que la personne en face de nous découvre ses dents comme une menace d'être mangé et non comme un sourire (Tassin, 1996). La pensée analogique assimile la partie (les dents) au tout (être mangé) et surviendra par la suite sur ce modèle (la crainte d'être mangé) à maints niveaux. Elle fonctionne selon les schémas précédents (voir Figure 1) mais, au lieu qu'ils soient validés par une expérimentation, ils sont simplement plaqués comme grille de lecture du monde, selon une logique auto-réalisatrice. La pensée analogique interprète de la même façon des situations reprenant le même pattern ou la même forme¹.

Nous avons montré, à propos de la logique de construction des connaissances, que l'intuition du chercheur fonctionnait selon cette logique de construction (et donc de déconstruction) d'une même forme à différents niveaux ou échelles. Cette logique, nommée « fractale », a pour meilleur exemple la permanence de la forme d'une côte maritime, quelle que soit l'échelle à laquelle on l'observe (Mandelbrot, 1975). La logique fractale déclenche la propagation de la même forme à différentes échelles, selon des temporalités différentes². Elle présente donc, à l'inverse des causalités classiques, un aspect chaotique où un petit événement peut entraîner, à l'image de la foudre, une transformation brutale du système.

Selon les échelles, la physique dit que le temps peut être réversible ou aboli. La causalité n'est donc pas la forme obligée des lois de la nature. La logique fractale a conduit à la théorie de la relativité fractale, selon laquelle les lois de la nature sont les mêmes à toutes les échelles, sans qu'il soit possible par conséquent de détecter à partir de celles-ci l'échelle à laquelle se passent les phénomènes que nous observons (Nottale, 1998). Nous pouvons donc évoluer en pensée, sans nous en rendre compte, dans des échelles telles que le temps y est arrêté, qu'il est une dimension spatiale ou, plus classiquement, qu'il lie de façon causale les corps.

-
1. Ce qui nous lie à la psychologie de la forme et aux théories en physique de l'invariance des formes.
 2. Y compris, comme on va le préciser, de temps arrêté.

Nous avons plus précisément montré que la construction des connaissances obéissait à une logique d'interaction entre formes que nous avons nommée « transfractale ». Nous avons modélisé cette logique « transfractale » à partir des mots associés par les articles scientifiques (Bailon-Moreno, Jurado-Alemeda, Ruiz-Banos et Courtial, 2005). Cette logique « transfractale » rend compte aussi bien des lois de la nature à l'échelle de nos corps régies par un principe de causalité que des lois de la conscience pour lesquelles il est possible d'imaginer le temps arrêté, voire réversible. Il est donc possible de faire découler les lois de la nature et les lois de la conscience d'un même modèle que nous nommerons *conscience générale du monde* ou *méta-cognition* (laquelle est transpersonnelle au sens où elle inclut une identification illimitée au monde). Cette conscience générale est potentiellement exhaustive, à la limite au-delà de toute interprétation. La pensée analogique est alors un cas particulier de cette conscience générale lorsqu'elle s'adapte à la préservation d'un objet existant comme notre corps¹.

Même avec la science, il y a donc en permanence une quantité d'interprétations possibles du monde en concurrence les unes avec les autres. Un autre chercheur substituera, à propos de l'autisme, un modèle organisé autour d'une carence affective. Dans la vie courante, les interprétations sont multiples et arbitraires, précisément en fonction de ce noyau primitif.

Par exemple, un enfant d'environ deux ans laissé seul à l'hôpital pour y être soigné pourra soit penser que ses parents sont des salauds, soit qu'il ne vaut pas la peine qu'on s'occupe de lui. Comme si l'enfant avait intégré une loi où la méchanceté mais aussi l'absence d'intérêt engendrent le rejet et il peut basculer d'une interprétation dans une autre en fonction de critères minimes : un regard momentanément figé des parents, un sentiment passager d'infériorité vis-à-vis d'autres enfants. Autrement dit, le choix d'une *interprétation* plutôt que d'une autre est en partie arbitraire mais peut dépendre d'un sentiment d'échec initial, d'un noyau primitif. Mais une fois qu'un choix est fait, parmi tout ce qui surviendra dans l'environnement de l'enfant ne seront sélectionnés que les aspects qui confortent le choix : méchanceté des parents dans un cas, peu d'intérêt de l'enfant dans l'autre.

Le sens que nous donnons au monde et à nos actes dépend souvent d'une relation au monde que nous souhaitons maintenir, non d'une approche objective. Si une femme s'identifie spontanément à la femme de son ami en ce qu'une femme peut souffrir des hommes en général, elle réagira à un aspect du comportement de cet ami qui lui paraît négatif à

1. Mais notre corps n'a pas de logique en lui-même sinon que les besoins qu'on lui prête découlent de la conscience causale qu'on lui applique.

l'égard des femmes en général, alors que cet aspect pourra n'être qu'un détail ou qu'il pourra relever d'un « code » propre au couple. Par exemple, elle pourra réagir à une tache que fait négligemment le mari sur le parquet, alors qu'en vérité, c'est lui qui encaustique. Nos interprétations dépendent de notre sensibilité personnelle et de nos lois subjectives, comme estimer qu'un homme peu soigneux à la maison ne respecte pas le travail de sa femme.

Notons au passage qu'une pensée causale prouvée prend la forme d'une pensée à la troisième personne : la proposition « l'excès d'endorphines crée l'autisme » se substitue à quelque chose comme : « autisme et excès d'endorphines s'associent dans mon esprit ». Dans la phase de fusion, l'esprit du chercheur est traversé par des associations de toutes natures, de façon transpersonnelle mais néanmoins subjective, singulière, le temps étant arrêté. La découverte établie, ces associations sont transformées en un réseau qui peut être éprouvé chez tout un chacun, qui est reproductible, indépendant du chercheur. Par l'intermédiaire de la découverte, le chercheur cesse d'être en fusion avec la nature, là où ses désirs le portaient (interpréter le monde à partir de sa subjectivité), pour être celui qui peut croire à la vision qu'il avait de l'autisme et être, accessoirement, celui qui a trouvé une loi nouvelle.

LA THÉRAPIE ACCES

La thérapie ACCES, initialement proposée par Louise Joly au Québec (Remy, Barbier, Dumont et Joly, 2003; Remy, Barbier, Villameaux, Dumont et Joly, 2002), fait l'hypothèse que nous nous construisons selon une pensée analogique qui dégage des formes. Ces formes interagissent entre elles au point de construire des logiques sans rapport clair avec ce qu'on appelle *événement traumatique*. Il est donc vain d'inciter le sujet à se rappeler son histoire. Un événement traumatique ne serait plutôt qu'un *déclencheur* de conceptions erronées du monde, construites dès nos premiers instants de vie, comme une *pensée originelle*. L'idée même de mort (de disparition de ce corps) peut être considérée comme une « forme » issue de la pensée analogique. La prise de conscience que l'idée de mort est une forme entraîne sa déconstruction, au profit d'une logique causale plus proche de la vision habituelle du corps, notamment de la vision du corps par la science.

Dans une première partie de séance (environ deux heures), le sujet évoque les soucis qu'il a dans l'instant. Le thérapeute l'incite à prendre conscience de la différence entre son mode de pensée et la réalité, à observer la différence entre ce qu'il pense qui est et ce qui est. Ensuite, dans une phase « divan », le sujet est invité à se dégager de toute référence à l'extérieur et à décrire alors ce qu'il « contactera », par exemple en s'imaginant seul dans le noir au milieu de nulle part. Il pourra,

selon les cas, évoquer des pensées associées pour lui au vide, à l'inexistence, à la non-vie, à la mort, à l'image de soi, à la vie, etc. Si une émotion survient, le thérapeute ramène le sujet à l'observation de sa pensée, ce qui permet au sujet de se dégager de l'émotion et de pouvoir ainsi observer le cheminement de pensée inducteur de cet état psychique. Le troisième temps réévalue de façon logique ses pensées, en fait le bilan. Il en résulte une prise de conscience de liberté, de choix possibles, corrigeant les erreurs de la pensée archaïque sous-jacente.

La psychothérapie ACCES propose donc au sujet d'observer le fonctionnement de sa pensée, sa logique formelle, en amont de toutes les pensées qui l'habitent, en amont de toute son histoire, comme une logique *analogique* de base (Dumont, 2002; 2004). La démarche est une réflexion sur soi, totalement intra-psychique, sans aspect relationnel ou transférentiel. Cette logique de base est accessible par les mots qui lui sont associés. Elle s'exprime à travers des impressions, en amont de toute émotion, émotion à éviter car elle reporterait le sujet sur son histoire et l'éloignerait du travail cognitif que suppose la thérapie. Cette logique de base apparaît comme une structure associative oscillant entre des états chaotiques et des états plus proches de la pensée causale usuelle. Dans les états chaotiques, *comme si le temps était arrêté*, tantôt tout est possible, tantôt rien n'est possible, selon des analogies dont le corps fournit les métaphores (vertige, vide, chute, enfermement, ennui, etc.). Le sujet, s'observant lors de la phase « divan », exprime la représentation *analogique* qu'il se fait de la mort, par l'idée de chute, par exemple. Il approfondit cette relation, allant de métaphores limitées (« je suis enfermé dans une boîte ») vers des métaphores plus complexes qui contiennent les premières (« je suis enfermé dans mes pensées »). Ce processus lui permet de percevoir que la pensée originelle n'est faite que de métaphores illusoires, selon les limites précisément de la pensée analogique. Il ne chute pas vraiment. Il dissout ces métaphores en leur substituant d'autres métaphores qui finissent en pensée causale (par exemple, il dira « je suis nul, je veux me détruire » qui pourra devenir « je suis nul, et comme je suis nul, je me hais, donc je veux me détruire »). Tout se passe comme si la pensée originelle l'avait sauvé dans l'urgence, mais se révélait inadéquate à son fonctionnement global à long terme.

À partir d'une répétition de ces formes, le sujet finit peu à peu par exprimer une sensation de durée, d'exister comme une conséquence de cette durée. Cette durée le rassure et, à l'aide également d'une *pensée à la troisième personne*, il semble s'extraire peu à peu de ses anciens modes de pensée circulaires. Il s'accoutume à fonctionner de la même façon (hors « divan ») relativement aux interprétations marquées par l'échec qu'il donnait de sa vie courante.

Sous ACCES, le sujet passe de façon incontrôlée d'un état où tout est possible à un autre où rien n'est possible. Il lui reste donc à organiser la pensée pour contrôler l'apparition de ces états. Ressentir cette dualité donne déjà prise sur ces états puisque l'idée que tout est possible est toujours là. Ce contrôle va résulter de ce que la pensée originelle ressentie et exprimée va pouvoir être confrontée à la conscience telle qu'elle se manifeste à l'échelle du corps selon une logique causale¹. À l'occasion des séances ACCES, le sujet construit donc de la causalité. Le temps travaille pour le sujet, alors que sa pensée originelle oscille d'un état à un autre, comme si le temps était arrêté. Une manière d'organiser la pensée qui tient compte de la durée est ainsi d'introduire des relations de causalité, quelles qu'elles soient, de transformer la logique analogique en une logique causale tenant compte de la réalité actuelle.

Les fragments de discours relatifs à la nullité et au désir de destruction s'organisent l'un par rapport à l'autre et se rassemblent. Un sujet qui raisonne juste est déjà moins nul. Peu à peu, il va organiser les pensées qui surviennent en lui, en reprendre le contrôle en liaison avec la durée que suppose son corps (au lieu que le temps soit parcouru comme une dimension spatiale). Tout se passe comme si, selon un modèle issu de la relativité fractale (Nottale, 1998), l'interaction de la pensée originelle et de la conscience sensori-motrice *fonctionnant à l'échelle du corps* suscitait des sensations intermédiaires entre un sentiment de non-vie et un sentiment moins négatif d'un manque, sensations issues de la matière. La matière est peut-être revitalisée, régénérée en retour par cette prise de conscience (par des connexions nouvelles, peut-être biocognitives, tel que le mentionne Martinez, 2001), permettant au sujet d'habiter son corps².

On a vu que donner du sens correspondait à créer un équilibre formel dans un réseau. C'est pourquoi la seule morphologie du discours exprimé compte. La thérapie ACCES évolue donc autour de cette construction formelle : retrouver confiance en soi de sorte d'être capable de rechercher une cohérence, de revenir au centre du réseau de notre vie. Le simple fait de ressentir que nous existons malgré tout contribue à « recharger nos batteries » tout en nous replaçant au centre de nous-mêmes. Le sens de ce qui se passe sous ACCES se résume à la construction d'un réseau géré à partir d'une place centrale selon une logique réflexive en

1. Selon la théorie de la relativité fractale, toutes ces logiques n'en forment qu'une : le passage du temps arrêté au temps irréversible, de la co-occurrence à la causalité, n'est qu'une question d'échelle (Nottale, 1998). On a pu également donner le nom de biocognition ou de champ de bio-information à l'ensemble de ces logiques en interaction (Martinez, 2001; Courtial, 2006).
2. On peut comparer ce processus à l'émergence de la matière à partir d'un mélange purement énergétique de particules de matière et d'anti-matière — les premières remontant le temps — selon le modèle de Feynman (*Leçons sur la physique*, Paris : Odile Jacob, 2007).

correspondance avec la logique causale que nous prêtons habituellement au corps.

ACCES met en œuvre une logique des formes. On observe ainsi des formes de base qu'on peut appeler de vie et de non-vie, s'opposant entre elles. Être libre, c'est voler comme un oiseau, évoluer dans un air léger. Être soumis, c'est peser lourd, tomber au fond d'un puits. Cette logique des formes se retrouve à tous les niveaux. Être boulimique, ce sera aussi trop travailler. Une condition pour exister sera de nommer par un mot le piège dans lequel on s'est enfermé, l'objectiver pour pouvoir s'en dégager. L'énergie mise en œuvre par ACCES se situe simultanément à plusieurs niveaux¹, ne se focalise pas sur une expérience traumatique donnée. La re-construction permise par ACCES fait boule de neige, sur la base d'un enrichissement du discours par analogies, développement des formes en gestation. Chaque îlot de mots associés par le discours reprend la logique de l'îlot de niveau inférieur ou supérieur dont il était issu, selon une logique de cohérence fractale.

Le langage ne sert pas à décrire ce que nous faisons en relation avec une réalité objective extérieure à nous. Il sert à créer une forme, celle qui caractérise un corps-esprit intégré.

OBSERVATION CONCRÈTE DE L'ÉVOLUTION DE LA PENSÉE ORIGINELLE

Technique employée

Nous décrivons ci-dessous les résultats de l'analyse de contenu des propos tenus par Isabelle², pendant cinq séances de thérapie ACCES, selon la logique indiquée en introduction, à l'aide du programme Wordmapper, nouvelle version de notre programme d'analyse des mots associés par les articles scientifiques, plutôt connu sous le nom de programme Leximappe (Courtial et Gourdon, 1999; Courtial, 2002).

Isabelle est venue en consultation pour un problème de surpoids, qu'elle considérait comme probablement génétique car sa mère a toujours été en surpoids également. Isabelle est en surpoids depuis l'âge de 4-5 ans. Elle a commencé des régimes dès l'âge de 18 ans. Elle a fait une tentative de suicide il y a 15 ans. Elle a été suivie par un psychiatre, puis par un psychothérapeute, puis par un kinésologue. Le désir d'Isabelle n'est pas de maigrir (elle a clairement exprimé qu'elle n'y croit pas, que c'est génétique, etc.), mais de ne plus avoir cette obsession de la nourriture.

1. C'est pourquoi elle relève d'une logique fractale.
2. Pseudonyme.

Lorsque le thérapeute ACCES lui demande en face à face : Manquer de nourriture amènerait quelles impressions? Elle répond : « Vide en moi, solitude, tristesse, voilà que ça recommence, que je suis damnée, pas de chance, incompréhension, vide sombre, angoisse, asphyxie, sommeil, endormissement, oubli... ça me paralyse, néant, rien... la mort... dommage, triste, inéluctable. »

Les propos lors de la phase divan ont été, avec l'accord de la patiente¹, enregistrés et retranscrits. Pour obtenir un vocabulaire suffisant et des co-occurrences de mots en quantité suffisante, il nous faut coupler les séances. Les séances 1 et 2, 2 et 3, 3 et 4, 4 et 5 ont été ainsi agrégées, ce qui donne quatre fichiers qui ont été dupliqués quatre fois pour des raisons informatiques. Les chiffres de fréquence affichée sur les tableaux et figures (voir ci-dessous) sont donc à diviser par quatre. Cela revient à constituer des fichiers se recouvrant en tuilage, dits en économétrie, glissants (c'est-à-dire contenant des éléments communs d'un fichier à l'autre), ce qui favorise la mise en évidence d'une évolution en gommant les ruptures trop brutales d'une séance à l'autre. Un inconvénient est que la première et la dernière séance n'interviennent qu'une fois mais, plutôt que de raisonner en termes de séances isolées, on peut considérer que nous recherchons une dynamique.

Les formulations négatives ont été transformées en nouveaux mots formés du mot sur lequel portait la négation précédé (sans séparation) de « pas ». Les mots composés calculés par l'ordinateur contiennent des tirets inférieurs (par exemple, avoir_peur). Les expressions comme « ça tourne » ou « c'est » ont été remplacées par le nouveau mot artificiel « çaouc'est ». Ces expressions peuvent se rapporter aux états de conscience non individualisés. Lorsque l'expression « elle » (se rapportant au locuteur) est présente parmi des « ça ou c'est », on a remplacé le « elle » par le mot « Isabelle ». Les mots ont été ramenés le plus souvent à leurs radicaux sémantiques (par exemple, « penser » ramené à « pensées », mais « mourir » est distingué de « mort »).

La fenêtre glissante de calcul des co-occurrences fait dix mots. Une co-occurrence n'est, bien entendu, à prendre en compte que si elle survient au minimum huit fois, puisque les fichiers sont en général présents deux fois et dupliqués quatre fois.

L'algorithme de classification retenu par l'analyse des mots associés, qu'il s'agisse de Leximappe ou de Wordmapper, est une classification hiérarchique ascendante par lien simple. Le coefficient d'association utilisé entre deux mots est le coefficient « e » (produit de la double probabilité

1. Mais, comme le suppose la méthode, ils ne comprennent pas, contrairement aux thérapies usuelles, de révélations intimes relatives à l'histoire du sujet.

d'avoir un mot quand on a l'autre). Elle conduit à des thèmes ou « clusters » de 12 mots maximum pour ce qui concerne les Figures 4 à 7. Les clusters sont caractérisés par leurs valeurs de centralité (somme des liens entre un mot du cluster et un mot extérieur au cluster) et de densité (valeur moyenne des liens internes).

Les clusters sont disposés dans un plan, appelé « diagramme stratégique », selon leurs valeurs de centralité (axe horizontal) et de densité (axe vertical). L'idée est qu'un thème central et dense représente une causalité au sens de ce qui a été dit en introduction, dans la mesure où une causalité s'exprime par un équilibre entre associations centripètes et centrifuges (Courtial, 2002; Courtial et Gourdon, 1999). Mais ici nous irons plus loin. La logique de la pensée originelle tout comme celle de la causalité qui va s'y substituer est fractale. Par exemple, l'idée de « pas savoir quoi faire » ou de « pas de réflexes » sont deux déclinaisons d'une même idée. Nous chercherons donc, non pas une causalité précise attribuable à un cluster, mais une forme unique déclinée à plusieurs niveaux, soit sur plusieurs clusters. Nous examinerons donc globalement les clusters qui s'organisent selon la première bissectrice du diagramme stratégique représentant l'égalité des valeurs de centralité et de densité. Nous tenterons de prêter une cohérence globale à ces clusters, expression d'une forme en construction. À l'inverse les clusters qui, s'organisant selon la seconde bissectrice, sont tels que leur densité est d'autant plus forte qu'ils sont peu centraux. Ils représenteraient alors la technique auxiliaire menant à l'élaboration de la forme de la première bissectrice¹.

Résultats

Le Tableau 1 montre, avec le temps, l'atténuation des ressentis impersonnels (la pensée « pure ») et, à l'inverse, l'accroissement de l'expression à la troisième personne.

Nous avons d'abord distingué manuellement les thèmes abordés par Isabelle lors des cinq séances. Ces thèmes paraissent en nombre limité et ils semblent être les mêmes d'un patient à l'autre. Chaque patient les aborde dans un ordre différent puis revient à l'un ou à l'autre, dans un premier temps sans ordre apparent. C'est pourquoi nous avons imaginé de les reporter sur un cercle dans l'ordre chronologique de leur apparition et de représenter une séance par une ligne brisée allant d'un thème à l'autre. Nous ne présenterons pas ici l'ensemble des trajectoires pour les cinq

1. Cette configuration a été observée par exemple dans le cas des mots associés par les définitions « opérationnelles » d'un dictionnaire de sociologie et non par les discours des sociologues (Kamrane, 1991).

Tableau 1 Évolution des fréquences des états de conscience non identifiés et de l'expression à la troisième personne

Séances	1+2	2+3	3+4	4+5
États de conscience non identifiés	133	106	99	61
Elle est...	44	47	48	56

séances. Nous montrons simplement quels furent les thèmes abordés par Isabelle lors des cinq séances et indiquons, à titre d'exemple, la trajectoire de la première séance.

La Figure 1 montre la succession en ligne brisée des thèmes abordés par Isabelle en première séance, ceux-ci étant disposés dans le sens des aiguilles d'une montre en partant en haut du cercle dans l'ordre dans lequel ils surviennent. Les thèmes vont d'un sentiment de mort à l'élaboration d'une conscience adulte libérée des interprétations en passant par des états de conscience à la troisième personne, le sentiment d'une dualité de la pensée, la perte des repères, la réévaluation adulte, le doute, une nouvelle conscience de soi, la sensation d'un manque, un

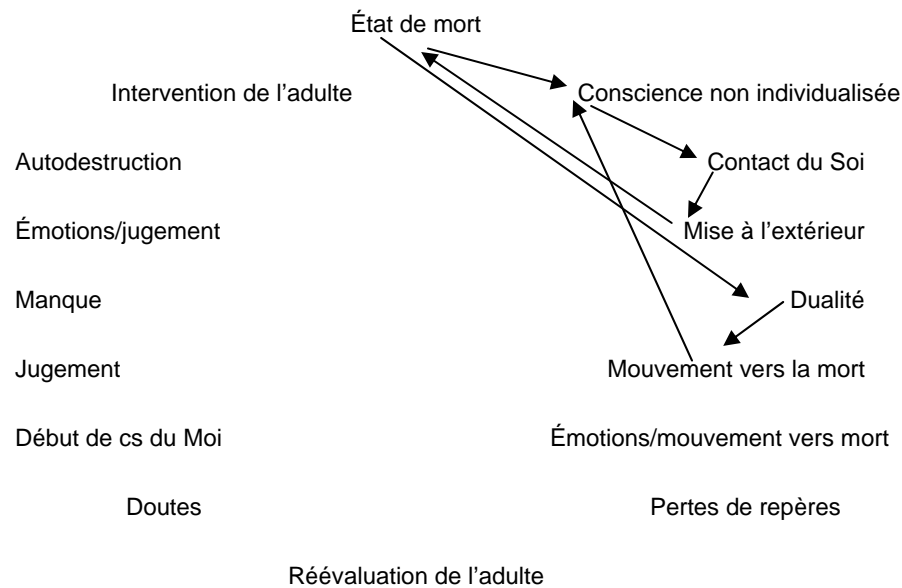


Figure 1 Liste des thèmes abordés par Isabelle dans l'ordre où ils apparaissent et trajectoires de la première séance

Une logique commune, issue d'une thérapie...

jugement de soi et une envie d'autodestruction devant tant de difficultés. Le principe du processus ACCES est que les parcours chaotiques finissent par s'organiser en relations causales. Autrement dit, les sauts d'un thème à l'autre selon de grands diamètres finissent par se transformer en successions plus rationnelles de thèmes localement proches le long du cercle. Tout se passe comme si de la « matière », témoin du développement de la logique causale, émergeait vers l'intérieur du cercle avec la complexification des thèmes. Par ailleurs, les thèmes de gauche liés au jugement et à la réévaluation — mais aussi à l'auto-destruction — sont de plus en plus évoqués avec l'avancement des séances.

Nous avons ensuite traité les données selon deux logiques. D'une part, en mettant les quatre fichiers ensemble (Figures 2 et 3), en choisissant des clusters de grande taille et en mettant en évidence l'agrégation progressive qui conduit aux clusters, quel que soit le moment où les mots correspondant sont survenus, nous mettrons en évidence une « forme » s'il se trouve qu'une forme structure la dynamique. D'autre part, en étudiant la dynamique d'évolution du contenu des récits de la façon dont nous avons mis en évidence la dynamique de construction des connaissances scientifiques.

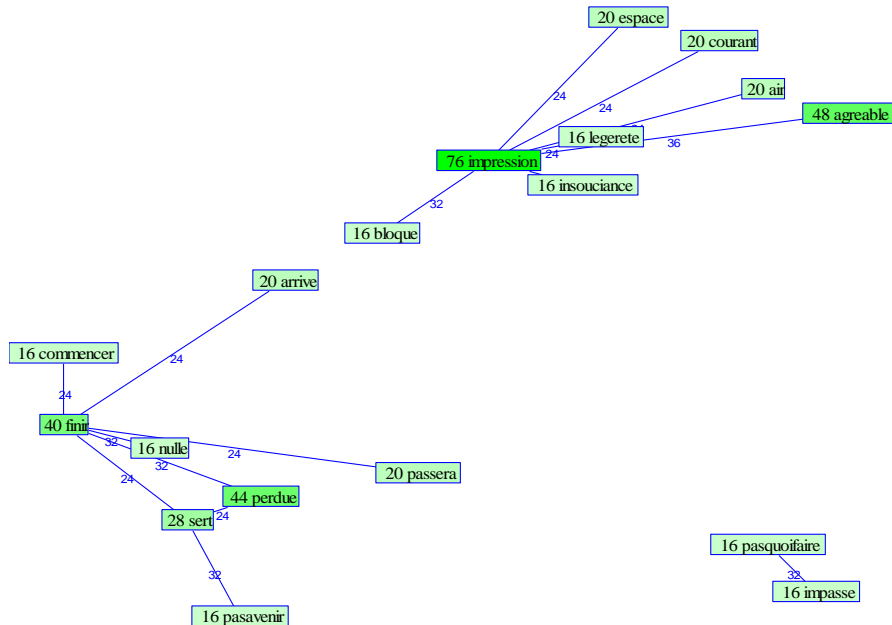


Figure 2 Fragments du cluster « impression » pour un seuil de co-occurrences supérieur ou égal à 24

Les Figures 2 et 3 montrent comment deux agrégats opposés, tous deux relatifs à la logique de la pensée, mais l'un exprimant la légèreté potentielle de la pensée (mots comme « insouciance », « légèreté », « air »), l'autre la lourdeur de cette même pensée lorsqu'elle est en échec exprimée par des métaphores (mots comme « pierre », « nulle », « finie », « perdue ») finissent par être reliés lorsqu'on abaisse le seuil des co-occurrences (Figure 3) à l'aide des mots liés au sentiment de durée (mots « longtemps », « attendre »), moins fréquents et survenant dans un second temps (à partir de la quatrième séance). La réunification des sentiments contradictoires au sein d'une nouvelle synthèse est la conséquence du sentiment de continuer à exister. Des passerelles existent désormais entre les aspects positifs et négatifs de la Figure 2.

Nous avons, au moyen de Wordmapper, disposé les clusters extraits du discours d'Isabelle au fil des séances, selon leurs valeurs de centralité et de densité. On observe que des clusters centraux et denses qui expriment le « problème » dans lequel se « débat » Isabelle sont ceux du « manque » et de la « perte de repères ».

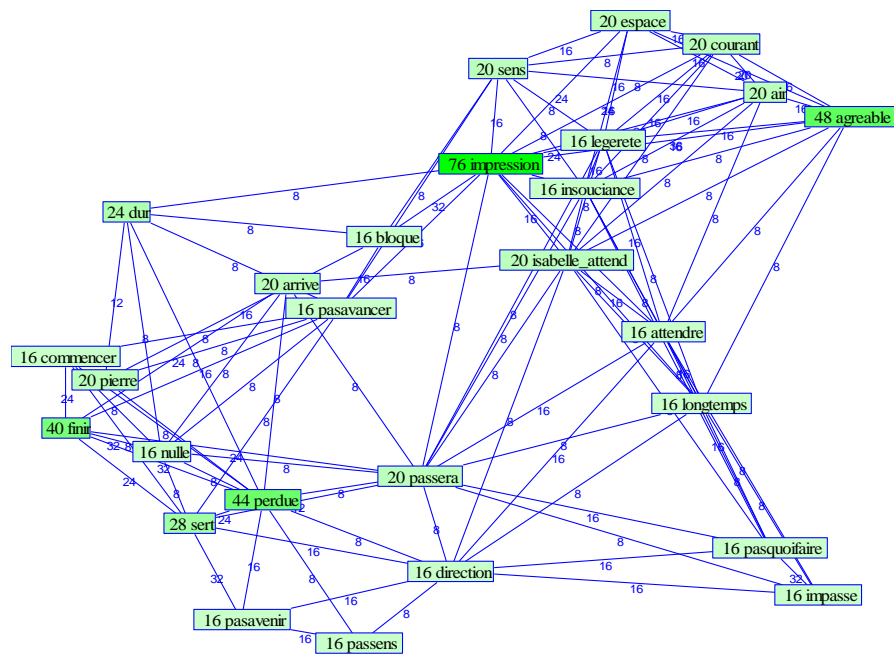


Figure 3 Fragments du cluster « impression » pour un seuil de co-occurrences supérieur ou égal à 8

La dernière fois où elle a été vue, voilà ce qui s'est dit sur le divan : « tranquillité, disponibilité, légèreté, insouciance, sans appréhension; un sentiment de puissance et d'éternité ». Elle se sent invincible, sûre d'elle, ce qui la rend heureuse. Elle n'a peur de rien. Elle a confiance en elle. À la question de la thérapeute : « C'est quoi la confiance? », elle répond qu'elle sait qu'elle trouvera toujours la solution en elle, qu'elle a la capacité de rebondir, d'agir devant n'importe quelle situation.

Lorsque la thérapeute lui demande de comparer ses ressentis « avant » et « après » la thérapie, elle répond : « Avant, j'avais des idées préconçues; j'avais peur du jugement qu'on portait sur moi; j'avais peur qu'on ne m'aime pas. Plus maintenant. Avant, j'avais peur du futur. Plus maintenant. Avant, j'avais peur de ne pas pouvoir faire face à certaines choses, plus maintenant. Avant, il me semblait qu'il y avait des parts de moi-même que je ne connaissais pas, qui me faisaient peur, plus maintenant. Avant, je rêvais à quelque chose, je rêvais d'une vie. Maintenant, je vis la mienne ». Ce qui est à noter, c'est qu'elle n'a absolument pas mentionné son problème de poids et de nourriture dans le « avant »...

ACTUALITÉ DE LA PENSÉE ORIGINELLE : AU CŒUR DES PROCESSUS INVENTIFS, CLEF D'UN MODÈLE D'UNIFICATION DES SCIENCES

La thérapie ACCES met indirectement à jour un mécanisme par lequel nous tentons de donner un sens global à notre vie. Comme s'il y avait, avec la pensée originelle, une énergie vitale majeure¹, au-delà des énergies en physique connues à ce jour, au-delà de la libido freudienne, une énergie plus large, celle qui nous pousse plus généralement à construire de la culture, de la connaissance, de l'organisation. Avec ACCES, nous la voyons fonctionner sous nos yeux en grandeur réelle, dans la tentative d'un sujet de construire une nouvelle cohérence de soi plus large. Nous pouvons en esquisser la théorie. Nous voyons comment cette énergie peut lier la causalité classique des sciences et l'idée plus moderne d'organisation d'un système².

ACCES évoque le processus de pensée du chercheur, lorsque son esprit est parcouru d'associations de toutes natures en fusion avec le monde, et qu'à partir de celles-ci, il élabore une loi du monde extérieure à lui-même, objective et, corrélativement, une conscience de lui-même plus clairvoyante. N'avons-nous pas avec la pensée originelle le modèle de la construction des connaissances scientifiques, le chercheur établissant un

-
1. Celle de l'effet placebo où le sens renforce *in vivo* les mécanismes physiques isolés *in vitro*.
 2. D'où l'intégration possible de l'énergie classique et de l'énergie organisationnelle de Boltzmann voir [Rocard, Y. (1967). Thermodynamique. Paris : Masson.].

pont entre une logique transpersonnelle de la conscience où le temps est arrêté et une logique causale ordinaire? Il est tentant de faire un parallèle avec la dualité issue de la physique entre logique causale liée au temps des phénomènes à notre échelle et logique chaotique du temps arrêté à des très petites échelles¹.

Le modèle que suggère ACCES substitue à une logique chaotique une logique causale basée sur un équilibre entre relations centripètes et centrifuges. Nous disposons là d'un modèle pour un algorithme génétique² réunissant lois de la physique et lois du vivant. Nous avons d'un côté une pensée totalement libre, où le soi n'a plus de frontières, *transpersonnelle*, et de l'autre, une pensée qui s'organise peu à peu en conformité avec la pensée causale commune avec l'élaboration d'un réseau centré autour d'un soi d'où une frontière est gérable. Avec la thérapie ACCES, c'est comme si la pensée originelle énergétisait la matière (comme un *hardware* disponible) que constitue notre corps en l'inscrivant dans une relation lui donnant une forme et une frontière (Varela, 1989).

La pensée originelle suggère une passerelle entre le déterminisme de la physique et la liberté de l'homme, la physique avec ses lois causales et les sciences de la nature dont les mécanismes sont plus proches des algorithmes. Elle établit un lien entre la logique classique des sciences et la logique du temps arrêté de la conscience, de ce que l'on nomme parfois l'inconscient super-lumineux ou de la causalité morphique de la biologie.

Références

- Bailon-Moreno, R., Jurado-Alameda, E., Ruiz-Banos, R., Courtial, J. P. (2005). The unified scientometric model. Fractality and transfractality. *Scientometrics*, 63(2), 231-258.
- Callon, M. (1989). *La science et ses réseaux*. Paris : La Découverte.
- Callon, M., Courtial, J. P. et Penan, H. (1993). *La scientométrie*. Paris : PUF.
- Courtial, J. P. (2002). Analysis of social representations in action based on words associated by scientific articles. *European Review of Applied Psychology*, 52(3-4), 221-230.
- Courtial, J. P. (2006). The structure of scientific knowledge and a fractal model of thought. *The Journal of Mind and Behavior*, 27(2), 149-166.
- Courtial, J. P. et Gourdon, L. (1999). Mapping the dynamics of research on autism or the cultural logic of science. *Theory and Psychology*, 9(5), 579-604.
- Dumont, C. (2002). *La méthode ACCES : une expérience méta-cognitive?* Mémoire de maîtrise, Université Rennes II.
- Dumont, C. (2004). *La voie d'ACCES, description d'une nouvelle méthode thérapeutique*. Mémoire de DEA de psychologie, Université Rennes II.
- Kamrane, R. (1991). Emploi et critique des notions en sciences sociales. La partie et le tout. *L'année sociologique*, 41, 128-153.
- Mandelbrot, B. (1975). *Les objets fractals : forme, hasard et dimension*. Paris : Flammarion
- Martinez, M. E. (2001). The process of knowing : A biocognitive epistemology. *The Journal of Mind and Behavior*, 22(4), 407-426.

1. La relativité fractale est une théorie physique qui relie précisément les deux logiques, le seul point invariant avec les changements d'échelle étant la notion de forme.
2. De type automate cellulaire sous contrainte de construction de frontières (voir Varela, 1989).

Une logique commune, issue d'une thérapie...

- Mialet, H. (1994). *Le sujet de l'invention*. Paris : Thesis Paris I-Sorbonne.
- Nottale, L. (1998). *La relativité dans tous ses états*. Paris : Hachette.
- Remy, B., Barbier, D., Dumont, C. et Joly, L. (2003). *Anorexie mentale, prise en charge institutionnelle, thérapie ACCES : à propos de quelques cas*. XII^{èmes} Journées institutionnelles de la MGEN. La Verrière, 2 décembre 2002. La Verrière : Cahiers de la MGEN.
- Remy, B., Barbier, D., Villameaux, M., Dumont, C. et Joly, L. (2002). *À propos d'une nouvelle psychothérapie : ACCES*. XI^{èmes} Journées institutionnelles de la MGEN. La Verrière, 10 décembre 2001. La Verrière : Cahiers de la MGEN.
- Tassin, J.P. (1996). Schizophrénie et neurotransmission : un excès de traitement analogique? *L'encéphale*, 3, 91-98.
- Varela, F. (1989). *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant*. Paris : Le Seuil.

Résumé

Il existe une psychothérapie, la psychothérapie ACCES, fondée sur des principes qui diffèrent beaucoup tant de la clinique courante, dynamique ou humaniste, que de la psychologie cognitive classique. Le patient tend à développer une énergie, une confiance en lui-même, en déconstruisant une pensée analogique au bénéfice d'une pensée réflexive à la troisième personne aussi générale que possible. Le travail en thérapie ressemble, par certains aspects, au processus inventif que nous avons analysé par ailleurs chez le chercheur. Le modèle qui sous-tend cette thérapie peut donc enrichir la panoplie habituelle des méthodes psychothérapeutiques, les refonder en partie sur d'autres bases théoriques et contribuer à accroître notre connaissance de la logique à l'origine de la science.

Mots clés

thérapie ACCES, pensée originelle, interprétation, théorie fractale, sociologie des sciences

Abstract

A new psychotherapy, called ACCES, is based on very different principles from those used in current psychodynamic, humanistic, or cognitive therapies. The patient develops cumulative energy and self confidence by deconstructing an analogical thinking pattern and replacing it with reflexive thinking as general possible, using the third person form. The therapeutic process is, in many ways, similar to the scientist inventive thought that has been studied in the past. The mechanism underlying this therapy may enlarge the usual range of psychotherapeutic approaches, renew their theoretical basis, and contribute to increase our knowledge of the logic underlying scientific thought.

Key words

psychotherapy ACCES, primal thoughts, interpretation, fractal theory, sociology of science

**L'APPROPRIATION D'UN FEED-BACK DANS UN CONTEXTE
D'ÉVALUATION DU POTENTIEL : ESSAI DE MODÉLISATION ET
RÉSULTATS EMPIRIQUES**

**APPROPRIATION OF DEVELOPMENTAL FEEDBACK : TENTATIVE MODEL AND
EMPIRICAL RESULTS**

Patrick Plunier¹
Université de Montréal

Jean-Sébastien Boudrias
Université de Montréal

Maryse Landry Gagné
Université de Montréal

Plusieurs écrits (par exemple, Ilgen, Fisher et Taylor, 1979; Liden et Mitchel, 1985) ont traité du feed-back dans un contexte d'évaluation du rendement (*feed-back de performance – FBP*). À l'opposé, des chercheurs comme Kudisch (1996) commencent seulement à étudier le feed-back dans un contexte d'évaluation du potentiel (*feed-back développemental – FBD*). Pourtant, l'évaluation du potentiel et la communication des résultats qui en découlent constituent l'une des principales activités des psychologues du travail (Foucher et Leduc, 2001). La quasi absence de travaux portant sur le FBD est aussi étonnante, car la nature changeante du travail incite de plus en plus les employés à rechercher les opportunités de développement (Ryan, Brutus, Greguras et Hakel, 2000). Au niveau mondial, cet engouement pour le FBD se traduit par des dépenses annuelles se chiffrant à plusieurs milliards de dollars en évaluation du potentiel (Rose, Eidson, Steffensmeier et Kudisch, 2004).

DÉFINITION ET PARTICULARITÉS DU FBD

En contexte d'évaluation du potentiel, le phénomène du feed-back peut être décrit comme suit : « inspiré de Kluger et DeNisi (1996) : le FBD consiste en une rencontre formelle et privée, suivant une évaluation des compétences, durant laquelle un agent externe à l'organisation transmet des informations à l'individu évalué en regard de ses comportements et de ses attitudes au travail en vue d'identifier et de proposer des cibles d'amélioration ou de développement ». L'efficacité de ce type de feed-back repose sur la prémisse qu'il permet aux participants de prendre davantage conscience de leurs besoins développementaux (Ryan *et al.*, 2000). D'autres chercheurs (par exemple, Bohem, 1985; Kudisch, Lundquist et Smith, 2002) suggèrent également qu'il représente un bon outil pour diagnostiquer les forces et les besoins de développement d'un individu, pour faciliter la planification du développement, pour augmenter le potentiel de promotion et pour accroître la performance en emploi.

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. A, Montréal (QC), H3C 3J7. Courriel : p.plunier@umontreal.ca.

Ces définitions du feed-back et des objectifs qui lui sont associés laissent entrevoir des distinctions notables entre le feed-back prodigué lors d'une évaluation du rendement et le feed-back résultant d'une évaluation du potentiel (Jeanneret et Silzer, 1998; Ryan *et al.*, 2000). Parmi celles-ci, l'une des plus saillantes concerne le but visé. Dans un contexte d'évaluation de rendement, le feed-back vise prioritairement l'amélioration de la performance de l'employé dans l'exécution de ses tâches. Par contre, le FBD a une visée plus large, car il cible l'amélioration de la performance de l'employé dans ses tâches, mais également le développement de son potentiel au travail et dans sa carrière. En effet, un FBD peut souligner des possibilités de développement qui ne sont pas directement en lien avec les compétences requises dans la réalisation des tâches actuelles du candidat, mais qui ont tout de même un impact sur ses relations au travail et sur sa progression de carrière.

Une seconde distinction concerne la nature des informations sur lesquelles l'évaluateur s'appuie pour donner le feed-back. Dans une situation d'évaluation du rendement, l'évaluateur juge l'employé sur la base des comportements et des résultats observés dans l'exécution de sa tâche au cours d'une période donnée. En évaluation du potentiel, l'évaluateur est plutôt intéressé à mesurer les compétences du candidat en considérant des informations ne provenant pas uniquement du milieu de travail (par exemple, lors de simulations, de tests psychométriques et d'entrevues).

Enfin, les caractéristiques de l'évaluateur diffèrent aussi grandement d'un contexte à l'autre. En effet, le feed-back suivant l'évaluation du rendement est souvent effectué par le supérieur hiérarchique du candidat. Cet individu n'a toutefois pas toujours l'expérience requise ou une formation spécialisée en évaluation ou en gestion des ressources humaines. De plus, sa capacité à rester objectif peut constituer une tâche difficile dans la mesure où l'évaluateur et l'évalué interagissent en dehors du processus d'évaluation. À l'opposé, le FBD est généralement offert par un agent externe à l'organisation qui joue davantage un rôle de conseiller. Cet évaluateur possède habituellement une formation dans un domaine lié à l'évaluation individuelle (par exemple, la psychologie du travail et des organisations ou l'orientation professionnelle.)

En résumé, la spécificité du FBD tant au niveau de l'objectif, des données recueillies que des caractéristiques de l'évaluateur, suggère que les résultats des recherches sur le feed-back menées dans un contexte d'évaluation de rendement ne sont pas nécessairement généralisables au contexte développemental. Il importe donc de se centrer sur les études abordant directement le FBD afin de pouvoir modéliser adéquatement le

phénomène et tirer des conclusions appropriées quant aux facteurs qui favorisent l'appropriation d'un feed-back dans ce contexte.

LE PROCESSUS DE FEED-BACK

Modélisation du processus de feed-back

La Figure 1 offre une représentation graphique de notre modélisation du processus d'appropriation d'un feed-back par le récepteur. Largement inspiré des travaux d'Ilggen et de ses collaborateurs (1979), ce modèle propose cinq phases qui sont la perception du feed-back, la compréhension, l'appropriation, les conséquences proximales et les changements comportementaux en emploi. Chacune de ces phases serait influencée par les caractéristiques des quatre composantes du feed-back que sont la source (provenance du feed-back), le message (informations transmises), le contexte (situation dans laquelle s'inscrit le feed-back) et le récepteur (individu à qui s'adresse ces informations).

Ce modèle propose une séquence explicative du processus par lequel un feed-back en vient à avoir un impact sur le récepteur. En premier lieu, le message transmis par la source doit être perçu par le récepteur. Cette perception peut être altérée par des dispositions du récepteur, telles que le manque d'attention et la fatigue, faisant en sorte que le message ne puisse pas être entièrement capté par l'individu évalué. Les informations perçues sont par la suite traitées et analysées par le récepteur qui tente de créer un tout cohérent et compréhensible. Encore une fois, divers facteurs tels que le manque d'intérêt et de faibles aptitudes cognitives pourraient expliquer qu'une partie seulement du message est saisie. Par la suite, de toute l'information perçue et comprise, le récepteur va également s'en approprier une fraction tout au plus. Il importe d'ailleurs de noter que le terme *acceptation*, proposé par Kudisch (1996), a été volontairement remplacé par *appropriation*, qui signifie « faire sien » (Robert, Rey-Debove et Rey, 1995). Ce choix terminologique nous apparaît plus adéquat, car l'appropriation suppose davantage l'idée d'une intégration active du feed-back par le candidat plutôt qu'une simple acceptation de celui-ci. En effet, il ne s'agit pas seulement que le récepteur soit en accord avec le feed-back émis, mais aussi qu'il utilise les informations contenues dans le message afin de modifier sa façon de se comporter au travail.

Une fois que l'individu s'est approprié le message, il s'ensuit généralement des conséquences proximales, lesquelles font référence aux répercussions immédiates sur le récepteur comme une meilleure connaissance de soi, une augmentation de la motivation concernant le développement d'habiletés ou toute intention de comportement allant dans le sens du feed-back. Ultiment, ce processus devrait se conclure par

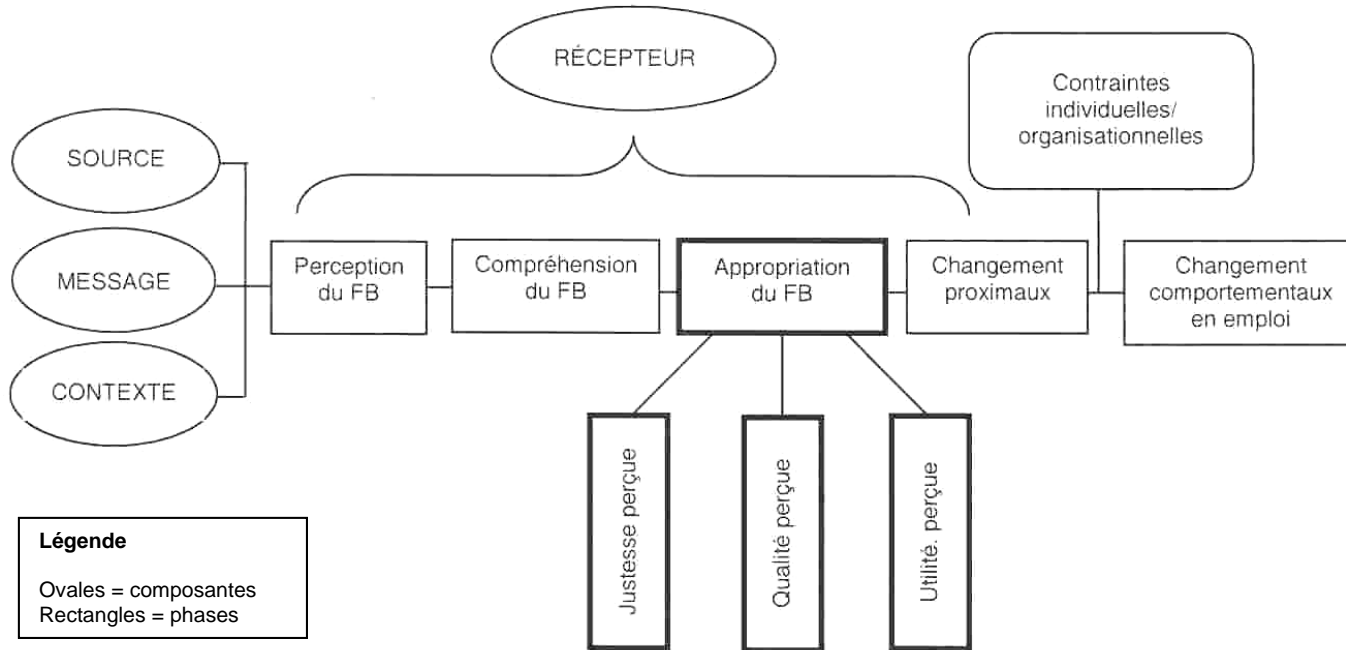


Figure 1 Modélisation des composantes du processus de feed-back et positionnement de la phase d'appropriation

des changements comportementaux en emploi, ce qui englobe les actions émises par le récepteur qui vont dans le sens du feed-back (par exemple, suivre une formation). Évidemment, des contraintes organisationnelles (comme le manque de ressources) et individuelles (comme un état dépressif) peuvent empêcher le récepteur de modifier son comportement en emploi. Ces diverses barrières expliqueraient donc en partie pourquoi, malgré une appropriation du feed-back par le candidat, ce dernier n'émet pas toujours d'actions concrètes en lien avec le feed-back.

Cette modélisation du processus d'appropriation du feed-back est assez similaire avec les modèles généraux traitant d'un processus d'appropriation d'un feed-back en emploi. Par contre, il est anticipé que les caractéristiques qui influencent ce processus pourraient être spécifiques au contexte dans lequel le feed-back est prodigué (évaluation du potentiel vs évaluation du rendement). Aussi, cet essai de modélisation pourra être bonifié au fur et à mesure que des recherches empiriques seront menées sur l'appropriation d'un feed-back en contexte développemental. Les quelques résultats de recherche appuyant cette modélisation sont présentés dans la section suivante.

Liens empiriques entre les phases du processus de feed-back

Jusqu'à ce jour, aucune étude n'a tenté de vérifier l'aspect séquentiel du processus d'appropriation. Toutefois, dans un contexte développemental, deux études corrélationnelles ont été effectuées pour vérifier la relation entre trois phases du modèle (Kudisch *et al.*, 2002; Kudisch, Lundquist et Al-Bedah, 2004). Premièrement, la compréhension du message serait liée positivement à la phase de l'appropriation du feed-back ($r = .73$, $p < .01$; $r = .46$, $p < .01$), laquelle serait fortement liée aux conséquences proximales ($r = .63$, $p < .01$; $r = .66$, $p < .01$). La compréhension du feed-back serait aussi reliée à la phase conséquences proximales, mais de façon plus modérée ($r = .58$, $p < .01$; $r = .29$, $p < .01$). Bien que ces recherches ne permettent pas de statuer sur la causalité des relations, celles-ci suggèrent que la phase d'appropriation serait une phase-clé entre la compréhension du message et les conséquences proximales sur le récepteur. Il convient donc de se pencher davantage sur cette phase-clé afin d'en définir les indicateurs et ses déterminants.

LA PHASE DE L'APPROPRIATION DU FEED-BACK

Selon les travaux de Kudisch (1996), l'appropriation constituerait un pivot essentiel au transfert des informations contenues dans le feed-back en comportements en emploi. Au niveau théorique, la majorité des chercheurs (par exemple, Ilgen *et al.*, 1979; Kudisch, 1996) conçoivent l'appropriation comme étant un construit unidimensionnel. En effet, ils définissent cette phase comme étant la justesse perçue du message par le

récepteur. Toutefois, cette définition nous apparaît limitée dans la mesure où nous croyons que l'appropriation d'un feed-back par l'individu est un processus cognitif complexe qui repose sur l'évaluation d'autres paramètres que simplement la justesse ou la véracité du message.

Les trois indicateurs de l'appropriation du feed-back

L'appropriation d'un feed-back fait référence au degré avec lequel le récepteur fait sien le message qui lui est communiqué. La recension de la documentation a permis d'identifier trois indicateurs de l'appropriation : la justesse perçue, la qualité perçue et l'utilité perçue du feed-back. La justesse perçue se réfère à la perception du récepteur à l'effet que le feed-back reçu offre une représentation vraie et juste de sa personne. La qualité perçue correspond à la perception du récepteur quant à la qualité du feed-back. Dans son analyse, le candidat peut notamment évaluer si le message est nuancé ou encore s'il offre une perspective nouvelle ou intéressante de lui-même. Le dernier indicateur renvoie à la perception du récepteur quant à l'utilité du feed-back dans son développement professionnel.

Au niveau opérationnel, les chercheurs (voir, par exemple, Brinkmeyer, 1999) ont systématiquement privilégié une mesure auto-révélee des indicateurs de l'appropriation. Ce choix s'explique probablement du fait que c'est l'évaluation subjective des participants qui constitue le précurseur de l'appropriation d'un feed-back. En ce sens, Kudisch (1996) avance que la perception des participants quant au feed-back offert est d'importance égale ou supérieure à une évaluation objective du message.

Liens empiriques entre les indicateurs d'appropriation

Dans un contexte d'évaluation du potentiel, cinq études ont étudié le lien entre les trois indicateurs de l'appropriation (Brinkmeyer, 1999; Kudisch *et al.*, 2002; Kudisch *et al.*, 2004; Rose *et al.*, 2004; Smythe et Smith, 1997). Les résultats indiquent une corrélation élevée entre l'utilité et la justesse perçue du feed-back ($rc^1 = .59$). Un lien fort a aussi été observé entre l'utilité et la qualité du feed-back ($rc = .69$), ainsi qu'entre la qualité et la justesse perçue du feed-back ($rc = .64$). Enfin, une mesure combinant la justesse et l'utilité a été mise en lien avec la qualité perçue du feed-back ($r = .48$, $p < .05$). Ces résultats soutiennent donc l'hypothèse que l'appropriation est un concept multidimensionnel, car ils indiquent que les trois indicateurs sont assez fortement liés entre eux, sans être parfaitement corrélés.

1. L'abréviation *rc* correspond à la corrélation moyenne pondérée, laquelle a été calculée en fonction du nombre de participants par étude.

LES DÉTERMINANTS DE L'APPROPRIATION

Étant donné l'importance de l'appropriation du feed-back, il s'avère pertinent d'identifier quels sont les facteurs qui contribuent à ce qu'un candidat s'approprie pleinement son feed-back. Le Tableau 1 présente les résultats des recherches effectuées sur les déterminants de l'appropriation. Dans ce tableau, les déterminants ont été regroupés selon les quatre composantes proposées dans le modèle, à savoir la source, le message, le contexte et le récepteur. De plus, une corrélation moyenne pondérée (rc) a été calculée en fonction du nombre de participants par étude. Le Tableau 1 rapporte également toutes les corrélations répertoriées dans chacune des études (r des études).

Les caractéristiques de la source

Premièrement, six études (Kudisch, 1996; Kudisch *et al.*, 2002; Kudisch *et al.*, 2004; Rose *et al.*, 2004; Ryan *et al.*, 2000) ont mis en évidence que l'expertise de la source contribue positivement à l'appropriation du feed-back par le récepteur ($rc = .31$). En effet, les individus seraient plus enclins à accueillir un feed-back émis par un évaluateur qui est perçu à la fois comme un expert de l'évaluation psychologique, mais également du milieu de travail du candidat. Outre l'expertise, les études (Kudisch *et al.*, 2002; Rose *et al.*, 2004) révèlent aussi que l'appropriation du feed-back serait déterminée par l'intérêt démontré envers le candidat ($rc = .46$). Ces résultats sont plausibles, car le candidat se retrouve dans une situation d'évaluation potentiellement anxiogène. Un évaluateur empathique, chaleureux et soucieux de mettre son candidat en confiance durant la rencontre de feed-back risque donc de faciliter le processus d'appropriation (Jackman et Strober, 2003).

Deuxièmement, Rose et ses collaborateurs (2004) rapportent que l'utilisation d'une approche directe pour communiquer le message faciliterait l'appropriation du feed-back ($r = .27$, $p < .05$). Ce type d'approche passerait par la transparence, l'honnêteté et le recours à un langage qui se veut simple sans pour autant être cru. Ces mêmes chercheurs montrent également l'existence d'un lien entre la tendance de la source à s'assurer que le récepteur comprend le feed-back et l'appropriation de celui-ci par le candidat ($r = .48$, $p < .05$). Enfin, une étude (Ryan *et al.*, 2000) indique que les caractéristiques démographiques de la source (âge, sexe et ethnie) ne sont pas faiblement liées à l'appropriation d'un feed-back ($rc = .03$).

Les caractéristiques du message

Deux recherches (Goodge, 1995; Rose *et al.*, 2004) ont montré des corrélations significatives, quoique de tailles assez différentes, entre le

L'appropriation d'un feed-back dans un contexte...

Tableau 1 Déterminants de l'appropriation d'un feed-back

Composantes	Déterminants de l'appropriation du feed-back	k	n	rc ^a	r des études
Source	Expertise de la source	6	700	.31	(.43*; .47*) ^b ; .52**; .54**; <i>n.s.</i> ; .21*; .20
	Intérêt de l'évaluateur envers le récepteur	2	203	.46	(.48*; .37*; .36*; .36*); .62**
	Approche directe	1	145	.27	.27*
	Vérification de la compréhension du feed-back	1	145	.48	.48*
	Caractéristiques sociodémographiques	1	225	.03	.18*; -.17*; -.03
Message	Recours à des exemples concrets	2	429	.28	.17*; .48*
	Valence du feed-back	3	310	.41	.48**; .75**; .23*
	Approche comportementale	1	145	.42	.42*
	Consistance avec les attentes du récepteur	2	195	.32	.32*; .32*
Contexte	Réalisme des exercices	6	759	.31	(.48*; .38*); (.36*; <i>n.s.</i>); .26**; .24**; .60**; .82**
	Support social	2	173	.26	(<i>n.s.</i> ; <i>n.s.</i>); (.32**; .48**); .37**)
	Communication avant le centre d'évaluation	1	115	.33	.33**
	Durée de la session de feed-back	1	145	.23	.23*
Récepteur	Personnalité				
	Facettes du « Big Five »	1	246	.07	(-.08; .19*; .14; .11; .09; .31*; .23*; .09; .29; .19*; .11; .20**; -.06; -.05; .05; .15; .22*; .22*; .07; -.04; .12)
	Tolérance et flexibilité	2	165	.00	(.09; -.03); (<i>n.s.</i> ; <i>n.s.</i>)
	Connaissance de soi	1	225	.00	.08
	Estime de soi	3	499	.07	(.16; .15; -.04); -.04; .33**
	Planification et organisation	1	151	.38	.38**
	Motivation et implication dans la carrière	4	483	.25	(-.13; -.09; -.30; .12; .11; .34*; -.19; .11; -.16); .36**; .43*; .09
	Habiletés cognitives du récepteur	4	366	.31	(.35**; .33**; .38**) (.48**; .32*; .30*) (<i>n.s.</i> ; <i>n.s.</i> ; <i>n.s.</i>) .38**
Caractéristiques sociodémographiques (âge)	2	165	.00	-.12; <i>n.s.</i>	

* $p < .05$; ** $p < .01$; **k** = nombre d'études; **n** = nombre total de participants; **rc** = corrélation moyenne pondérée; **n.s.** = corrélation non significative n'ayant pas été rapportée dans l'étude; **a** = les *rc* ont été calculées en fonction du nombre de participants par étude (les corrélations non significatives ont été remplacées par zéro); **b** = les parenthèses signifient qu'une même recherche a étudié plusieurs variables indépendantes se rapportant à un même déterminant de l'appropriation du feed-back. La moyenne de ces corrélations a été utilisée afin de calculer la corrélation moyenne pondérée.

recours à des exemples concrets pour appuyer le message l'appropriation du feed-back ($r = .17$, $p < .05$ et $r = .48$, $p < .05$, $rc = .28$). En effet, des auteurs suggèrent que les candidats répondraient plus favorablement à une évaluation appuyée par des faits observés durant l'évaluation (Liden et Mitchell, 1985). En ce qui concerne la valence du message, des études (Kudisch, 1996; Kudisch *et al.*, 2002; Rose *et al.*, 2004) ont mis en évidence que les candidats s'approprieraient plus facilement un message dont le contenu est positif ($rc = .41$). Ces résultats supportent l'idée qu'un feed-back négatif serait plus facilement rejeté, car il inciterait le candidat à recourir à divers mécanismes de défense pour maintenir son estime de soi (Jackman et Strober, 2003).

De plus, Rose et ses collaborateurs (2004) ont démontré qu'un message centré sur les comportements favoriserait l'appropriation du feed-back ($r = .42$, $p < .05$). Ceux-ci affirment qu'un feed-back devrait se limiter aux aspects modifiables plutôt que de miser sur des éléments stables de l'individu tels que les traits de personnalité. En effet, ceci serait moins confrontant, ce qui permettrait d'éviter que le candidat minimise le feed-back afin de se protéger. Finalement, deux études (Kudisch *et al.*, 2002; Rose *et al.*, 2004) soulignent que la concordance entre la perception du récepteur quant à sa performance au processus d'évaluation et sa performance telle que perçue par l'évaluateur serait liée à l'appropriation ($rc = .32$). Intuitivement, il est logique de croire qu'un candidat s'approprierait plus un feed-back concordant avec sa propre évaluation.

Les caractéristiques du contexte

Les recherches entreprises sur les caractéristiques du contexte portent principalement sur les centres d'évaluation¹. Des études (Goodge, 2005; Kudisch, 1996; Kudisch *et al.*, 2002; Kudisch *et al.*, 2004; Rose *et al.*, 2004) ont constaté que le recours à des exercices réalistes inciterait les candidats à s'approprier davantage leur feed-back ($rc = .31$). Le réalisme réfère au souci de vouloir recréer des exercices semblables à l'emploi visé tant au niveau des tâches que de l'environnement physique.

Ensuite, deux études (Kudisch *et al.*, 2002; Kudisch *et al.*, 2004) ont révélé que le fait de recevoir du support durant le processus d'évaluation de la part de son superviseur, de la direction ou de ses pairs aurait un impact positif sur l'appropriation du feed-back ($rc = .26$). Une étude (Kudisch *et al.*, 2004) a aussi démontré que la communication préalable d'informations sur les objectifs et le déroulement du processus d'évaluation

1. Un centre d'évaluation (en anglais : *assessment center*) consiste à administrer une série d'instruments et de mises en situation visant à décrire, évaluer ou prédire les compétences actuelles ou potentielles d'un candidat dans un contexte d'emploi (Murphy et Saal, 1990).

contribue à l'appropriation d'un feed-back ($r = .33, p < .01$). Le fait d'avoir de telles informations permettrait au récepteur de prendre conscience de l'importance du feed-back sur la progression de sa carrière. Finalement, une recherche (Rose *et al.*, 2004) révèle qu'un feed-back d'une plus longue durée faciliterait l'appropriation du feed-back ($r = .23, p < .05$). Ces résultats pourraient peut-être s'expliquer par le fait que l'évaluateur a davantage l'opportunité de convaincre le participant du bien fondé de son évaluation lorsqu'il dispose de plus de temps.

Les caractéristiques du récepteur

Personnalité

La recherche montre que les traits de personnalité ne sont pas de bons prédicteurs de l'appropriation du feed-back. En effet, des résultats décevants ont été obtenus par Brinkmeyer (1999) concernant les liens entre les cinq facteurs du « Big Five » et l'appropriation ($rc = .07$). Dans la même lignée, la tolérance et la flexibilité cognitive¹ (Kudisch 1996; Kudisch *et al.* 2002b), la connaissance de soi (Ryan *et al.*, 2000) et l'estime de soi (Kudisch, 1996; Ryan *et al.*, 2000; Smythe et Smith, 1997) ne seraient pas liées à une plus grande appropriation du feed-back. Enfin, une recherche (Jones et Whitmore, 1995) montre un lien plus prometteur entre la disposition personnelle à la planification et à l'organisation et le niveau d'appropriation ($r = .38, p < .01$). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les individus organisés structureraient mieux le contenu du feed-back, leur permettant ainsi de mieux comprendre le message, ce qui constitue la phase précédant l'appropriation (voir Figure 1).

Motivation et implication dans sa carrière

Certains chercheurs (par exemple, Jones et Whitmore, 1995; Smythe et Smith, 1997) ont observé que les candidats impliqués dans leur emploi seraient davantage portés à s'approprier le contenu du feed-back ($rc = .25$). Cette idée est plausible puisqu'un individu impliqué dans son emploi sera probablement plus motivé à considérer les pistes de développement et pourrait ainsi présenter une disposition accrue à percevoir le message (voir Figure 1).

Habilités cognitives

Selon Jones et Withmore (1995), un candidat qui se distingue par sa capacité à analyser une situation et à utiliser son jugement aurait tendance à s'approprier davantage son feed-back ($rc = .31$). Au niveau empirique, les corrélations observées entre les habiletés cognitives et l'appropriation sont systématiquement plus élevées que pour les autres variables du

1. La tolérance et la flexibilité englobent notamment la tolérance aux croyances et aux valeurs d'autrui, l'ouverture aux nouvelles idées et l'habileté à s'adapter au changement.

récepteur. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que la compréhension du feed-back est la phase qui précède l'appropriation. En ce sens, si l'individu possède des habiletés cognitives moins élevées pour comprendre le message, il est envisageable qu'il ne pourra pas se l'approprier pleinement. Il est aussi possible de croire qu'un individu ayant une propension à analyser chercherait à comprendre plus en profondeur ce que l'évaluateur tente de lui communiquer.

Caractéristiques démographiques

La documentation suggère que les candidats plus expérimentés seraient moins réceptifs au feed-back que leurs collègues plus jeunes, car ils s'appuieraient davantage sur leur propre évaluation pour juger de la qualité de leur travail (Ilgen *et al.*, 1979). Toutefois, cette hypothèse ne serait pas soutenue au niveau empirique dans un contexte développemental (Kudisch 1996; Kudisch *et al.*, 2002).

CONSTATS ET IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Dans le cadre de cet article, une attention particulière a été portée à l'appropriation du feed-back, qui constituerait une phase pivot précédant la manifestation de changements chez le récepteur suite au feed-back. Contrairement à la majorité des chercheurs, nous pensons que l'appropriation du feed-back constitue un concept multidimensionnel. En effet, l'appropriation du feed-back pourrait s'observer par l'entremise de trois indicateurs, à savoir la justesse, la qualité et l'utilité perçue du message. Dans une perspective pratique, le consultant devrait donc s'assurer de la présence de ces trois indicateurs durant la session de feed-back, sans quoi il est possible que le candidat ne fasse pas sien le feed-back proposé. Pour ce faire, le consultant peut poser des questions durant la rencontre pour vérifier si le candidat s'approprie son feed-back (par exemple : Vous reconnaissez-vous dans ce feed-back? Est-ce que j'apporte de bonnes nuances? Est-ce que ce que je vous dis vous paraît utile?).

Étant donné la centralité de l'appropriation du feed-back, il nous paraissait essentiel de réaliser une recension des facteurs qui contribuent à l'appropriation d'un feed-back dans un contexte développemental. D'ailleurs, cette recension permet de dégager certaines implications plus pratiques pour les consultants qui cherchent à maximiser leur impact. Ces suggestions touchent à l'approche adoptée par le consultant, la façon dont il transmet le message et le contexte entourant le processus d'évaluation.

Le consultant, en tant qu'émetteur du feed-back, peut faciliter l'appropriation du feed-back en prenant conscience de l'image qu'il projette au candidat. Premièrement, le consultant gagnerait à être perçu comme un

expert auprès de l'individu évalué. Pour ce faire, il peut utiliser un vocabulaire propre au domaine d'emploi du candidat ou encore inclure dans son feed-back des éléments relatifs aux tâches et aux défis spécifiques à l'emploi pour lequel le candidat postule. Ensuite, le consultant bénéficierait à démontrer son intérêt envers l'individu évalué en adoptant une attitude respectueuse, chaleureuse et accueillante. En effet, une approche empathique vise à réduire l'anxiété vécue par le candidat lors de la rencontre de feed-back. Enfin, il serait important que le consultant vérifie si le candidat comprend bien l'information qui lui est transmise. En ce sens, il importe de laisser la chance au candidat d'exprimer ses interrogations. Il peut aussi s'avérer bénéfique de lui demander de reformuler dans ses propres mots sa compréhension du feed-back afin de vérifier s'il a saisi l'essentiel du message.

Par ailleurs, le consultant peut également faciliter l'appropriation du feed-back en modifiant sa façon de transmettre le message. Par exemple, les études suggèrent que les candidats s'approprient davantage un message axé sur leurs forces que sur leurs faiblesses. Toutefois, il importe d'interpréter ce constat avec discernement : il ne s'agit pas d'exclure les aspects moins reluisants du feed-back, mais plutôt d'avoir un discours constructif sur les aires de développement. En ce sens, le consultant pourrait commencer par communiquer à l'individu ses forces pour le mettre en confiance. Il pourrait aussi se limiter à proposer trois ou quatre aires de développement à l'individu afin de ne pas susciter de découragement ou de réactions défensives. Par ailleurs, le consultant gagnerait à formuler un feed-back spécifique, car un message axé sur les comportements observés durant l'évaluation générerait une plus grande appropriation du feed-back.

Le consultant peut aussi intervenir sur les caractéristiques du contexte pour maximiser l'appropriation du feed-back. D'abord, il gagnerait à bien informer le candidat des objectifs et du déroulement du processus d'évaluation. Malgré le temps parfois limité dont il dispose avec le candidat, le consultant devrait chercher à transmettre le plus d'informations possible avant de procéder à l'évaluation. En ce qui a trait aux simulations durant l'évaluation, une attention devrait être portée au réalisme des exercices. En effet, il serait bénéfique d'exposer le candidat à des simulations concordant avec les défis du poste auquel il aspire, ainsi que de lui fournir les ressources matérielles dont il disposerait dans ce contexte. D'autre part, l'importance du réseau social dans le processus d'appropriation ne devrait pas être minimisée. Ainsi, le consultant pourrait suggérer au supérieur du candidat de le rencontrer au début du processus afin de l'inciter à considérer le feed-back qui résulte de l'évaluation.

Enfin, la recherche suggère que l'appropriation du feed-back serait davantage liée aux caractéristiques de la source, du message et du contexte plutôt qu'aux caractéristiques du récepteur. À première vue, ce constat est prometteur, car il indique que les paramètres influençant le plus l'appropriation d'un feed-back peuvent être modifiés par le consultant. Cependant, la faiblesse des résultats associés au récepteur ne signifie pas pour autant que cette composante n'est pas importante. En effet, il est possible que les caractéristiques du récepteur modèrent la relation entre chacune des trois autres composantes et l'appropriation, ce qui n'a pas été étudié jusqu'à présent. En ce sens, le consultant devrait donc, préalablement à la rencontre de feed-back, prendre le temps d'analyser les caractéristiques du récepteur. Si ce dernier semble avoir des capacités cognitives plus faibles ou un manque de motivation par rapport à sa carrière, il pourrait se révéler particulièrement important de tenir compte des déterminants de l'appropriation liés à la source, au message et au contexte pour s'assurer d'un niveau d'appropriation suffisant.

Limites et pistes de recherches futures

Évidemment, certaines limites restreignent la portée des constats découlant de cette revue de la documentation. Tout d'abord, le modèle présenté s'attarde uniquement à la perspective de l'individu évalué. En effet, cet essai de modélisation se limite aux perceptions du candidat, sans considérer les caractéristiques objectives du feed-back. Un modèle combinant les deux perspectives pourrait permettre de mieux comprendre la relation les unissant. Par ailleurs, nous reconnaissons aussi qu'il est difficile, dans les faits, de départager l'appropriation du contenu du feed-back de l'appropriation du processus de feed-back (par exemple, motif d'évaluation, méthodes d'évaluation employées, etc.). En effet, bien que le focus du présent article se situe au niveau de l'appropriation du contenu du feed-back, il est évident que l'un ne va pas sans l'autre.

Ensuite, l'ensemble des études aborde l'appropriation de façon unidimensionnelle. Il se révèle donc difficile d'inférer jusqu'à quel point les résultats liés aux déterminants de l'appropriation seraient similaires si les recherches avaient considéré l'appropriation de façon multidimensionnelle. De plus, malgré le fait que la documentation souligne des différences entre le FBP et le FBD, une seule recherche semble avoir étudié l'impact du contexte dans lequel le feed-back est transmis sur l'appropriation du feed-back (Plunier et Boudrias, 2007). Enfin, une dernière limite a trait au fait que les études répertoriées adoptent un devis corrélationnel transversal. Ainsi, il n'est pas possible de statuer sur la direction de la causalité entre les variables étudiées, ni de conclure que les déterminants identifiés peuvent être manipulés pour augmenter l'appropriation du feed-back.

CONCLUSION

Cet article constitue un premier effort vers une meilleure compréhension du processus d'intégration d'un feed-back. Malgré son rôle potentiellement clé dans le processus du feed-back, seules une dizaine d'études traitant de l'appropriation d'un feed-back ont pu être répertoriées en contexte développemental. Compte tenu que l'évaluation du potentiel constitue la pratique la plus répandue chez les psychologues du travail (Foucher et Leduc, 2001), la pauvreté documentaire sur le FBD est assez étonnante. À cet égard, nous invitons les praticiens à documenter scientifiquement leurs pratiques en matière de feed-back et à partager leurs constats à la communauté scientifique.

Références

- Bohem, V. R. (1985). Using assessment centres for management development-Five applications. *Journal of Management Development*, 4(4), 40-53.
- Brinkmeyer, K. R. (1999). *Feedback on feedback : How non-cognitive individual differences impact the recipient's view*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Tulsa.
- Foucher, R. et Leduc, F. (2001). *Domaines de pratique et compétences professionnelles des psychologues du travail et des organisations*. Montréal : Éditions Nouvelles AMS.
- Goodge, P. (1995). Design options and outcomes : Progress in development centre research. *Journal of Management Development*, 14(8), 55-59.
- Ilgén, D. R., Fisher, C. D. et Taylor, M. S. (1979). Consequences of individual feedback on behaviour in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 64(4), 349-371.
- Jackman, J. M. et Strober, M. H. (2003). Fear of feedback. *Harvard Business Review*, 81(4), 101-107.
- Jeanneret, R. et Silzer, R. (1998). *Individual psychological assessment*. San Francisco : Éditions Jossey-Bass.
- Jones, R. G. et Whitmore, M. D. (1995). Evaluating developmental assessment centers as interventions. *Personnel Psychology*, 48, 377-388.
- Kluger, A. N. et Denisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance : A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 119(2), 254-284.
- Kudisch, J. D. (1996). *Factors related to participants' acceptance of developmental assessment center feedback*. Thèse de doctorat en psychologie, Université du Tennessee.
- Kudisch, J. D., Lundquist, C. et Smith, A. F. R. (2002). *Reactions to "dual purpose" : assessment center feedback : What does it take to get participants to buy into and actually do something with their feedback?* Papier présenté au 30^e International Congress on Assessment Center Methods, Pittsburgh, PA.
- Kudisch, J. D., Lundquist, C. et Al-Bedah, E. A. (2004). *Accepting and applying assessment center feedback : A view from the middle east*. Papier présenté au 32^e International Congress on Assessment Center Methods, Las Vegas, NV.
- Liden, R. C. et Mitchell, T. R. (1985). Reactions to feedback : The role of attributions. *Academy of Management Journal*, 28(2), 291-308.
- Murphy, K. R. et Saal, F. E. (1990). *Psychology in organizations : integrating science and practice*. Lawrence Erlbaum associates.
- Nease, A. A., Mudgett, B. O. et Quinones, M. A. (1999). Relationships among feedback sign, self-efficacy, and acceptance of performance feedback. *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 806-814.
- Plunier, P., et Boudrias, J. S. (2007). *Les déterminants de l'appropriation d'un feed-back de performance et d'un feed-back développemental : revue de la documentation*. Papier présenté au Administrative Sciences Association of Canada Conférence (ASAC), Ottawa, Ontario.

- Robert, P., Rey-Debove, J. et Rey, A. (2005). *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Éditions Le Robert.
- Rose, M., Eidson, C., Steffensmeier, J. et Kudisch, J. D. (2004). *Factors affecting assessment center feedback acceptance : An expanded view*. Papier présenté au 19^e Annual conference of Industrial and Organisational psychology, Chicago, IL.
- Ryan, A. M., Brutus, S., Greguras, G. J. et Hakel, M. D. (2000). Receptivity to assessment-based feedback for management development. *Journal of Management Development*, 19(4), 252-276.
- Smythe, J. et Smith, P. M. (1997). The psychological impact of assessment in a development center. *Human Relations*, 50(2), 149-167.

Résumé

Peu d'écrits ont traité de l'appropriation d'un feed-back dans un contexte d'évaluation du potentiel (feed-back développemental). Afin de pallier cette lacune, le présent article propose de préciser les caractéristiques de ce type de feed-back et d'offrir un essai de modélisation du processus d'appropriation du feed-back. Une attention particulière a été portée à la phase d'appropriation du feed-back, qui constituerait une phase pivot précédant la manifestation de changements chez le récepteur suite au feed-back. Enfin, une revue des études empiriques disponibles a été effectuée afin de mettre en évidence les facteurs qui contribuent à l'appropriation d'un feed-back dans un contexte développemental.

Mots clés

appropriation, feed-back développemental, évaluation du potentiel

Abstract

Few studies have been specifically devoted to feedback appropriation in a developmental context, such as in career potential assessment. This article first presents characteristics of this feedback context (vs. a performance appraisal context) and proposes a tentative model of the feedback integration process. A special emphasis is put on one phase of the model, named feedback appropriation, which is presumed to be a critical antecedent before any effect could be observed in feedback recipients. Finally, a review of existent empirical studies is performed in order to determine factors influencing feedback appropriation in a developmental context

Key words

appropriation, developmental feedback, career assessment

**VALIDATION DE L'ÉCHELLE DIAGNOSTIQUE DE TROUBLE DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE AUPRÈS D'UN ÉCHANTILLON NON
CLINIQUE**

**VALIDATION OF A FRENCH VERSION OF THE POSTTRAUMATIC STRESS
DIAGNOSTIC SCALE IN A NON-CLINICAL SAMPLE**

Cidalia Silva

Université du Québec à Montréal

Sophie Desjardins

Université du Québec à Trois-Rivières

André Marchand¹

Université du Québec à Montréal

La probabilité d'être exposé, au cours de sa vie, à au moins un événement traumatique est estimée, chez la population américaine, à 60,7 % pour les hommes et à 51,2 % pour les femmes (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes et Nelson, 1995). Selon Kessler, Chiu, Demler et Walters (2005), 6,8 % des personnes, en moyenne, qui vivent une expérience traumatique développeront par la suite un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Pour l'ensemble des troubles mentaux et des troubles anxieux visés par l'enquête de Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas et Walters (2005), la prévalence à vie est, respectivement, de 46,4 % et de 28,8 %. D'après ces données, le TSPT apparaît comme le trouble anxieux le plus fréquent, après la phobie spécifique (12,5 %) et la phobie sociale (12,1 %). Compte tenu de la probabilité élevée qu'un individu soit exposé à un événement traumatique et du risque qu'il développe subséquemment un TSPT, il semble essentiel que les cliniciens puissent avoir accès à un instrument de diagnostic et de dépistage auto-administré, valide et économique afin d'évaluer la symptomatologie du TSPT.

À l'heure actuelle, il existe très peu d'instruments valides, rapides à remplir et à coter permettant d'évaluer la sévérité des symptômes et d'établir un diagnostic du TSPT. Ce besoin d'instruments est surtout important en ce qui concerne les instruments d'évaluation francophones. L'*Échelle diagnostique de TSPT (ÉDT)*, une traduction de la *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)* créée par Foa, Riggs, Dancu et Rothbaum en 1993 et modifiée quatre ans plus tard Foa et son équipe de recherche (Foa, Cashman, Jaycox et Perry, 1997), a été élaborée dans le but de développer un outil d'évaluation bref, complet et valide, pouvant contribuer à l'établissement intégral du diagnostic de TSPT (Foa, 1995). La version originale de l'*ÉDT*, la *PDS*, traduite par Pascale Brillon et les membres de

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8. Téléphone : (514) 987-3000, poste 8439. Télécopieur : (514) 987-7953. Courriel : marchand.andre@uqam.ca

l'équipe du D^{re} Ceschi de l'Université de Genève, en Suisse (Brillon, 2005), se compose de 49 énoncés. Ces énoncés, répartis en quatre sections, évaluent selon les critères de la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 1996), la présence d'un TSPT, la sévérité et la fréquence des symptômes ainsi que le fonctionnement global de la victime.

L'ÉDT permet donc de mesurer tous les critères du TSPT, ce qui lui confère un avantage sur les autres questionnaires d'évaluation utilisés actuellement. Sa caractéristique principale consiste à permettre l'évaluation des critères A1, A2 et F, c'est-à-dire l'évaluation de la perception subjective de la victime quant au danger et à la menace à la vie engendrés par un événement donné, ainsi que l'impact des symptômes sur la qualité de vie et sur le fonctionnement psychosocial de la victime (Foa *et al.*, 1997). La version originale de l'ÉDT se démarque également par le fait qu'elle a été validée auprès d'un échantillon diversifié, composé d'un nombre égal d'hommes et de femmes, ayant vécu une diversité d'événements comportant un niveau de stress élevé (Foa *et al.*, 1997). Il s'agit d'un questionnaire auto-administré, d'une durée de 10 à 15 minutes, qui peut aussi s'utiliser comme entrevue semi-structurée si la victime présente des difficultés de concentration importantes (Brillon, 2005). Cette échelle peut être complétée sous la forme papier/crayon ou encore par ordinateur. Il est donc possible d'utiliser une grille de cotation (voir Brillon, 2005) pour définir le type d'exposition à un événement traumatique, la durée écoulée depuis cet événement, la sévérité des symptômes ainsi que le niveau de dysfonctionnement éprouvé par l'individu en raison des symptômes post-traumatiques.

Les propriétés psychométriques de l'instrument original ont été évaluées à l'aide d'un échantillon de 248 volontaires recrutés dans des centres de traitement spécialisés en TSPT ainsi que dans la population générale non clinique pouvant présenter un risque élevé de vivre un événement traumatique (par exemple, des policier(ère)s ou des participant(e)s en provenance de maisons d'hébergement pour femmes violentées; Foa *et al.*, 1997; Keane, Weathers et Foa, 2000). En ce qui concerne la fidélité de l'instrument, les études de validation effectuées sur la version originale de l'ÉDT (PDS, Foa *et al.*, 1993) démontrent une consistance interne de .92 (reviviscences de .78, évitement de .84, activation neurovégétative de .84) pour ce qui est de la sévérité totale des symptômes. La fidélité test-retest, évaluée à deux ou trois semaines d'intervalle, était de .74.

Selon les données existant sur l'échelle originale (PDS), l'ÉDT pourrait s'avérer efficace dans la discrimination et l'évaluation des symptômes du TSPT qui se présentent simultanément avec d'autres troubles mentaux ou encore avec de l'abus de substances. Un accord interjuge satisfaisant a

été obtenu entre les diagnostics provenant de la *PDS* et ceux provenant d'une entrevue clinique structurée ($K = .65$ et 82 % d'accord interjuge). La sensibilité de la *PDS* était de $.89$ et la spécificité de $.75$. De plus, comme rapporté dans le *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual* de Foa (1995), les cotes de la *PDS* reflétant la sévérité des symptômes sont corrélées avec celles de l'*Échelle d'impact de l'événement* d'Horowitz (1979) mesurant les symptômes d'intrusion ($r = .80$) et d'évitement ($r = .66$) du TSPT. Ces données sont aussi corrélées avec l'*Inventaire d'anxiété situationnelle* ($r = .74$) et de trait ($r = .73$) de Spielberger (1983) et l'*Inventaire de dépression de Beck II* (BDI-II – Beck, Steer et Brown 1996; $r = .79$). Une étude de validation effectuée auprès de la population générale aux États-Unis ($N = 774$) rapporte des résultats similaires à ceux des auteurs du test en ce qui a trait à la sensibilité ($K = .89$) et à la spécificité ($K = .76$) de la *PDS* à diagnostiquer les symptômes du TSPT en concomitance avec d'autres troubles mentaux (Sheeran et Zimmerman, 2002). Toutefois, en raison de différences entre les populations étudiées, Sheeran et Zimmerman (2002) rapportent un kappa moins élevé que celui observé par les auteurs du test ($K = .37$ versus $K = .65$). Cette différence s'explique par le fait que le pourcentage de TSPT (11,2 %) présent dans l'étude de Sheeran et Zimmerman était beaucoup moins élevé que celui rapporté par les auteurs de la *PDS* (51,6 %). En ce qui concerne l'évaluation des symptômes du TSPT chez des individus souffrant d'abus de substances, une étude effectuée par Coffey, Dansky, Falsetti, Saladin et Brady (1998) rapporte des taux de 89 % pour la sensibilité de la *PDS* et de 65 % pour la spécificité de cette échelle à bien discriminer les symptômes de TSPT. Ces auteurs rapportent aussi une marge d'erreur de 26 % dans la classification des participants présentant un TSPT. La version originale de l'*ÉDT (PDS)* a aussi été utilisée dans l'évaluation des symptômes post-traumatiques auprès d'autres populations, notamment auprès de participants souffrant de traumatismes de guerre (Rosner, Powell et Butollo, 2003). Par contre, cette étude a été menée à l'aide d'une version modifiée de la *PDS* s'ajustant aux caractéristiques de la population.

Compte tenu des qualités psychométriques et cliniques de la *PDS*, la présente étude avait pour objectif de vérifier certaines qualités psychométriques de sa version francophone. Le lecteur pourra trouver cet instrument de mesure ainsi que ses modes d'administration et de cotation dans Brillon (2005, p. 139-145).

MÉTHODE

Participants

En raison de la difficulté à avoir facilement accès à une population clinique en grand nombre, l'*ÉDT* a été administrée à des participants

hétérogènes, en provenance d'une population générale, ayant vécu un événement traumatique dans leur vie. L'ÉDT a ainsi été administrée à 200 participants provenant majoritairement de groupes d'étudiants de premier cycle en psychologie et en arts et lettres ainsi que de groupes de technique de travail social de niveau collégial. Des employés d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, des employés d'une clinique de soins psychiatriques ainsi que des membres de l'entourage de l'équipe de recherche ont aussi été sollicités pour participer à la présente validation. Seuls les participants ayant rapporté un événement traumatique correspondant aux critères définis dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) ont été retenus. En d'autres termes, uniquement les individus ayant vécu ou ayant été témoins d'un événement pendant lequel leur vie ou leur intégrité physique (ou celles d'autrui) ont pu être menacées (par exemple, un accident grave, des expériences de combat, une agression physique) ont pu participer au projet. Les données utilisées pour la présente validation ont alors été recueillies auprès d'un échantillon non clinique composé de 120 participants: 81 (67 %) d'entre eux étaient des étudiants en sciences humaines de niveau collégial ou universitaire, 27 (23 %) des travailleurs à temps plein et 11 (9 %) étaient à la fois aux études et sur le marché du travail. Les participants étaient âgés de 18 à 59 ans ($M = 27$, $ÉT = 8,7$), 84 (70 %) d'entre eux étaient de sexe féminin et 36 (30 %) de sexe masculin. Au moment de la passation des questionnaires, environ 56 % des participants vivaient en couple, 11 % avaient des enfants et environ 84 % possédaient au moins un diplôme d'études collégiales. La majorité d'entre eux avait un revenu annuel moyen inférieur à 15 000 \$.

Instruments de mesure

Validité de convergence

Afin d'établir la validité de convergence de l'ÉDT, les questionnaires suivants ont été administrés.

Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique (ÉMST; Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993). Cet instrument auto-administré, composé de 17 énoncés mesurant la fréquence et la sévérité des symptômes du TSPT, a été utilisé afin de comparer la validité de l'ÉDT à évaluer les symptômes du TSPT et leur sévérité. La version francophone de l'ÉMST (Stephenson, Marchand, Marchand et Di Blasio, 2000; Guay, Marchand, Iucci et Martin, 2002) démontre une bonne consistance interne en ce qui a trait à la fréquence ($\alpha = .92$) et à la sévérité ($\alpha = .95$) des symptômes. Elle présente aussi une bonne stabilité temporelle à un intervalle de cinq semaines ($r = .98$). Cet instrument permet de détecter la présence d'un TSPT avec une marge d'erreur de 10 % (Guay *et al.*, 2002).

Échelle d'impact de l'événement (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979), version québécoise (ÉIÉ; Brunet, 1997). Cet instrument comporte 15 énoncés mesurant les symptômes d'intrusion et d'évitement reliés à une expérience traumatique. La version originale de cette échelle présente une très bonne fidélité test-retest ($r = .87$; $r = .89$ pour l'intrusion; $r = .79$ pour l'évitement; Horowitz *et al.*, 1979). Elle possède aussi une très bonne consistance interne pour les deux sous-échelles d'intrusion et d'évitement ($\alpha > .91$) ainsi qu'une bonne validité de convergence (Brunet, 1997).

Inventaire d'anxiété de Beck (IAB; Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988). La version francophone de cet instrument (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon et Rhéaume, 1994) possède un coefficient de consistance interne oscillant entre .84 et .93 ainsi qu'une fidélité test-retest supérieure à .70 (Freeston *et al.*, 1994). Son utilisation permet d'établir la capacité de l'ÉDT à évaluer les symptômes post-traumatiques d'anxiété.

L'inventaire de dépression de Beck II (IDB-II), version française du Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck *et al.*, 1996), mesure la présence et la sévérité de 21 symptômes dépressifs. Cette version récente se base sur les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1996). Cet instrument possède une fidélité test-retest satisfaisante (.93) ainsi qu'une bonne validité concurrente (.93) avec la version antérieure. La version française indique un coefficient alpha pour les patients externes de .92 ainsi qu'un coefficient de consistance interne de .92 et de .93 pour une population psychiatrique et étudiante. Elle permet aussi de différencier les sujets déprimés des sujets anxieux et des sujets des groupes de contrôle.

Validité de divergence

La validité de divergence de l'ÉDT a été établie à partir du *Questionnaire d'adaptation à la vie conjugale* de Locke et Wallace ainsi que d'une mesure de désirabilité sociale.

Questionnaire d'adaptation à la vie conjugale (QAVC) de Locke et Wallace (1959). Cet instrument permet de mesurer la satisfaction ou l'insatisfaction conjugale et contribue à l'établissement de la validité de divergence. Il s'agit de l'un des instruments de mesure de la satisfaction conjugale les plus utilisés. Il contient 15 énoncés et une structure factorielle unique (Freeston et Pléchaty, 1997). L'analyse des qualités psychométriques de la version québécoise de cet instrument a démontré qu'il possède une très bonne consistance interne pour les hommes et les femmes ($\alpha = .81$ et $.83$ respectivement) ainsi qu'une très bonne fidélité temporelle (intervalle d'un mois) pour les hommes et les femmes ($\alpha = .82$ et $.84$ respectivement; Freeston et Pléchaty, 1997). Compte tenu que les victimes de TSPT présentent généralement des symptômes d'émoussement émotionnel, affectant leur fonctionnement affectif et social,

notamment dans leur couple, et qu'elles éprouvent de façon générale une plus grande peur de l'intimité dans leurs relations conjugales (Leblanc, Khouzam, Marchand et Guay, 2007), le QAVC vise à déterminer la validité divergente de l'ÉDT.

Questionnaire d'auto-perception (QAP), version abrégée du *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (Crowne et Marlowe, 1960), traduite par l'équipe de recherche de Robert Valleraud (document non publié). Ce questionnaire composé de 14 items évaluant le concept de la désirabilité sociale comporte un coefficient de consistance interne de .88 et une fidélité test-retest de .89 à un mois d'intervalle. Le QAP est utilisé dans le but de vérifier la validité des réponses des participants et d'établir en même temps la validité divergente de l'ÉDT.

Procédure

Les questionnaires ont été administrés aux participants. La durée de la passation de l'ensemble des questionnaires a été de 20 à 30 minutes. Afin d'évaluer la stabilité temporelle de l'ÉDT, cette dernière a été administrée une deuxième fois à deux semaines d'intervalle de la première passation. La cueillette des données s'est effectuée entre 2004 et 2005. La section 1 de l'ÉDT comprend une sélection de 12 expériences traumatiques ou très stressantes auxquelles une personne peut être exposée comme victime ou encore comme témoin (partie 1, énoncés 1 à 13). Dans la deuxième section, l'individu choisit l'événement qui l'a le plus bouleversé. Il décrit cet événement en détail, précise le moment de sa survenue et répond par la suite à des questions concernant les critères A1 et A2 du TSPT (partie 2, énoncés 14 à 21). La section 3 comprend 17 items correspondant de manière spécifique aux critères B, C et D du TSPT (partie 3, énoncés 22 à 40). Cette partie évalue aussi de façon simultanée la fréquence des symptômes post-traumatiques vécus par l'individu au cours du dernier mois, et ce, à l'aide d'une échelle de Likert à quatre niveaux allant de 0 (pas du tout/seulement une fois) à 3 (cinq fois et plus par semaine/presque toujours). Finalement, la section 4 (énoncés 41 à 49) permet d'évaluer, à l'aide d'un format de réponse oui/non, si la perturbation entraînée par les symptômes post-traumatiques provoque chez l'individu une souffrance cliniquement significative ou encore une altération dans le fonctionnement social, professionnel ou dans tout autre domaine important de sa vie (critère F).

RÉSULTATS

Stabilité temporelle et consistance interne

Afin d'évaluer la stabilité temporelle de l'ÉDT, nous l'avons administrée de nouveau à environ 50 participants deux semaines après la première passation. Toutefois, seulement 30 des participants rapportaient avoir vécu

un événement traumatique tel que défini par le DSM-IV-TR (APA, 2000). Le coefficient de Pearson quant aux cotes de sévérité de symptômes a été de .91 pour les deux moments de mesure.

Un alpha de Cronbach de .93 a été calculé pour les 17 items (items 22 à 38) sur lesquels la cote de sévérité des symptômes est établie, témoignant ainsi d'une excellente consistance interne.

Validité de construit

Dans la présente étude, la validité de construit a été établie, en partie, à l'aide des validités convergente et divergente. Ces dernières ont été évaluées à l'aide des coefficients de corrélation obtenus entre l'ÉDT et les divers questionnaires mesurant des construits similaires ou différents de celui de TSPT.

Validité de convergence

Afin d'évaluer le degré de convergence entre l'ÉDT et les divers instruments de mesure, un coefficient de corrélation de .40 a été retenu comme point de coupure. Le choix de ce niveau est basé sur le postulat qu'un tel seuil permet d'expliquer 16 % de la variance, ce qui nous apparaît être un seuil minimal afin de considérer que deux instruments mesurent des construits similaires.

Le Tableau 1 présente les corrélations obtenues entre la cote de sévérité des symptômes de l'ÉDT et la cote totale obtenue à l'aide d'autres instruments mesurant des construits associés au TSPT, soit l'IDB-II pour la dépression, l'IAB pour l'anxiété, la cote totale obtenue à l'ÉIÉ (ÉIÉ-tot) ainsi qu'à ses sous-échelles portant sur les intrusions (ÉIÉ-I) et l'évitement (ÉIÉ-É) ainsi que les cotes obtenues aux sous-échelles de fréquence (ÉMST-F) et de sévérité (ÉMST-S) de l'ÉMST.

Validité de divergence

Des corrélations de -.05 et de -.33 ont été obtenues entre la cote de sévérité des symptômes de l'ÉDT et le QAP, d'une part, et le QAVC, d'autre part. Seule cette seconde corrélation s'est avérée statistiquement significative à $p < .01$.

Tableau 1 Corrélations entre la cote de sévérité des symptômes de l'ÉDT et les autres mesures employées

	ÉMST-F	ÉMST-S	ÉIÉ-I	ÉIÉ-É	ÉIÉ-tot	IDB-II	IAB	QAP	QAVC
Cote	.89*	.87*	.70*	.70*	.76*	.70*	.59*	-.05	-.33*

* $p < .01$

DISCUSSION

La version francophone de l'ÉDT a révélé des qualités psychométriques tout à fait comparables à celles de sa version originale en ce qui a trait à sa stabilité temporelle, à sa consistance interne et à sa validité de convergence. De plus, elle semble posséder une bonne validité de divergence. Ces résultats incitent à recourir à son administration auprès d'une clientèle francophone ayant été témoin ou victime d'un événement traumatique afin de dépister chez ces personnes la présence d'un TSPT.

Par contre, comme la validation de l'échelle a été effectuée uniquement auprès d'un échantillon non clinique possédant des caractéristiques sociodémographiques non représentatives de l'ensemble de la population, nous ne pouvons nous prononcer sur sa capacité à distinguer les francophones répondant aux critères diagnostiques du TSPT de ceux qui n'y répondent pas. Une étude supplémentaire comparant un échantillon clinique à un échantillon non clinique sera requise pour évaluer cet aspect. De plus, il faudra poursuivre les études portant sur la validation de l'ÉDT afin de mieux connaître ou de préciser les propriétés psychométriques et cliniques de cet instrument. Toutefois, en se basant sur la validité et sur les normes psychométriques de la version originale de l'ÉDT, la sévérité des symptômes peut être évaluée selon les normes suivantes : une cote de 10 et moins équivaut à un niveau de sévérité faible; de 11 à 20 à un niveau modéré; de 21 à 35 à un niveau modéré à sévère, alors qu'une cote de 36 et plus reflète un niveau de sévérité élevé (Foa, 1995).

Les cliniciens francophones qui désirent obtenir un instrument de mesure fidèle, valide et pratique, à la fois court à remplir et à coter, afin d'évaluer les principaux symptômes du TSPT ainsi que leur sévérité peuvent utiliser l'ÉDT dans leur pratique. Non seulement cette échelle permet de mesurer tous les critères du TSPT selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), dont les critères A et F, ce qui lui confère un avantage sur les autres questionnaires d'évaluation utilisés actuellement, mais elle peut également être complétée sous la forme papier/crayon ou bien administrée par le clinicien sous la forme d'une entrevue semi-structurée si la victime a trop de difficulté à répondre par elle-même aux questions. L'ÉDT possède également une liste d'événements traumatiques qu'il est possible de recenser ainsi que la durée écoulée depuis qu'ils sont survenus. Bref, d'après les résultats obtenus, l'ÉDT semble posséder les qualités psychométriques qui permettent de préciser le diagnostic, d'évaluer la sévérité des symptômes ainsi que le niveau de dysfonctionnement éprouvé par un individu en raison de ses réactions post-traumatiques. Toutefois, la validité clinique de ce questionnaire reste à vérifier. La présente étude ne constitue en fait qu'une étape préliminaire à la validation

clinique de l'ÉDT. Une étude visant la confirmation des qualités cliniques de l'ÉDT est présentement en cours.

Références

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC : Auteur.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (2^e éd.)*. Outremont : Éditions Quebecor.
- Brunet, A. (1997). Épidémiologie des événements traumatiques et effets des expositions multiples chez les chauffeurs de bus urbains. Thèse inédite. Université de Montréal.
- Coffey, S. F., Dansky, B. S., Falsetti, S. A., Saladin, M. E. et Brady, K. T. (1998). Screening for PTSD in a substance abuse sample : Psychometric properties of a modified version of the PTSD symptom scale self report. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 393-399.
- Crowne, D. P. et Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 4*, 349-354.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A. et Kilpatrick, D. G. (1993). The PTSD Symptom Scale : A brief self report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 16*, 161-162.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, manual*. Minneapolis, MN : National Computer Center.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. et Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of post-traumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V. et Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 459-473.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. et Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *Encéphale, 20*, 47-55.
- Freeston, M. H. et Pléchaty, M. (1997). Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990's? *Psychological Reports, 81*, 419-434.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S. et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue québécoise de psychologie, 23*, 257-269.
- Horowitz, M., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale : A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.
- Keane, T. M., Weathers, F. W. et Foa, E. B. (2000) Diagnosis and Assessment. In E. B. Foa, T. M. Keane et M. J. Friedman (Éds), *Effective treatment for PTSD. Practice Guideline from the International Society for Traumatic Stress Studies* (p. 18-36) New York : Guilford Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-603.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. Hughes, M. et Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.

Validation de l'Échelle diagnostique de TSPT

- Leblanc, G., Khouzam, C., Marchand, A. et Guay, S. (2007) Validation canadienne-française du questionnaire sur la peur de l'intimité. *Revue québécoise de psychologie*, 28, 277-292
- Locke, H. J. et Wallace, K. M. (1959). Short-term marital adjustment and prediction tests : Their reliability and their validity. *Journal of Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Rosner, R., Powell, S. et Butollo, W. (2003). Posttraumatic stress disorder three years after the siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 41-55.
- Sheeran, T. et Zimmerman, M. (2002). Screening for posttraumatic stress disorder in a general psychiatric outpatient setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 961-966.
- Spielberger, C. D. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Stephenson, R., Marchand, L., Marchand, A. et Di Blasio, L. (2000). Examination of the psychometric properties of a brief PTSD measure on a French-Canadian undergraduate population. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 29, 65-73.

Résumé

La version originale anglophone de l'Échelle diagnostique de trouble de stress post-traumatique (ÉDT) est un outil diagnostique complet qui a démontré des qualités psychométriques satisfaisantes. Par la présente étude, nous avons voulu évaluer quelques-unes de ces propriétés en utilisant la version francophone de l'échelle. Pour ce faire, nous avons administré l'instrument à 120 participants provenant d'un échantillon non clinique. Les résultats obtenus révèlent que la version francophone de l'échelle possède une stabilité temporelle, une consistance interne et une validité de convergence tout à fait similaires à celles observées dans la version originale.

Mots clés

trouble de stress post-traumatique, diagnostic, échelle, validation, traduction française

Abstract

The Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PSD) is a comprehensive diagnostic tool with good psychometric characteristics. The purpose of this study was to evaluate some of them using the French language version of the PDS. Data were collected from 120 non-clinical subjects. Test-retest stability, internal consistency and convergent validity of the French version of the PDS were similar to the original ones.

Key words

posttraumatic stress disorder, diagnosis, scale, validation, French language translation

CHRONIQUE

DIX ANS DE PSYCHOLOGIE POSITIVE

« Je cherche seulement à apprendre comment bien mourir et bien vivre. »
Montaigne, 1533-1592

« La psychologie devrait indiquer quelles sortes de familles donnent des enfants sains, quels milieux de travail produisent la plus grande satisfaction des travailleurs et quelles politiques encouragent le plus intense engagement civique. »
Seligman et Csikszentmihalyi, 2000, p. 5

INTRODUCTION

Lors de son passage à la présidence de l'*American Psychological Association*, en 1998, Martin Seligman (voir l'Encadré 1), assisté de ses collaborateurs, tels Mihaly Csikszentmihalyi, Ed Diener, Kathleen Hall Jamieson, Christopher Peterson et George Vaillant ont lancé le mouvement de la psychologie positive. Considérant que la psychologie s'était trop orientée sur « ce qui va mal » chez les gens et pas suffisamment sur « ce qui va bien », ils ont voulu renforcer l'importance du positif.

La « psychologie positive » est un terme parapluie s'intéressant à trois aspects positifs de l'expérience humaine. Le premier, nommé la *vie plaisante*, consiste à maximiser les sensations et émotions positives. Les études qui s'intéressent à ce domaine portent généralement sur l'expérience subjective positive, par exemple, le bien-être, le contentement et la satisfaction d'une vie bien vécue. Le deuxième aspect, la *vie engagée*, consiste à utiliser les forces de caractère et les talents pour bâtir une « bonne vie ». Ce domaine correspond aux traits personnels positifs, par exemple, la capacité d'aimer, le courage, la créativité et la sagesse. Le troisième aspect, nommé la *vie significative (meaning life)*, correspond au sentiment d'appartenance et d'être au service de quelque chose de plus grand que soi. Ce domaine comprend les vertus civiques – par exemple, l'altruisme, la tolérance, le sens de la responsabilité – ainsi que les institutions positives qui, à leur tour, mobilisent les individus vers la construction d'une meilleure société.

Certains ont tenté de préciser les contours de la psychologie positive et d'en dégager des implications pour la pratique (Mollen, Ethington et Ridley, 2006). Par contre, de nombreux intervenants sont concernés par les aspects positifs de l'expérience humaine, sans se définir comme des psychologues positifs (Linley, Joseph, Harrington et Wood, 2006). Ils

Encadré 1 Martin Seligman

Martin Seligman est professeur au département de psychologie et directeur du *Positive Psychology Center* de l'Université de Pennsylvanie. Il est connu depuis longtemps grâce à des publications comme *Helplessness* (1975), *Learned optimism* (1990) et *What you can change and what you can't* (1994). Devenu président de l'APA en 1998, il a exercé un leadership dynamique et a été un catalyseur qui a unifié les efforts de chercheurs et de praticiens d'envergure pour le lancement du mouvement de la psychologie positive. Il a multiplié les conférences, les articles et les groupes de travail; il a organisé des rencontres internationales; il a suscité des publications et a obtenu des fonds considérables pour soutenir la recherche dans le domaine de la psychologie positive. Il a publié *Authentic Happiness* en 2002 (qui a été traduit en 19 langues, dont le français en 2004). Il a édité avec Christopher Peterson un ouvrage majeur : *Character strengths and virtues* (2004), appelé à devenir un classique. Enfin, il a obtenu le Prix de l'APA en 2006 pour sa contribution scientifique et a été nommé par l'équipe de Haggblom (2002) parmi les 100 psychologues les plus éminents du XX^e siècle (un choix basé sur le nombre de citations).

utilisent des techniques visant à favoriser le bien-être, à susciter l'espoir, à miser sur les ressources personnelles, même s'ils ne se réfèrent pas explicitement à la psychologie positive (Cheavens, Feldman, Woodward et Snyder, 2006). D'ailleurs, des approches déployées bien avant la fin des années 1990 étaient porteuses de ces mêmes valeurs; nous en connaissons tous un certain nombre.

Le mouvement de la psychologie positive a permis de revendiquer l'importance de mieux comprendre les aspects sains d'une personne « ordinaire ». Aujourd'hui, elle se fait le porte-parole d'une communauté au sein de laquelle se rallient tous ceux qui se donnent la mission de favoriser le mieux-être.

L'objectif de la psychologie positive est de catalyser un changement d'orientation afin que la psychologie ne se limite *pas seulement* à la guérison des troubles, mais se préoccupe *aussi* de construire des qualités positives (Seligman et Csikszentmihalyi, 2000, p. 5, italique ajouté).

En 2005, dans la présentation du numéro spécial sur ce thème de la *Revue québécoise de psychologie* (vol. 26, no 1), les éléments essentiels ont été condensés. Nous n'y reviendrons pas dans la présente chronique. Après avoir abordé brièvement l'évolution de la psychologie positive, nous énoncerons les principales réalisations de ce mouvement et discuterons de son avenir.

ÉVOLUTION DE LA PSYCHOLOGIE POSITIVE

La psychologie positive semble avoir atteint un stade de croissance appréciable. Elle évolue et se transforme rapidement. Or, même s'il peut paraître prématuré de parler d'évolution pour un mouvement qui n'existe que depuis une décennie, une étude attentive des écrits montre qu'elle a été marquée par deux phases distinctes.

Phase 1

Le mouvement de la psychologie positive a suscité enthousiasme et débats (Bouffard, 2002). On lui a reproché de « pathologiser » la psychologie traditionnelle (Lazarus, 2003), d'exagérer l'opposition entre l'approche négative (traditionnelle) et la psychologie positive et de favoriser la « tyrannie du positif » (Held, 2004). En effet, les débuts du mouvement étaient porteurs d'un discours polarisé qui louangeait la sphère positive au détriment de l'approche traditionnelle. Cette réalité reflète davantage les cinq premières années de la psychologie positive.

Phase 2

Ces critiques et suggestions ont eu un effet... positif! Peu à peu, cette première phase réactionnaire a fait place à un désir de conciliation des visions opposées, le mouvement réclamant essentiellement une place aussi importante que celle accordée à l'étude des troubles. Cette phase a conduit à l'élaboration d'un « modèle élargi » de la santé mentale qui suppose l'absence de troubles *et* la présence d'indices positifs de bien-être (Keyes, 2005). Contribuant au retour du balancier, les tenants plus modérés de la psychologie positive ont tenu à nuancer les propos vigoureux du début pour promouvoir un modèle « compréhensif » de la personnalité dans sa globalité (Cartensen et Charles, 2003; Ingram et Snyder, 2006; Linley *et al.*, 2006; Mollen *et al.*, 2006) et qui exige de « dépasser la dichotomie positif-négatif » (Ryff et Singer, 2003b). En effet, selon les contextes et les situations, une force peut devenir une faiblesse et vice-versa (Aspinwall et Staudinger, 2003). Seligman plaide dorénavant en faveur d'une « psychologie équilibrée » qui se préoccupe de corriger les faiblesses *et* de soutenir les forces (Seligman, Parks et Steen, 2005). D'autres, tel Maddi (2006), prônent une psychologie positive nettement « intégrée », c'est-à-dire qui ne se définit pas en fonction d'une différenciation entre le positif et le négatif. Cette évolution a amené les ténors de la psychologie positive à reconnaître les origines anciennes de leur nouveauté.

Reconnaissance des origines philosophiques et des humanistes

À ses débuts, la psychologie positive ne reconnaissait aucun antécédent historique à l'idée que la vie vaut la peine d'être vécue.

Aujourd'hui, elle admet pouvoir tirer des leçons significatives du passé (Linley *et al.*, 2006). En effet, les premiers philosophes grecs (Socrate, Platon et surtout Aristote) croyaient en la nature sociale et morale de l'être humain. Plus tard, les hommes de foi ont donné naissance aux religions de ce monde. Tant les uns que les autres ont tracé les racines de ce mouvement scientifique profondément humain qui s'intéresse à ce qui rend les gens heureux.

D'autre part, certains ont reproché aux promoteurs de la psychologie positive une attitude cavalière à l'endroit de la psychologie humaniste et ont rappelé que la psychologie positive se tient « sur les épaules des géants » qui l'ont précédée, dont William James, Lewis Terman, Gordon Allport, Carl Rogers, Abraham Maslow, Erik Erikson et Marie Jahoda (Strümpfer, 2005). Parmi ceux-ci, Maslow est le premier à avoir utilisé le terme « psychologie positive » dans le dernier chapitre de son livre *Motivation and Personality* (1954).

Malgré des finalités qui les rassemblent, la psychologie humaniste et la psychologie positive ont eu des contributions distinctes. La psychologie positive a notamment innové en étudiant des thèmes humanistes tout en adoptant les méthodes rigoureuses de la science. Par exemple, quelques évidences empiriques commencent à être démontrées concernant le concept de validation organismique élaboré par Rogers. En effet, des études démontrent la propension des individus à choisir des buts intrinsèques et à fournir plus d'efforts pour les atteindre. Ceci contribue à augmenter le sentiment qu'ils ont besoin d'être compétents, autonomes et accomplis, augmentant ainsi leur bien-être (Joseph et Linley, 2005).

PRINCIPALES RÉALISATIONS

À n'en pas douter, la psychologie positive a le vent dans les voiles, si l'on se fie à ses réalisations en termes de publications, de congrès, de formation et de développement d'approches, de techniques et d'outils pratiques.

Publications

La psychologie positive a suscité une quantité impressionnante de publications de qualité. Plusieurs sont énumérées dans la présentation du numéro spécial de la *Revue québécoise de psychologie* (Mandeville, 2005). Ajoutons ici les ouvrages plus récents qui se situent dans le sillage de la psychologie positive :

2005 : Giacalone, Jurkiewicz et Dunn sur l'éthique corporative

2005 : Moore et Lippman sur le développement des enfants

2006 : Csikszentmihalyi et Selega Csikszentmihalyi sur la vie digne d'être vécue

-
- 2006 : Frisch sur une thérapie visant la qualité de la vie
2008 : Rashid et Seligman sur la psychothérapie positive
2008 : Eid et Larsen sur le bien-être subjectif
2008 : Lyubomirsky sur le « comment » être heureux, basé sur les développements récents de la nouvelle science du bonheur
2008 : Lopez qui publie une encyclopédie de la psychologie positive
2008 : Diener et Biswas-Diener qui dévoilent les richesses psychologiques des humains

Les publications majeures demeurent le *Handbook of positive psychology* de Snyder et Lopez (2002, réédité en 2007), le manuel de classification des forces du caractère de Peterson et Seligman (2004) et l'ouvrage sur la pratique de la psychologie positive de Linley et Joseph (2004).

L'équipe de Seligman a également créé plusieurs instruments valides et utiles au domaine de la psychologie positive, les deux principaux étant le *VIA Signature Strengths* et l'*Authentic Happiness Inventory* (www.positivepsychology.org¹). La recherche et l'intervention peuvent maintenant s'appuyer sur ces instruments et de nombreux autres pour poursuivre l'exploration des divers concepts rattachés à cette science.

Parmi les nombreux articles scientifiques, signalons celui de Park, Peterson et Seligman (2006) portant sur l'examen des forces du caractère dans 54 pays et 50 états américains. À cela, il faut ajouter les numéros spéciaux d'un certain nombre de revues scientifiques (voir l'Annexe). Signalons également la naissance du *Journal of Happiness Studies* en 2000, celle du *Journal of Positive Psychology* en 2006 et celle de l'*Applied Research in Quality of Life* en 2007.

Congrès

À travers le monde, dans tous les continents, des événements ont lieu pour marquer l'émergence et l'effervescence de cette nouvelle science. Parmi les principaux, soulignons la 4^e conférence européenne de la psychologie positive qui avait lieu en Croatie, en juillet dernier (www.pospsy.ffri.hr/index.htm¹) et qui se tiendra au Danemark, l'an prochain. Plus près de nous, les chercheurs et praticiens intéressés par la psychologie positive pourront se rendre au premier congrès de l'Association internationale de psychologie positive qui se tiendra à Philadelphie à l'été 2009 (www.ippanetwork.org¹).

1. Sites en ligne le 10 décembre 2008.

Formation

Les universités américaines offrent actuellement plus de 100 cours de psychologie positive et quelques programmes de maîtrise, dont celui de l'Université de Pennsylvanie, au Centre de psychologie positive dirigé par Seligman et celui de l'Université de Londres, section Est. Mentionnons que la prestigieuse Université de Harvard offre un cours parmi les plus populaires de l'institution. C'est un cours en ligne¹ de 1^{er} cycle en psychologie positive donné par le professeur et auteur Tal D. Ben-Shahar (2007). Des manuels peuvent alimenter ces cours : Bolt (2004), Carr (2004), Compton (2005), Peterson (2006) ainsi que Snyder et Lopez (2006), sans oublier les nombreuses suggestions d'exercices que suggère Seligman (2004).

Au Québec, l'Université de Sherbrooke offre une option en psychologie positive, dans le profil clinique du programme de doctorat professionnel en psychologie². À cet effet, deux ateliers spécialisés – dont le contenu aborde les fondements et les stratégies thérapeutiques rattachés à ce courant – sont offerts, ainsi que la possibilité de faire des stages et de la recherche dans cette orientation. L'Université McGill offre également un cours de 1^{er} cycle en psychologie positive depuis 2002³.

Psychothérapie

Des programmes et des modèles de psychothérapie ont aussi été élaborés. La psychothérapie positive proposée par Seligman, Rashid et Parks (2006) est la mieux connue. Elle vise la réduction des symptômes dépressifs et l'augmentation du bien-être. Elle est construite de manière à expérimenter des exercices tels l'identification et l'utilisation de ses forces personnelles, l'écriture d'un journal personnel au sujet de trois bonnes choses qui sont survenues dans la journée, une visite de gratitude à une personne significative, etc⁴.

Un autre modèle, la thérapie du bien-être, se base sur le modèle cognitif de Ryff et vise à évaluer les dimensions du bien-être, tels le contrôle de l'environnement, la croissance personnelle, le but de la vie, l'autonomie, l'acceptation de soi et les relations positives avec les autres et à favoriser le rétablissement optimal de ces dimensions qui sont dysfonctionnelles (Ruini et Fava, 2004).

-
1. Voir <http://sites.harvard.edu/icb/icb.do?keyword=k14790&pageid=icb.page69189> (site en ligne le 10 décembre 2008).
 2. Voir http://www.usherbrooke.ca/psychologie/programmes/doct_psycho_ini.html (site en ligne le 10 décembre 2008).
 3. Voir <http://coursecalendar.mcgill.ca/ugcal200809/wwhelp/wwhimpl/js/html/wwhelp.htm> (site en ligne le 10 décembre 2008).
 4. Dans son récent ouvrage, Lyubomisky (2008) propose 14 stratégies pour favoriser le bonheur.

Pour sa part, l'approche thérapeutique de Frisch (2006) se concrétise par la mise en application de guides et d'exercices qui visent l'amélioration de la qualité de vie et l'atteinte du bonheur. Elle se base essentiellement sur les trois piliers de l'approche : la plénitude intérieure, le sens de la vie et le temps consacré à soi-même.

Enfin, la thérapie centrée sur les forces, pour ne nommer que cette dernière, est une approche qui met l'accent sur l'exploitation des ressources positives de la personne et sur la perception subjective qu'a cette dernière de ses problèmes et de son bien-être (qui se traduit notamment par le langage qu'elle utilise). Selon ce programme, la thérapie est vue comme la construction commune de nouvelles significations concernant les expériences du client (Wong, 2006).

Précisons qu'en règle générale les stratégies positives peuvent être utilisées comme complément aux méthodes traditionnelles (Tilson, 2006). Lorsqu'elles sont utilisées au sein d'une thérapie cognitive, les techniques positives permettent notamment de dépasser la guérison du problème et d'accroître la qualité de vie du client (Ingram et Snyder, 2006). Elles favorisent également le maintien à long terme des gains engendrés par la thérapie cognitive. Par exemple, dans pratiquement toutes les phases du traitement cognitif, l'introduction de l'espoir, l'une des stratégies inhérentes à la psychologie positive, permet non seulement de mettre l'accent sur les attentes des résultats, mais aussi sur la perception des aptitudes de la personne à influencer ces résultats (Cheavens *et al.*, 2006).

Liens avec d'autres domaines

Une présentation adéquate des réalisations de la psychologie positive dans les différents domaines de la psychologie dépasserait les limites de la présente chronique. Contentons-nous d'énumérer quelques liens féconds entre la psychologie positive et quelques champs d'application.

Dans le domaine de la culture, la psychologie positive s'intéresse aux caractéristiques universelles, mais aussi à celles propres aux différentes cultures (Sandage, Hill et Vang, 2003). En neuropsychologie, des chercheurs ont identifié certains corrélats neurologiques de l'amour (Bartels et Zeki, 2004) et de la méditation (Davidson *et al.*, 2003). Les relations entre la psychologie positive et la santé ont été investiguées par Ryff et Singer (2003a) de même que par Taylor et Sherman (2004). Ces derniers affirment que la psychologie de la santé a grandement bénéficié de l'approche positive, qu'il s'agisse du soutien social, de l'adaptation à la maladie et surtout de la promotion de comportements bénéfiques pour la santé. Enfin, dans le monde des organisations, Buckingham et Clifton (2001) se sont intéressés à l'identification des forces personnelles, Henry (2004) a étudié le climat des organisations dites positives, tandis que

Kaufman et Scoular (2004) ont examiné les fonctions du coach qu'ils caractérisent comme un catalyseur des forces. Dans le domaine des organisations, l'ouvrage de référence majeur demeure Cameron, Dutton et Quinn (2002).

AVENIR

Fondamentalement, la psychologie positive survivra si ses théories contribuent réellement à rendre la vie des gens meilleure. Actuellement, la recherche empirique dans ce domaine est en croissance; néanmoins, elle est rendue là où se situait la psychologie clinique au début des années 1970. Pour beaucoup de concepts, les méthodes d'évaluation sont toujours en développement, les études longitudinales viennent de commencer et les interventions sont encore sous une forme pilote (Duckworth, Steen, et Seligman, 2005). L'efficacité de certaines interventions a été testée (voir l'Encadré 2), mais ces études ont besoin d'être reproduites (Tilson, 2006).

Jusqu'à maintenant, la psychologie positive s'est surtout attardée à ce qui caractérisait les individus « ordinaires » (Sheldon et King, 2001). Une question centrale pour les recherches futures consiste à savoir si ces interventions peuvent aussi être bénéfiques avec une population clinique (Duckworth *et al.*, 2005). Il importera également de tenir compte de la relativité des concepts. Ainsi, les découvertes de l'heure ne sont pas généralisables à tout individu (Linley et Joseph, 2004), elles reflètent essentiellement les valeurs occidentales modernes (Seligman, 2002b). La psychologie positive doit donc être prudente et s'engager dans une réflexion critique pour ne pas tomber dans le piège de la prescription, assumant que ce qu'elle juge bon l'est pour tous et en tout temps (Linley *et al.*, 2006).

D'un autre côté, la pratique clinique pourrait d'ores et déjà bénéficier de ces découvertes, notamment, en référant à des outils qui accordent une plus grande attention aux ressources de la personne. Idéalement, le manuel de classification de Peterson et Seligman (2004) deviendrait un outil courant d'évaluation. Une version révisée du DSM-IV pourrait inclure une perspective plus globale de l'être humain. Entre autres choses, l'échelle d'évaluation générale de fonctionnement (ÉGF) re-graduée, dont le maximum possible actuel (100), pourrait être ramenée à 50, puisqu'il indique une absence de troubles. Elle pourrait aussi inclure des indicateurs positifs du fonctionnement. D'autre part, en plus de mesurer la réduction des symptômes psychopathologiques, l'évaluation des résultats de la thérapie pourrait comprendre les aspects positifs du fonctionnement du client comme son bien-être subjectif, sa capacité d'appliquer des solutions à ses problèmes et son engagement dans la poursuite de buts personnels

Encadré 2 Intervention expérimentale par Internet pour augmenter le niveau de bonheur

Seligman, Steen, Park et Peterson (2005) ont proposé à ceux qui visitent leur site Internet (www.authentic happiness.org) une série d'activités susceptibles de favoriser le bonheur. Dans leur échantillon de convenance, ils ont rejoint des personnes de toutes catégories à travers le monde (577 participants ont complété le prétest et 411 l'ont fait pour les cinq relances). Ils ont distribué les participants au hasard dans six conditions expérimentales : un groupe *placebo* et cinq interventions :

1. faire une visite de gratitude,
2. écrire, chaque jour, trois « bonnes choses » qui me sont arrivées,
3. réfléchir à des moments où je suis à mon meilleur,
4. identifier mes forces personnelles (au moyen d'un instrument approprié),
5. utiliser concrètement mes principales forces personnelles.

Toutes les activités proposées ont été efficaces au posttest, mais seules les interventions 2 et 5 ont eu des effets durables (dernière relance, six mois après le prétest), que ce soit pour augmenter le bonheur ou diminuer la dépression. Puisque les participants étaient invités à effectuer leur « devoir » durant une semaine seulement, il est possible de penser qu'une pratique régulière de ces activités pourrait améliorer le bonheur des gens pour toute la vie en quelque sorte, sans oublier les hauts et les bas qu'imposent les circonstances.

signifiants (Dubé, Lapierre, Bouffard et Alain, 2007). Cette pratique permettrait d'enrichir les recherches sur l'efficacité thérapeutique (Lampropoulos, 2001).

En définitive, la marche vers l'intégration souhaitée sera longue et, pour y arriver, la psychologie positive devra accomplir un certain nombre de tâches (Linley *et al.*, 2006). Une variété de thèmes devra être étudiée plus en profondeur afin de poursuivre l'expansion du mouvement. Parmi les défis des prochaines années, la psychologie positive devrait contribuer à réaliser les mandats suivants :

- Mieux comprendre le « calcul » du bien-être, notamment en établissant les variables en cause et particulièrement en mesurant la relation entre l'expérience momentanée de bonheur et le bien-être durable.
- Saisir comment se développe une personnalité saine, notamment en comprenant ce qui peut évoluer au fil des années chez une telle personne.
- Explorer l'univers de la biologie ou de l'hérédité du bonheur et intégrer les découvertes des neurosciences.
- Cerner l'impact des aspects positifs de la personnalité sur la santé physique.

- Considérer le rôle du corps dans les émotions positives et les sentiments liés à la satisfaction, au bien-être et à une vie pleine.
- Reconnaître l'authenticité des événements positifs et des aspects positifs et leur impact sur la personne.
- Miser sur la prévention en favorisant le développement des traits positifs et des expériences subjectives positives comme protection contre la maladie.
- Mieux connaître les « ingrédients » de la vie pleine ou de la « bonne vie ».
- Se pencher sur l'équilibre entre le bien-être individuel et le bien-être collectif et améliorer « l'être ensemble ».

Ce dernier énoncé rappelle ce que répétait Martin Luther King lors de ses discours inspirants :

Nous devenons plus riches matériellement, mais plus pauvres moralement et spirituellement. Nous avons appris à voler dans les airs comme les oiseaux et à nager dans la mer comme les poissons, mais nous n'avons pas appris l'art de vivre ensemble comme des frères (Martin Luther King, 1964).

En ce sens, les psychologues d'orientation positive auront intérêt à créer des liens avec les chercheurs et les praticiens d'autres orientations et disciplines (Linley *et al.*, 2006). Pour réaliser ces ambitions, la psychologie positive devra être soutenue par des bailleurs de fonds qui comprendront qu'il ne suffit pas de subventionner les recherches orientées vers les troubles, mais qu'il est aussi nécessaire de travailler à la compréhension de ce qui fonctionne bien.

Est-ce que la psychologie positive sera seulement une vague passagère ou un changement profond dans l'histoire de la connaissance? Il faudra voir si les *idées* avancées seront jugées utiles par les scientifiques de la prochaine génération, si les *concepts* utilisés entreront dans le vocabulaire des sciences humaines et si les *résultats* seront considérés assez valides et convaincants pour faire partie de notre compréhension de la réalité. Si la psychologie positive passe ces tests, elle provoquera un authentique changement de paradigme dans les sciences humaines. Les signes initiaux sont encourageants en ce sens (Csikszentmihalyi et Selega Csikszentmihalyi, 2006, p. 5, traduction libre).

À long terme, le succès de la psychologie positive consisterait à disparaître en tant que mouvement indépendant si sa mission était accomplie (Diener, 2003). Si tel est le cas, elle aurait alors contribué à produire des psychologues dont la mission est réellement d'être des professionnels de la *santé* mentale (Seligman, 1999).

Références

- Aspinwall, L. G. et Staudinger, U. M. (2003). A psychology of human strengths : Some issues of an emerging field. In L. G. Aspinwall et U. M. Staudinger (Éds), *A psychology of human strengths* (p. 271-288). Washington, DC : American Psychological Association.
- Bartels, A. et Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *NeuroImage*, 21, 1155-1166.
- Ben-Shahar, T. D. (2007). *Happier*. New York : McGraw Hill.
- Bolt, M. (2004). *Pursuing human strengths : A positive psychology guide*. New York : Worth.
- Bouffard, L. (2002). La psychologie positive. *Revue québécoise de psychologie*, 23(2), 245-254.
- Buckingham, M. et Clifton, D. O. (2001). *Now, discover your strengths*. New York : Free Press.
- Cameron, K. S., Dutton, J. E. et Quinn, R. E. (Éds) (2003). *Positive organizational scholarship : Formation of a new discipline*. San Francisco : Berrett-Koehler.
- Carr, A. (2004). *Positive psychology : The science of happiness and human strengths*. New York : Brunner-Routledge.
- Cartensen, L. L. et Charles, S. T. (2003). Human aging : Why is even good news takes as bad ? In L. G. Aspinwall et U. M. Staudinger (Éds), *A psychology of human strengths* (p. 75-86). Washington, DC : American Psychological Association.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T. et Snyder, C. R. (2006). Hope in cognitive psychotherapies : On working with client strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 135-145.
- Compton, W. (2005). *An introduction to positive psychology*. Belmont, CA : Thomson-Wadsworth.
- Csikszentmihalyi, M. et Selega Csikszentmihalyi, I. (Éds) (2006). *A life worth living : Contributions to positive psychology*. New York : Oxford University Press.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowaki, F., Harrington, A., Bonus, K. et Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Diener, E. (2003). What is positive about positive psychology. *Psychological Inquiry*, 14, 115-120.
- Diener, E. et Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness. Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA : Blackwell Publishing.
- Dubé, M., Lapierre, S., Bouffard, L. et Alain, M. (2007). Impact of a personal goals management program on the subjective well-being of young retirees. *European Journal of Applied Psychology*, 57, 183-193.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A. et Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Eid, M. et Larsen, R. J. (Éds) (2008). *The science of subjective well-being*. New York : Guilford.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy. Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ : Wiley.
- Giacalone, R. A., Jurkiewicz, C. L. et Dunn, C. (Éds) (2005). *Positive psychology in business ethics and corporate responsibility*. Greenwich, CT : Information Age.
- Held, B. S. (2004). The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9-46.
- Henry, J. (2004). Positive and creative organization. In P. A. Linley et S. Joseph (Éds), *Positive psychology in practice* (p. 269-286). New York : Wiley.
- Ingram, R. E. et Snyder, C. R. (2006). Blending the good with the bad : Integrating positive psychology and cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 117-122.
- Joseph, S. et Linley, A. P. (2005). Positive psychological approaches to therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(1), 5-10.

Dix ans de psychologie positive

- Kaufman, C. et Scoular (2004). Toward a positive psychology of executive coaching. In P. A. Linley et S. Joseph (Éds), *Positive psychology in practice* (p. 287-304). New York : Wiley.
- Keyes, C. L. M. (2005). Une conception élargie de la santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 145-163.
- Lampropoulos, G. K. (2001). Integrating psychopathology, positive psychology, and psychotherapy. *American Psychologist*, 56(1), 87-88.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109.
- Linley, A. P. et Joseph, S. (2006). Toward a theoretical foundation of positive psychology in practice. In A. P. Linley et S. Joseph (Éds), *Positive psychology in practice* (p. 713-732). Hoboken, NJ : Wiley.
- Linley, P. A. et Joseph, S. (Éds) (2004). *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ : Wiley.
- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S. et Wood, A. M. (2006). Positive psychology : Past, present and future. *Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Lopez, S. J. (2008). *The encyclopedia of positive psychology*. London : Blackwell Publishers.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness*. New York : Penguin.
- Maddi, S. R. (2006). Building an integrated positive psychology. *Journal of Positive Psychology*, 1(4), 226-229.
- Mandeville, L. (2005). La psychologie positive : Présentation. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 9-22.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York : Harper.
- Mollen, D., Ethington, L. L. et Ridley, C. R. (2006). Positive psychology: considerations and implications for counseling psychology, *The counseling psychologist*, 34(2), 304-312.
- Moore, K. A. et Lippman, L. H. (Éds) (2005). *What do children need to flourish?* New York : Springer.
- Park, N., Peterson, C. et Seligman (2006). Character strengths in 54 nations and 50 US states. *Journal of Positive Psychology*, 3, 118-129.
- Peterson, C. (2006). *A primer of positive psychology*. New York : Oxford University Press.
- Peterson, C. et Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues*. New York : Oxford University Press.
- Rashid, T. et Seligman, M. E. P. (2008). *Positive psychotherapy : A treatment manuel*. New York : Oxford University Press.
- Ruini, C. et Fava, G. A. (2004). Clinical Applications of Well-Being Therapy. In A. P. Linley et S. Joseph (Éds), *Positive psychology in practice* (p. 354-368). Hoboken, NJ : Wiley.
- Ryff, C. D. et Singer, B. (2003a). Flourishing under fire : Resilience as a prototype of challenged thriving. In C. L. M. Keyes et J. Haidt (Éds), *Flourishing* (p. 13-36). Washington, DC : American Psychological Association.
- Ryff, C. D. et Singer, B. (2003b). Ironies of the human condition : Well-being and health on the way to mortality. In L. G. Aspinwall et U. M. Staudinger (Éds), *A psychology of human strengths* (p. 271-288). Washington, DC : American Psychological Association.
- Sandage, S. J., Hill, P. C. et Vang, H. C. (2003). Toward a multicultural positive psychology. *Counseling Psychology*, 61, 564-592.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness : On depression, development, and death*. San Francisco : W. H. Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned Optimism*. New York : Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1994) *What you can change and what you can't*. New York : Knopf.
- Seligman, M. E. P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. E. P. (2002a). *Authentic happiness*. New York : Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2002b). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder et S. J. Lopez (Éds), *Handbook of positive psychology* (p. 3-9). New York : Oxford University Press
- Seligman, M. E. P. (2004). Can happiness be taught? *Daedalus*, 133(2), 80-87.
- Seligman, M. E. P. et Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : An introduction. *American Psychologist*, 55, 1-14.

- Seligman, M. E. P., Parks, A. C. et Steen, T. (2005). A balanced psychology and a full life. In F. A. Huppert, N. Baylis et B. Keverne (Éds), *The science of well-being* (p. 275-284). Oxford : Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. et Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., et Peterson, C. (2005). Positive psychology progress : Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Sheldon, K. M. et King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Snyder, C. R. et Lopez, S. J. (Éds) (2002/2007). *Handbook of positive psychology*. New York : Oxford University Press.
- Snyder, C. R. et Lopez, S. J. (2006). *Positive psychology : The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Strümpfer, D. J. W. (2005). Standing on the shoulders of giants : Notes on early positive psychology. *South African Journal of Psychology*, 35(1), 21-45.
- Taylor, S. E. et Sherman, D. K. (2004). Positive psychology and health psychology. In P. A. Linley et S. Joseph (Éds), *Positive psychology in practice* (p. 305-319). New York : Wiley.
- Tilson, C. (2006). *Positive psychology and psychotherapists*. Dissertation inédite, Berkeley, CA : Wright Institute.
- Wong, Y. J. (2006). Strength-centered therapy : A social constructionist, virtues-based psychotherapy. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 133-146.

Lucie Mandeville¹

Université de Sherbrooke

Laurence D'Arcy-Dubois

Université de Sherbrooke

Marie-Eve Labrecque

Université de Sherbrooke

Léandre Bouffard

Université de Sherbrooke

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 2500, boulevard Université, Sherbrooke (QC), J1K 2R1. Téléphone : (819) 821-8000 poste 63791 Courriel : lucie.mandeville@usherbrooke.ca

Annexe Numéros spéciaux sur la psychologie positive

Nom	Année	Volume (numéro)	Éditeurs
<i>Journal of Social and Clinical psychology</i>	2000	19(1)	McCullough et Snyder
<i>American Psychologist</i>	2001	56(3)	Sheldon et King
<i>Journal of Humanistic Psychology</i>	2001	41(1)	Rich
<i>Journal of Clinical Psychology</i>	2002	58(9)	Held et Bohart
<i>American Behavioral Scientist</i>	2003	47(4)	Fowers et Tjeltveit
<i>Psychological Inquiry</i>	2003	14(2)	Lazarus
<i>School Psychology Quaterly</i>	2003	18(2)	Huebner et Gilman
<i>Annals of the American Academy of Political and Social Science</i>	2004	591	Peterson
<i>Journal of Psychology in Chinese Societies</i>	2004	5(1)	Cheng
<i>Philosophical Transactions of the Royal Society, Serie B</i>	2004	349(1449)	Huppert, Keverne et Baylis
<i>Psychology in the School</i>	2004	41(1)	Chafouleas et Bray
<i>Ricerche di Psicologica</i>	2004	27(1)	Delle Fave
<i>Daedalus</i>	2004	133(2)	L'éditeur
<i>Review of General Psychology</i>	2005	9(2)	Simonton et Baumeister
<i>Revue québécoise de psychologie</i>	2005	26(1)	Mandeville

RECENSIONS

Serfaty-Garzon, P. (2006). *Un chez soi chez les autres*. Montréal : Bayard Canada (293 pages).

Cet ouvrage collectif apporte un éclairage nuancé et diversifié sur un des grands débats de société de l'heure : l'immigration et ses problématiques en particulier à Montréal.

Dans plusieurs pays on sait que la question des accommodements raisonnables, amplifiée par les médias confronte les politiques de plusieurs nations surtout en période électorale. L'analyse que proposent les sept auteurs de ce livre *Un chez soi chez les autres* permet sans nul doute d'articuler une réflexion assez complète et nuancée.

Pour un psychologue social, c'est probablement la contribution d'Enric Pol qui sera la plus instructive quant à la construction d'un chez-soi ailleurs. Ses observations sur l'expérience des migrations de courtes et grandes distances en Catalogne sont documentées et reposent sur des recherches de terrain. Le laboratoire de psychologie sociale environnementale dirigé par Pol à l'Université de Barcelone, est d'ailleurs une des unités des plus productives et novatrices en matière de gestion urbaine. Au niveau conceptuel, on retrouve le modèle proposé par Pol qui met en relation l'appropriation de l'espace, la construction de l'identité et la cohésion de la communauté. Suivent quelques données à propos des facteurs qui stimulent des migrations en général, pour s'appliquer ensuite au cas de Barcelone dont la population étrangère en 2005, s'élevait à 14,6 %. Les relations entre immigration, statut social, statut légal et conjoncture économique sont évoquées ainsi que les conflits possibles entre personnes de souche et immigrants. Une section fort intéressante aborde les avantages et inconvénients des quartiers mixtes par rapport à ceux qui sont homogènes. On retrouve ici la notion d'insécurité environnementale et son impact sur la qualité de vie médiocre de plusieurs zones urbaines. Sur le plan théorique, la notion centrale est donc l'appropriation de l'espace urbain dans ses deux facettes, d'action et de transformation. Pol réussit ainsi à travers ce processus de mieux saisir le vécu des personnes immigrées en particulier, leur chez-soi, qui doit se construire dans la société d'accueil. Dans un commentaire, Perla Serfaty risque même la formulation, le chez-soi du migrant est un chez-soi de conquête. On peut se demander, cependant, si le chez-soi des locaux établis depuis longtemps dans une ville, est possiblement un mécanisme de résistance légitime à l'intrusion. Le texte de Pol est donc très riche, même s'il souffre d'un manque de fil conducteur univoque et s'alimente de sources disparates.

La mise en bouche de Perla Serfaty, porte sur le chez-soi à l'épreuve des mobilités. Avec son élégance habituelle, notre collègue examine les manières contemporaines d'habiter du touriste et de l'individu hyper mobile. Comment habite-t-on quand on va vivre chez les autres? L'originalité du propos réside, dans la fine analyse du voyage touristique contemporain avec sa caractéristique d'être un double voyage : celui de départ et celui du retour chez-soi. Dans ce type d'aventure, on peut constater comme un dédoublement de la personnalité, la séparation du « moi » routinier du temps ordinaire et celui du moi du voyage exotique tourné vers la découverte d'environnements lointains. En ce sens, le touriste va délibérément habiter un temps chez les autres, prenant même le risque de l'inconfort en sachant qu'un abri qui lui est propre l'attend au retour. L'examen du tourisme de masse démontre que les lieux touristiques parfois les plus éloignés deviennent des points de départ de nouveaux flux migratoires. Les clichés d'un occident libre et prospère repris par la culture médiatique font croire aux populations des pays pauvres qu'émigrer au Nord ou à l'Ouest sont la solution. Le déracinement devient le sacrifice nécessaire pour assurer aux membres de sa famille un avenir. Redoutant l'insécurité et le désordre, les populations immigrées donnent souvent leur appui aux dirigeants les plus conservateurs des pays d'accueil. Les lignes rédigées par Serfaty sont d'autant plus intéressantes qu'elles témoignent à la fois de son travail d'enquête sur le terrain et de sa maîtrise exceptionnelle de la littérature de psychologie environnementale. Suivent dans l'ouvrage, les contributions de quatre auteurs féminins qui avaient d'ailleurs fait l'objet d'un livre précédent « ENFIN CHEZ SOI? Récits féminins de vie et de migration » (2006). Liliane Demers présente ainsi dans le chapitre *Départs* une variété de cas de figures d'immigration suite à un départ forcé, secret ou fondateur d'une famille. L'exil y apparaît en soi, moins un moment qu'un processus. Par l'exploration de l'exil, l'auteure nous fait mesurer la facette tragique du départ de la terre nationale.

Dans un court texte (*Objets*), Suzanne Danino nous rappelle quels sont les objets que l'immigrant apporte lorsqu'il doit quitter son pays d'origine : le linge de maison, les photos de familles, quelques livres, etc. Voilà une analyse sensible de l'étrange inventaire des objets apportés avec soi et qui vont se retrouver dans les recoins du « chez soi » de l'exilé.

Orly Nahmias (*Travailler*) s'intéresse davantage à ce qui garantit l'indépendance de l'immigrant dans la terre d'accueil : le travail professionnel y compris un éventuel déclassement professionnel. La nécessité d'occuper un emploi y est illustrée comme une affirmation de la dignité.

Le texte de Hélène Schwelb (*Dislocation. Aspects fondamentaux de l'expérience de la rupture dans l'immigration*) centré sur l'expérience de rupture impliquée dans l'immigration nous éclaire sur ce que l'auteure qualifie de phénomène de dislocation. Tour à tour sont évoqués la dislocation des liens lors du départ du lieu d'origine, le temps de l'arrivée ailleurs à la recherche de la chaleur d'un nouveau chez soi. Il est question aussi du deuil nécessaire pour surmonter le déracinement et peut-être s'acculturer au sein de la communauté d'adoption. Ces quatre textes méritent d'être lus même si un peu de redondance s'y retrouve. Ceci est sans doute produit par les chercheurs qui avancent leurs idées à partir du même corpus de témoignages diversifiés mais restreint (26 personnes vivant au Canada depuis 15 à 50 ans).

Alain M  dam, sociologue réputé, est l'auteur du chapitre *   l'envers, retrouver l'endroit*; il a produit antérieurement des publications brillantes. Ce texte   legant, farci de subtilités de langage nous éclaire relativement peu. Dans la section suivante, le constitutionnaliste Julius H. Grey s'interroge sur la question « Comment vivre ensemble? »; ses propos nous plongent au cœur même de débat actuel des accommodements raisonnables (ou non) face aux groupes minoritaires issus de l'immigration. La position adoptée est nuancée et remet en question le modèle du multiculturalisme canadien valorisé depuis l'ère Trudeau dans les années où ce dernier était Premier Ministre du Canada.

De son côté, Vittoria Giuliani aborde le concept d'attachement et son application aux immigrants. Quels sont les enjeux du déplacement volontaire ou forcé? Quels liens existe-t-il entre l'itinéraire individuel et l'histoire collective des migrations dans le monde?

Enfin, le psychiatre Marc-Alain Wolf consacre quelques lignes à la migration juive à la fois comme traumatisme et comme idéal. Par ces observations historiques et cliniques, il souligne la spécificité du chez-soi pour le migrant juif.

En conclusion, les propos de ce livre sont assez denses; toutefois, la lecture en est facilitée par une écriture soignée qui illustre ce que la psychologie environnementale, par sa nature transdisciplinaire, peut apporter à la compréhension de l'immigration.

Jean Morval
Université de Montréal

Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness. A scientific approach to getting the life you want*. New York : Penguin (367 pages).

Très fréquemment, des revues populaires, journaux, documentaires et *blogues* abordent le thème du bonheur; plusieurs rayons des librairies contiennent des livres « grand public » qui donnent toutes sortes de moyens, conseils et recettes pour être heureux. Le thème du bonheur est dans le *zeitgeist* de la culture contemporaine et, évidemment, il a été récupéré par la publicité. Mais la recherche du bonheur constitue également « le but de l'existence humaine », selon Aristote (4^e s. av. J.-C.) et demeure quelque chose d'important et de fondamental.

Il convient donc de porter attention au sous-titre du présent ouvrage qui précise qu'il s'agit d'une « approche scientifique ». En effet, Sonja Lyubomirsky¹ (Université de la Californie à Riverside) travaille dans le domaine depuis presque 20 ans; elle offre ici le résultat de ses recherches et de ce qui se fait de mieux en la matière. Cette brillante et prolifique chercheuse présente des **stratégies** qui favorisent un bonheur durable, stratégies dont l'efficacité a été démontrée par la recherche.

Les stratégies porteuses de bonheur constituent l'essentiel de l'ouvrage. Cette section est précédée d'une première partie qui fait le point sur les antécédents et les conséquences² du bonheur et présente un modèle qui commande l'orientation de l'ouvrage. Avec ses collègues, S. Lyubomirsky a élaboré une « architecture » du bonheur qui essaie de préciser l'influence de l'hérédité (environ 50%) sur laquelle nous avons très peu de pouvoir, l'influence des « circonstances » (environ 10%) qui ne peuvent avoir qu'un effet passager sur le bonheur. Reste environ 40%, une importante portion expliquée par l'*activité intentionnelle* sur laquelle nous avons prise et que nous devrions gérer à bon escient (Lyubomirsky, Sheldon et Schkade, 2005). C'est sur ce point que portent les stratégies susceptibles de favoriser un bonheur durable. Dans cette même partie, l'auteure invite le lecteur à évaluer son niveau de bonheur³, son niveau de

-
1. Sonja Lyubomirsky a publié bon nombre d'articles dans des revues scientifiques de haut niveau et s'est méritée un prix prestigieux de la Fondation Templeton pour la psychologie positive en 2002.
 2. Lyubomirsky, King et Diener (2005) ont publié une synthèse remarquable sur les « bons effets » du bonheur qui est incontournable.
 3. À l'aide du *Subjective Happiness Scale* (Lyubomirsky et Lepper, 1999).

dépression¹ et à répondre à un questionnaire informatif en vue de découvrir les stratégies qui lui conviennent le mieux.

Fort des informations reçues et de ce « diagnostic », le lecteur est invité à lire et à *pratiquer* les stratégies qu'il peut choisir parmi celles-ci :

1. Exprimer de la gratitude
2. Cultiver l'optimisme
3. Éviter les ruminations
4. Poser des gestes de gentillesse
5. Entretenir des relations sociales
6. Développer des stratégies de *coping*
7. Apprendre à pardonner
8. Vivre des expériences optimales (*flow*)
9. Savourer les joies de la vie
10. S'engager dans la poursuite de buts personnels
11. Approfondir sa spiritualité
12. Pratiquer la méditation
13. Faire de l'exercice physique
14. Agir comme une personne heureuse.

Pour chaque stratégie, l'auteure fait état de la littérature scientifique sur la question en démontrant les raisons et les avantages de l'adopter (le *pourquoi*) et en expliquant ensuite les façons de la pratiquer (le *comment*). Par exemple, *Comment pratiquer l'optimisme?*

- Noter comment nous nous voyons dans cinq ou dix ans (imaginer nos meilleurs « sois possibles ») ;
- Diviser nos buts à long terme en sous-buts de façon à maintenir l'espoir (chaque étape étant plus facile à réaliser) ;
- Identifier et contester ses pensées négatives (pessimistes) en réinterprétant² la situation : par exemple, attribuer ses échecs à une cause interne et stable (comme un manque d'intelligence) conduit à la dépression tandis que les attribuer à une cause instable (comme un manque d'effort) maintient l'optimisme.

Cette deuxième partie qui constitue le corpus principal de l'ouvrage est suivie d'une dernière section fort brève qui explique pourquoi les stratégies fonctionnent, ce que l'auteure appelle les « clés » qui ouvrent les portes au bonheur durable :

1. À l'aide du *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Radloff, 1977). L'auteure a ajouté, à la fin de l'ouvrage, un chapitre sur la dépression destiné aux personnes qui présentent des indices de ce trouble.

2. Sur ce point, voir Gilham et Reivich (1999) qui ont mis au point un programme pour contrer la dépression et favoriser l'optimisme chez les jeunes. Voir aussi Seligman (1991).

Recensions

1. Créer de fréquents moments heureux et profiter des « petits bonheurs » de la vie (émotions positives) ;
2. Savoir s'adapter et chercher la variété (pour éviter la monotonie).
3. Trouver du soutien social.
4. S'engager à fond dans ses entreprises.
5. Créer des habitudes positives.

APPRÉCIATION

Sonja Lyubomirsky est une chercheuse reconnue qui a plusieurs publications scientifiques à son crédit. Elle offre ici un ouvrage d'auto-développement qui s'adresse à un large public tout en proposant des stratégies qui ont une base scientifique solide. Ces stratégies porteuses de bonheur sont pratiques, claires, abondamment illustrées, car cette mère de deux jeunes enfants connaît les aléas de la vie quotidienne. Elle s'adresse directement et fréquemment au lecteur en posant des questions, en anticipant ses objections, en l'invitant à choisir les stratégies qui lui conviennent et en l'incitant à s'engager dans la pratique des dites stratégies.

The how of happiness est un instrument de travail bien fait : index utile, table des matières détaillée et références nombreuses regroupées à la fin. Il rejoint un lectorat au large spectre car il ne vise pas un type de public en particulier; il s'adresse à l'humain, à la personne désireuse de connaître le bonheur, de l'augmenter ou de le retrouver. Selon Martin Seligman, le fondateur du mouvement de la psychologie positive, « dans ce livre nous trouvons une approche scientifique démontrant comment devenir heureux »¹.

Post-scriptum

La traduction française de Camille Fort vient de paraître chez Flammarion Québec² sous le titre « Comment être heureux... et le rester ». La traduction se lit bien même si quelques détails agacent parfois : par exemple, « empirical data » devient « études de cas » au lieu de données empiriques ; « disorders » est rendu par « désordres » au lieu de troubles (psychologiques). Quant aux termes « Happiness activities » qui couvrent la deuxième partie du livre, ils sont traduits par « Activités euphorisantes », ce qui est dommage parce que cette expression fait penser aux effets de l'alcool et de la drogue ; il faudrait plutôt parler de stratégies ou d'activités porteuses de bonheur. Enfin, la traductrice a rendu le concept d'expérience optimale, le « flow » de Csikszentmihalyi, par « flux », ce qui est peu adéquat et peu élégant. Devant un terme aussi spécifique ou technique, pourquoi ne pas adopter la politique des

-
1. Cette citation fait partie des témoignages présentés sur la jaquette du livre.
 2. Malgré cette appellation, la traduction et l'impression ont été effectuées en France.

traducteurs des autres langues qui ont gardé le terme *flow* tel quel. Ces inexactitudes et désagréments proviennent du fait que généralement les traducteurs professionnels ne connaissent pas suffisamment le domaine de l'oeuvre qu'ils traduisent.

Références

- Gilham, J.E. et Reivich, K.J. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children : A research update. *Psychological Science*, 10, 461-462.
- Lyubomirsky, S., King, L. et Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect : Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Lyubomirsky, S. et Lepper, H. (1999). A measure of subjective happiness : Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. et Schkade, D. (2005). Pursuing happiness : The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Seligman, M.E.P. (1991). *Learned optimism*. New York : Free Press.

Léandre Bouffard

Université de Sherbrooke

Diener, E. et Biswas-Diener, R. (2008). *Happiness. Unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA : Blackwell (290 pages).

Ed Diener (Université de l'Illinois à Urbana-Champaign) est l'autorité la plus reconnue au monde en science du bonheur. Il a de nombreuses publications à son crédit et est l'auteur le plus cité dans le domaine. On le surnomme le « Maître Jedi » du bonheur. Son fils, Robert Biswas-Diener, est appelé le « Indiana Jones » de la recherche sur le bonheur puisqu'il a parcouru le monde et a rencontré les tribus les plus reculées pour étudier leur bonheur. Il est chargé de cours à l'Université de Portland, Oregon et offre des sessions (*coaching*) sur le bonheur aux États-Unis et en Grande Bretagne. La collaboration des auteurs, ou plutôt la complicité, donne un ouvrage à la fois documenté et pratique, illustré de cas et d'anecdotes, un livre valable et passionnant dans lequel ils révèlent les *mystères de la richesse psychologique*, comme l'indique le sous-titre.

Dans la **première partie** de l'ouvrage, les auteurs expliquent le thème de la richesse psychologique. Le chapitre 1 présente les nombreux « ingrédients » de la richesse psychologique, ingrédients qui constituent l'essentiel du contenu du livre. Le chapitre 2 porte sur deux principes associés à ce concept. Le premier stipule que le bonheur est un processus :

Recensions

Le bonheur est une façon de voyager tout autant que l'arrivée à destination (p. 19).

Le second principe précise que le bonheur est une ressource à la fois bénéfique et fonctionnelle : les gens heureux ont une vie plus longue, restent mariés plus longtemps, produisent plus d'idées créatrices, commettent moins de crimes, travaillent plus et mieux, font plus d'argent et aident davantage les autres.

La **deuxième partie** porte sur les trois caractéristiques les plus importantes des gens heureux : la santé (chapitre 3), les relations sociales satisfaisantes (chapitre 4) et le travail (chapitre 5). Il appert que la causalité va dans les deux sens : la santé, les relations et le travail favorisent le bonheur, mais ce dernier contribue à la bonne santé, aux relations chaleureuses et au travail satisfaisant.

La **troisième partie** compte six chapitres sur les causes au bonheur.

- Chapitre 6 : L'argent procure-t-il le bonheur? « En général, c'est bon pour le bonheur d'*avoir* de l'argent, mais c'est "toxique" pour le bonheur de *vouloir* trop d'argent » (p. 111).
- Chapitre 7 : La religion contribue au bonheur (association significative mais faible) avec beaucoup de variations selon les contextes, les religions et les individus.
- Chapitre 8 : La culture influence la conception du bonheur et l'importance qu'on lui accorde. Les études en ce domaine démontrent que, dans les pays économiquement développés où règne la démocratie et l'égalité entre hommes et femmes et où l'on respecte les droits humains, les gens sont plus heureux.
- Chapitre 9 : Le bagage génétique exerce une influence considérable sur le bonheur, mais ne crée pas un destin inexorable puisque le bonheur dépend aussi de l'environnement, des choix que fait l'individu au cours de la vie et de la grande capacité d'adaptation des humains.
- Chapitre 10 : Les anticipations relatives à notre bonheur souffrent de plusieurs faiblesses, dont il faut se méfier et qu'il faut s'efforcer de corriger. Il importe, par exemple, de considérer l'ensemble d'une question avant de prendre une décision.
- Chapitre 11 : Les processus cognitifs fondamentaux — attention, interprétation et mémoire — sont très influents sur notre bonheur. C'est ce qui fait dire à certains que le bonheur est d'abord une « affaire intérieure ».

La **quatrième partie** couvre des aspects complémentaires. Au chapitre 12, les auteurs nous avertissent qu'il y a des inconvénients à être

trop heureux! Par exemple, les gens extrêmement heureux ne sont pas assez attentifs aux indices de maladie grave (pouvant entraîner la mort) et sont moins performants (que les très heureux) dans divers domaines. De plus, les participants à l'étude longitudinale de Terman (commencée en 1920) qui se sont déclarés extrêmement heureux vivent moins longtemps que les très heureux. L'euphorie chronique n'est donc pas souhaitable; qu'il faut chercher plutôt un niveau optimal de bonheur (le « chiffre magique » de 8 sur une échelle de 10). Le chapitre 13 reprend les principaux éléments du livre en une excellente synthèse sur le bonheur individuel. De plus, les auteurs soulignent également l'importance du bonheur pour tous dans la société. À cet effet, un *Indice national de bonheur*¹ serait fort utile. Au chapitre 14, le lecteur est invité à répondre à trois questionnaires et à trouver son profil de bonheur. Le bref *Épilogue* apporte quelques réflexions sur la « science du bonheur » et en particulier sur l'importance de mettre au point de bonnes mesures dans le domaine.

APPRÉCIATION

Un bref aperçu ne rend pas justice à un ouvrage aussi documenté (plus de 300 références), nuancé et passionnant parce qu'agréablement illustré de cas intéressants et d'anecdotes amusantes. Il faut lire des extraits du « Journal de bord » de Robert Biswas-Diener lorsqu'il essaie de chasser les pingouins au Groënland ou lorsqu'il veut participer à la chasse au lion avec les Maasai du Kenya, ce qui provoque l'hilarité générale dans le groupe. En effet, un des Maasai a lancé « Ce sera une belle journée pour le lion! ». Le fait de vivre avec ces populations pendant quelques semaines — ce qui est peu fréquent en recherche psychologique — lui a permis de recueillir des données significatives. Quant à Ed, ce scientifique fort sérieux lorsqu'il s'adresse à un large auditoire (comme lors du Congrès international de psychologie à Montréal en 1996), il ne ménage pas les anecdotes personnelles fort amusantes. Voici donc, un livre scientifiquement fondé, remplis de conseils judicieux, qui s'adresse à un public cultivé et qui se lit comme un roman.

J'ajouterai deux remarques. La première concerne l'absence d'un chapitre se rapportant à l'influence des buts personnels sur le bonheur. Même si Ed Diener a déjà publié sur le sujet et que le thème est repris ici à quelques reprises, un chapitre sur les buts personnels aurait constitué un complément important. La deuxième remarque porte sur l'absence de connexion entre la liste de références (à la fin du livre) et le texte. En effet, des études sont rapportées sans le nom de leurs auteurs, des chercheurs mentionnés dans le texte n'apparaissent pas dans les références et aucune note infrapaginale ne fait le lien entre les recherches et leurs

¹. Voir la Chronique portant ce titre dans la *Revue québécoise de psychologie*, 2007 (vol. 28, n° 1), p. 253-260.

Recensions

auteurs. Ce fait représente un inconvénient majeur pour le lecteur qui voudrait approfondir une question.

Nonobstant ces réserves, je partage l'avis de David Myers qui considère que cet ouvrage « fait autorité ». J'endosse également le commentaire de Richard Lucas, un chercheur reconnu dans le domaine du bonheur :

Un livre qui fait l'excellent travail d'offrir des conseils pratiques utiles tout en se basant sur une recherche scientifique solide.

(Commentaire sur la page de garde)

Léandre Bouffard

Université de Sherbrooke

Gutton, P. (2008). *Le génie adolescent*. Paris : Odile Jacob (190 pages).

Comme Gutton le mentionne dans l'avant-propos, « À l'adolescence, l'engagement de créer est une urgence bien plus forte que la vie au quotidien, familiale, scolaire ou amoureuse » (p. 7). C'est ainsi que débute ce livre écrit par un « ardent défenseur de la créativité » chez les jeunes.

Psychiatre, psychanalyste et professeur de psychopathologie à l'Université de Provence, l'auteur nous invite à le suivre dans sa défense de la créativité adolescente. « Créer, c'est d'abord affirmer une originalité partageable » (p. 13) dit-il.

Subdivisé en quatre parties (*L'adolescence ou l'expérience de la création; Création 1 : Éprouver; création 2 : Se représenter et création 3 : S'identifier*), ce bouquin compare cette période (adolescence) de création de soi au processus de création artistique; en se basant sur des concepts psychanalytiques, l'auteur décrit, en s'inspirant des expériences de vie des jeunes qu'il reçoit en thérapie, les étapes de ce processus de création et comment les adultes peuvent aider les adolescents malheureux à retrouver une image positive d'eux-mêmes et à croire en eux.

Ce livre sur la créativité des adolescents est intéressant à lire; toutefois, le langage hermétique peut constituer une barrière pour ceux qui ne maîtrisent pas le vocabulaire et les concepts psychanalytiques.

Huguette Bégin

Université de Montréal

Pistorio, M. (2008). *Vérité ou conséquences. Oser l'authenticité envers soi en couple et en famille*. Montréal : Les Éditions de l'Homme (272 pages).

Psychologue d'orientation psychodynamique, l'auteur centre son propos sur « la négligence psychologique », les mensonges et les non-dits des parents dans l'éducation de leurs enfants. Subdivisé en trois parties (*Mensonges et vérité à soi, Vers l'authenticité du couple, Mensonges et vérité aux enfants*), lesquelles se séparent en neuf chapitres, ce livre nous livre un ardent plaidoyer sur l'importance d'être vrai et de ne pas se mentir à soi-même.

La première partie, constituée de quatre chapitres, aborde les thèmes suivants : *Se construire dans le mensonge* (où l'on assiste graduellement à l'affranchissement du jeune de l'autorité parentale), *À la rencontre de l'autre* (où l'auteur décrit le profil psychologique du solitaire), *Les mécanismes de défense, une protection contre la douleur* (ou comment conserver à tout prix une image positive de soi; illustration de la théorie par des histoires de cas) et *La vérité à soi* (être capable de faire ressortir les blessures, accepter de faire tomber les résistances et avoir foi en soi).

La deuxième partie (*Vers l'authenticité du couple*) est composée de trois chapitres (*Se construire par imitation ou par opposition* (dans les familles fonctionnelles et dysfonctionnelles; l'émergence de l'identité à l'adolescence; une relation aux parents qui prédispose à son futur couple); *Les écueils récurrents du couple* (par exemple, blâme du partenaire, se piéger dans l'antagonisme, les hommes cachent leur identité, les femmes choisissent, les couples menteurs, la passion amoureuse) et *La réussite du couple* (éviter l'individualisme, être disponible à l'autre avec discernement, mettre des mots sur ses émotions).

Enfin, la dernière partie (*Mensonges et vérité aux enfants*) nous interroge sur la capacité d'être parent et sur les motivations sous-jacentes à mettre au monde un enfant. Cette section regroupe deux chapitres dont les titres rappellent combien la venue d'un enfant est une responsabilité pour les parents qu'il ne faut pas prendre à la légère : *Des parents qui aiment mal* (Des pleurs d'enfant mal compris, Banaliser et rationaliser la violence, Mentir aux enfants, L'interdit de ressentir) et *La vérité aux enfants* (Une éducation globale de bienveillance, Aider l'enfant en colère, Annoncer la séparation, Avec qui veux-tu vivre, maman ou papa?).

Recensions

L'auteur conclue son exposé en insistant sur l'importance d'être soi, de dire la vérité, de se fier davantage à nos intuitions, de se respecter et de s'entourer de personnes qui partagent nos valeurs.

Ce livre, très bien structuré et documenté, est fort intéressant à lire pour qui travaille dans le domaine de la thérapie car il décrit les interrogations et les réflexions que suscite la pratique auprès des jeunes et de leurs parents.

Huguette Bégin

Université de Montréal

Vernon, M. (2008). *Well-being*. Stocksfield (England) : Acumen (144 pages).

Si, dans le cadre d'un *sondage*, on vous demande si vous êtes heureux, vous répondrez probablement « oui », en vous situant peut-être à 7 ou 7,5 sur une échelle de 9. Si un *politicien* vous pose la même question, vous répondrez peut-être « oui, mais... », parce que vous avez des préoccupations — le capitalisme sauvage, les guerres, le réchauffement global et la pauvreté — que vous voulez lui transmettre. Si c'est un *psychologue* qui vous interroge, vous lui direz sans doute que vous avez un travail intéressant, de bonnes relations sociales et intimes, que vous réalisez des tâches passionnantes et que, même si vous avez quelques soucis au cours de certaines nuits, vous vous « sentez plutôt bien la plupart du temps ». Si vous êtes *philosophe* et que vous écrivez un livre sur le bonheur, vous aurez à vous demander « Qu'est-ce que le bonheur? » et surtout « Que faut-il pour être heureux? ». Répondre à des questions comme celles-là, voilà ce à quoi nous invite Mark Vernon du Birkbeck College de Londres dans son livre intitulé *Well being*.

La démarche à laquelle il nous convie constitue un défi stimulant et nous incite à une réflexion profonde sur le bonheur. Cette démarche est pleine d'embûches, mais nous ne sommes pas laissés à nous-mêmes. En effet, les philosophes peuvent profiter de la richesse d'une longue tradition pour réfléchir au bonheur. S'inspirant d'Aristote (4^e s. av. J.-C.), des penseurs du Moyen Âge et du siècle des Lumières (18^e s.), sans oublier la tradition bouddhiste, les philosophes contemporains peuvent susciter une réflexion salutaire chez tous, psychologues (théoriciens et cliniciens) compris.

Selon Vernon, cette réflexion est importante et difficile puisqu'elle ne consiste pas tellement à définir le bonheur ou à préciser ce que nous

croions à son égard, mais plutôt à nous demander « si nous le vivons ». La démarche devient donc une quête de sens, une ouverture vers ce qu'on pourrait appeler la « transcendance ». Dans cette quête, il nous faut même confesser (non pas dans le sens de s'accuser, mais de déclarer ou de témoigner) ce que nous aimons parce que « nous devenons ce que nous aimons » (p. 14), comme le déclarait Platon.

À la première étape de sa démarche, Vernon reconnaît que le bonheur ne réside pas seulement dans le plaisir ou les émotions positives, mais que même les frustrations et la souffrance peuvent y contribuer (chapitre 1). L'auteur entreprend ensuite la quête de sens (chapitre 2) qui est un élément essentiel du bonheur et une caractéristique fondamentale de la nature humaine. Puisque Vernon se désigne comme un « agnostique ouvert à la transcendance et la possibilité de Dieu » (p. 59), il poursuit sa démarche par une recherche de la transcendance (chapitres 3 et 4). Selon lui, cette transcendance qui « colore toute la vie » (p. 69) peut être découverte par la raison, par l'expérience subjective, par des expériences religieuses ou par l'altruisme et la compassion qui est une « clé du bien-être » (p. 73). Vernon plaide donc pour l'existence d'une troisième dimension (la verticale) même s'il reconnaît que d'autres penseurs, comme le philosophe Bertrand Russell, ne l'admettent pas. Enfin, il en arrive (chapitre 5) à ce qu'il appelle la question fondamentale « Qu'est-ce que vous aimez? » en s'inspirant de la déclaration de la philosophe britannique Iris Murdoch : « La qualité de notre compréhension dépend de la qualité de nos attachements » (cité par Vernon, p. 12). Et Vernon de continuer en disant que c'est par l'amour que nous serons éveillés à sentir l'affinité entre le sens religieux (au sens large), le sentiment moral et une vie bien vécue.

RÉFLEXIONS PERSONNELLES

Ce petit livre m'a vivement intéressé. Un grand nombre de conceptions philosophiques du bonheur nous sont proposées et critiquées au besoin. L'auteur connaît également la psychologie du bonheur et cite plusieurs des ses principaux représentants. À nous qui sommes férus de résultats empiriques, il rappelle qu'en matière de sens de la vie, de valeurs et de transcendance (avec ou sans Dieu), il faut élargir nos perspectives puisque la science ne répond pas à ces questions fondamentales. Son insistance sur la transcendance n'a parfois agacé, mais je dois admettre que l'auteur reconnaît d'autres points de vue et admet qu'il restera toujours un fond d'incertitude en la matière.

En terminant, laissons la parole à un psychologue qui offre une belle synthèse :

Le bonheur n'est pas quelque chose que vous pouvez trouver, acquérir ou réaliser directement. Vous devez réaliser les conditions adéquates et attendre. Certaines de ces conditions sont à l'intérieur de vous, telle la

Recensions

cohérence entre les divers aspects et niveaux de votre personnalité. D'autres conditions exigent des relations aux choses en dehors de vous. De même que les plantes ont besoin de soleil, d'eau et d'un bon terreau pour grandir, de même les gens ont besoin d'amour, de travail et d'une connexion avec quelque chose de plus grand. Il vaut la peine de chercher les relations adéquates entre vous et les autres, entre vous et votre travail et entre vous et quelque chose de plus grand que vous. Si vous trouvez les bonnes relations, vous trouverez un sens à la vie.

(Haid, 2006, cité par Vernon, p. 93).

Vernon recommande spécialement certaines lectures; en voici quelques-unes.

En philosophie

Al-Ghazali (1058-1111). *L'alchimiste du bonheur*. Document en ligne le 24 novembre 2008 : < <http://fr.wikipedia.org/wiki/Al-Ghazali>>.

Aristote (4^e s. av. J.-C.) : *Éthique à Nicomaque*. Paris : Vrin, 1983.

Taylor, C. (2007). *A secular age*. Boston : University of Harvard Press.

Sur la « crise du bonheur »

Hick, J. (2006). *The new frontier of religion and science*. Hamshire (England) : Palgrave Macmilland LTD.

James, O. (2008). *The selfish capitalism*. England : Vermilion.

Warren, J. (2007). *Head trip : Adventures on the wheel of consciousness*. New York : Random House

En psychologie

Ben-Shahar, T. (2007). *Happier*. New York : McGraw-Hill

Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre. Psychologie du bonheur*. Paris : Robert Laffont.

Haid, J. (2006). *The happiness hypothesis*. New York : Basic Books.

Layard, R. (2005). *Happiness. lessons from a new science*. New York : Penguin.

Seligman, M. E. P. (2004) *Le bonheur authentique*. Varennes, Québec : AdA.

En histoire

McMahon, D. M. (2006). *Happiness : A history*. New York : Atlantic Monthly Press.

Léandre Bouffard

Université de Sherbrooke

PROCHAINS NUMÉROS À PARAÎTRE

- L'adolescence
- La poursuite des buts personnels
- Art thérapie
- L'attention
- Le sommeil
- La troisième génération de thérapie cognitive et comportementale

**Vous désirez soumettre un article,
visitez le site de notre *Revue*
www.rqpsy.qc.ca**

DERNIERS NUMÉROS PARUS

En 2008

- À propos de la schizophrénie, 29(1)
- L'utilisation des méthodes projectives, 29(2)

En 2007

- Le plus grand bonheur pour le plus grand nombre, 28(1)
- La cyberpsychologie, 28(2)
- La parentalité, 28(3)

En 2006

- La garde partagée en question, 27(1)
- Offres et demandes de services psychologiques en CLSC, 27(2)
- Mémoire et intervention, 27(3)

En 2005

- La psychologie positive, 26(1)
- La souffrance, 26(2)
- Les troubles envahissants du développement, 26(3)

En 2004

- L'humour, 25(1)
- Défis posés par les pathologies, 25(2)
- La formation en psychologie, 25(3)

**Pour les numéros plus anciens,
visitez le site de notre *Revue*
www.rqpsy.qc.ca**

