

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE D'APPROCHE FÉMINISTE
AUPRÈS DE FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE DANS TROIS
CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE
SEXUEL (CALACS)

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
MANON BERGERON

MARS 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

Remerciements

Au terme de ce long processus, je tiens à remercier plusieurs personnes qui ont permis la naissance, la poursuite et la conclusion de ce projet de maîtrise.

Dans un premier temps, je voudrais remercier ma directrice de maîtrise, Madame Martine Hébert, qui a consenti à me guider dans le monde de la recherche. Dès le début, elle savait l'ampleur de la tâche qui m'attendait : elle a bien su garder cette information pour elle! Ses encouragements, ses appréciations, son optimisme, ses enseignements et sa disponibilité m'ont permis de franchir chacune des étapes avec succès.

Également, j'exprime ma gratitude à toutes les femmes qui ont accepté de participer à l'étude alors qu'elles cheminaient à travers un processus ardu, intense et émotif. Dans le même sens, je tiens à remercier les intervenantes des trois CALACS collaborateurs à l'étude, soit le CALACS La Chrysalide de Terrebonne, le CALACS Laurentides de St-Jérôme et le CALACS Coup-de-Cœur de Joliette. Il demeure toujours délicat de solliciter des femmes en souffrance pour participer à une étude, mais elles ont grandement contribué à instaurer un climat de confiance entre les participantes et moi.

Sur une note plus personnelle, je tiens à remercier ma famille et mes ami(e)s pour leurs continuels encouragements tout au long de ce projet. Notamment, Annie qui refusait obstinément de croire aux doutes que j'exprimais dans mes moments d'inquiétudes et de remises en question, ma sœur Anne pour sa sincère sympathie et sa profonde compréhension puis ma mère qui demeure une source de détermination.

La soutien financier a grandement facilité la réalisation du projet qui a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie régionale de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation et par le biais d'une subvention de démarrage du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	v
RÉSUMÉ.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	2
1.1 Définition de l'agression sexuelle.....	2
1.2 Prévalence.....	3
1.3 Séquelles des agressions sexuelles chez les femmes victimes.	4
1.4 Études évaluatives.....	7
1.5 L'intervention féministe des CALACS.....	12
1.6 Pertinence d'une évaluation de l'intervention.....	14
CHAPITRE II QUESTION ÉVALUATIVE, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	16
2.1 Question évaluative et objectifs.....	16
2.2 Hypothèses de l'évaluation.....	17
CHAPITRE III MODÈLE THÉORIQUE D'ÉVALUATION.....	18
CHAPITRE IV MÉTHODOLOGIE.....	20
4.1 Participantes	21
4.2 Procédure.....	22
4.3 Considérations déontologiques.....	23
CHAPITRE V PREMIER ARTICLE PROFIL DES FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE CONSULTANT DES CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRSSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS) Bergeron, Manon et Hébert, Martine	24

CHAPITRE VI	
DEUXIÈME ARTICLE	
ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE D'APPROCHE FÉMINISTE AUPRÈS DE FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE	
Bergeron, Manon et Hébert, Martine	55
CHAPITRE VII	
DISCUSSION.....	82
CONCLUSION.....	89
ANNEXE 1	
TABLEAU DES THÈMES DES GROUPES AU CALACS ET DES VARIABLES DÉPENDANTES DE LA PRÉSENTE ÉTUDE.....	92
ANNEXE 2	
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR GROUPE EXPÉRIMENTAL.....	93
ANNEXE 3	
COPIE DU CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR L'UQAM.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	99

LISTE DES TABLEAUX**ARTICLE 1****Tableau**

1	Caractéristiques de l'AS qui motive la demande et du total des AS dévoilées.....	51
2	Fréquence et pourcentage de la violence familiale et conjugale.....	52
3	Fréquence des personnes au courant de la démarche au CALACS et de l'AS et moyenne du soutien perçu.....	53

ARTICLE 2**Tableau**

1	Caractéristiques socio-démographiques et contexte des agressions sexuelles.....	79
2	Moyennes et écart-types pour les trois temps de mesures et résultats des t-tests.....	80
3	Résultats des analyses de régression hiérarchique.....	81

RÉSUMÉ

Le présent projet de maîtrise vise deux principaux buts : explorer certaines caractéristiques de femmes sollicitant des services d'aide dans des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) et évaluer une intervention de groupe d'approche féministe pour les femmes ayant subi une agression sexuelle afin de mesurer les changements associés à la participation au groupe. Pour guider cette démarche, le modèle d'évaluation de Hammond (1973 dans Nadeau, 1988) a été retenu pour sa cohérence avec les objectifs ciblés. Le modèle tri-dimensionnel de Hammond vise particulièrement l'évaluation des effets d'un programme en considérant l'interaction entre les dimensions suivantes : l'institution, l'enseignement et le comportement. Le présent mémoire est présenté par le biais de deux articles scientifiques. Le premier article décrit le profil des femmes sollicitant des services aux CALACS et se base sur un échantillon de 64 femmes. Les résultats montrent qu'une forte majorité des femmes ont subi plusieurs agressions sexuelles au cours de leur vie et que le soutien perçu de la part de l'entourage est supérieur à celui provenant de la famille lors du dévoilement et face à la démarche au CALACS. De plus, la majorité des participantes vivent aussi des situations de violence conjugale avec le conjoint actuel et ont été témoin et/ou victime de violence familiale dans l'enfance. Le deuxième article expose les effets de l'intervention en lien avec les variables de la détresse psychologique, des sentiments dépressifs, du stress post-traumatique, des sentiments de culpabilité et de l'impuissance.. L'étude présente un devis prétest/post-test incluant une relance à trois mois auprès d'un échantillon de 26 femmes participant à une intervention de groupe. Les résultats démontrent des changements significatifs entre le prétest et le post-test effectué dans la semaine suivant la fin de l'intervention et les gains se maintiennent lors de la relance fixée trois mois plus tard. Ces résultats suggèrent que l'intervention de groupe offert dans les CALACS permet de réduire la détresse psychologique, les sentiments dépressifs, les symptômes de stress post-traumatique ainsi que les sentiments de culpabilité et d'impuissance chez les femmes adultes ayant vécu une agression sexuelle. Les limites de l'étude sont discutées ainsi que des propositions pour les recherches futures sont identifiées dans chacun des articles.

INTRODUCTION

L'agression sexuelle est aujourd'hui reconnue comme un problème social grave qui doit interpeller les intervenantEs de tous les milieux afin de mieux le comprendre pour intervenir adéquatement et lutter efficacement. Tant les instances gouvernementales que le milieu judiciaire, que le milieu social et celui de la recherche doivent concerter leurs actions dans ce sens. La recherche au Québec s'avère donc essentielle afin d'accroître une meilleure connaissance et une compréhension plus large de la problématique des agressions sexuelles.

L'alliance entre le milieu de la recherche et les ressources d'aides devient incontournable pour évaluer les pratiques d'intervention et pour accroître l'acquisition d'une meilleure connaissance des caractéristiques des personnes victimes d'agression sexuelle. Outre la prévalence et l'incidence des crimes sexuels, peu d'informations sont disponibles concernant les besoins et le profil des femmes victimes d'agression sexuelle sollicitant des services d'aides au Québec. Le peu de données disponibles proviennent majoritairement d'échantillons de personnes ayant dévoilé ou porté plainte aux autorités policières, dont les rapports du ministère de la Sécurité publique (Gouvernement du Québec, 2005; Gouvernement du Québec, 2004), alors que les crimes sexuels comptent parmi les moins signalés à la police.

Le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) La Chrysalide a reçu une subvention de la Direction de la Santé publique de Lanaudière pour réaliser une évaluation des interventions de groupe, en collaboration avec Martine Hébert, professeure au département de sexologie à l'UQAM. Outre le CALACS La Chrysalide, celui de Joliette et de St-Jérôme ont accepté de collaborer à l'étude. Le présent projet de maîtrise s'inscrit à l'intérieur cette étude évaluative.

Ainsi, le présent projet d'étude s'intéresse à l'évaluation d'une intervention de groupe auprès des femmes ayant vécu une agression sexuelle dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte et qui participent à un groupe offert par un Centre d'aide et de lutte contre

les agressions à caractère sexuel (CALACS). La démarche évaluative vise à explorer certaines caractéristiques des femmes sollicitant des services d'aide dans des CALACS et à documenter les effets à court et moyen terme de cette intervention. La démarche permettra de répondre à cette question : dans quelle mesure l'intervention de groupe permet aux participantes de réduire les difficultés reliées à l'agression sexuelle?

Le présent mémoire se divise en sept chapitres. Le premier expose un état des connaissances sur la définition de l'AS, la prévalence, les séquelles chez les femmes puis il présente une recension des études évaluatives antérieures, aborde l'intervention féministe dans les CALACS et se termine en justifiant la pertinence d'une évaluation de l'intervention des pratiques québécoise en matière d'AS. Ensuite, le second chapitre soumet la question évaluative, les objectifs et les hypothèses du présent projet. Quant au troisième chapitre, il présente le modèle théorique d'évaluation retenu qui a permis de guider la démarche actuelle. Au quatrième chapitre se trouve la méthodologie privilégiée à travers la présente étude évaluative. Ce mémoire est présenté sous la forme de deux articles scientifiques. Le premier article porte sur le profil des femmes victimes d'agression sexuelle consultant des CALACS et il est actuellement en révision pour la *Revue québécoise de psychologie*. Quant au second, il présente l'évaluation d'une intervention de groupe d'approche féministe auprès de femmes victimes d'agression sexuelle et a été soumis pour publication à la revue *Child Abuse & Neglect*. Par conséquent, le cinquième et le sixième chapitres présentent respectivement le premier et le second article. Finalement, le dernier chapitre propose une discussion sur les principaux aspects de cette évaluation de l'intervention de groupe des CALACS.

CHAPITRE I

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette section présentera la définition de l'agression sexuelle, la prévalence et les séquelles de l'agression sexuelle chez les victimes. Ensuite, nous présenterons une recension des écrits portant sur les études évaluatives et une description de l'intervention féministe des CALACS. Également, la pertinence d'une évaluation de l'intervention de groupe sera démontrée.

1.1 Définition de l'agression sexuelle (AS¹)

Mentionnons que plusieurs définitions de l'AS existent et se distinguent selon l'approche théorique, selon la philosophie d'intervention et selon les critères retenus. Toutefois, l'ensemble des intervenant(e)s, des établissements, des organismes et des ministères ont élaboré un document dans lequel un consensus québécois fut dégagé quant à la définition de l'AS. En effet, les Orientations gouvernementales en matière d'AS du Gouvernement du Québec (2001) définissent explicitement ce qu'est une AS :

Une agression sexuelle est 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)

¹ Dans le but d'alléger le texte, l'abréviation AS sera utilisée pour «agression sexuelle».

1.2 Prévalence

L'agression sexuelle est aujourd'hui reconnue comme un problème social important qui touche surtout les femmes, les adolescentes et les enfants (Gouvernement du Québec, 2001; Regroupement québécois des CALACS, 1998). Le récent rapport portant sur les AS signalées au corps policiers pour l'année 2003 du ministère de la Sécurité publique (Gouvernement du Québec, 2005) indique que 83% des victimes étaient de sexe féminin (mineures et adultes), 15% étaient des garçons mineurs et 2% étaient des hommes adultes. Toujours selon ce rapport, les filles de moins de 18 ans sont 4 fois plus nombreuses que les garçons du même âge à être victimes d'infractions sexuelles, près de 8 fois plus que les femmes adultes et plus de 90 fois plus que les hommes adultes. Bien que les nombreuses agressions sexuelles non dévoilées et les différentes définitions utilisées rendent difficile de cerner avec exactitude l'ampleur de cette problématique (Haugaard, 2000), certaines données permettent d'estimer la prévalence des agressions sexuelles.

Aux États-Unis, Putnam (2003) rapporte que les taux de prévalence provenant de la population générale varient entre 12% à 35% pour les femmes et entre 4% à 9% pour les hommes. Tourigny et Lavergne (1995) rapportent que la majorité des études indiquent que les taux de prévalence de femmes victimes d'AS depuis l'adolescence se situent entre 35% à 50%. Selon l'enquête nationale de Statistiques Canada (1993) sur la violence envers les femmes, 34% des Québécoises âgées de 18 ans et plus ont été victimes d'au moins une AS depuis l'âge de 16 ans et 3% des femmes du Québec ont été victimes d'AS au cours des douze mois précédent l'enquête. Une étude récente, composée d'un échantillon représentatif de 822 adultes de la province du Québec, révèle que 6% des femmes et 3% des hommes rapportent avoir subi un viol dans l'enfance et que 17% des femmes et 9% des hommes rapportent avoir subi d'autres formes d'agression à caractère sexuel (Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, soumis). En outre, il importe de ne pas passer sous silence le fait que les femmes davantage discriminées, comme les femmes handicapées et les femmes autochtones présentent des taux de victimisation sexuelle très élevés et subissent encore plus de violence sexuelle que l'ensemble des femmes (Regroupement québécois des CALACS, 2000).

En 2003, les statistiques sur la criminalité de la Sécurité publique enregistraient 5 244 victimes d'infractions sexuelles au Québec (Gouvernement du Québec, 2005). En comparant les estimations des différentes études aux statistiques officielles de la police, il apparaît clairement que ces dernières sont largement inférieures. Comme exemple, en appliquant le taux d'incidence de 3% avancé par l'Enquête nationale de Statistiques Canada (1993) à la population féminine de 2001, il est possible d'estimer qu'environ 90 000 Québécoise âgées de 15 ans et plus seraient victimes d'agression sexuelle chaque année. Somme toute, l'AS n'est pas un phénomène rare et isolé mais bien une problématique sociale importante et préoccupante. Un grand nombre de femmes et d'enfants ont subi des AS et doivent composer avec plusieurs séquelles à court, moyen et long terme.

1.3 Séquelles² des AS chez les femmes victimes

Le Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (2000) rappelle que la violence sexuelle atteint l'ensemble des femmes puisque les agressions sexuelles engendrent la peur et réduit le sentiment de sécurité chez ces dernières. Toutefois, la violence sexuelle entraîne évidemment des séquelles importantes pour les victimes directes. Rappelons que plusieurs études ont été menées sur les corrélats des AS et elles utilisent généralement un devis transversal. À ce jour, peu d'études ont eu recours à des devis longitudinaux permettant d'évaluer les conséquences des AS.

L'agression sexuelle porte atteinte à l'intégrité, l'intimité et la sécurité d'une personne. Suite à une AS, la peur, la honte, l'humiliation, l'angoisse et la colère sont les sentiments les plus fréquemment évoqués par les femmes qui doivent apprendre à composer avec les conséquences du crime (Regroupement québécois des CALACS, 1997). Resnick, Acierno, Holmes, Dammayer et Kilpatrick (2000) ont produit une recension des écrits portant sur les blessures physiques et psychologiques des femmes victimes de violence, notamment

² Nous devons souligner qu'il est difficile d'affirmer que les symptômes sont des conséquences directes et exclusives des AS car certaines peuvent être reliées à d'autres événements. Cependant, nous avons choisi d'utiliser les termes « conséquence », « séquelle » et « impact » dans ce travail, mais en gardant en mémoire cette nuance.

la violence sexuelle. Entre autre, cette recension met en évidence les multiples répercussions des agressions sexuelles sur la santé mentale des femmes victimes : symptômes de stress post-traumatique, pensées suicidaires, dépression, troubles anxieux, troubles de panique, etc. Dans le même ordre d'idées, la recension d'écrits de Damant, Damasse, Chamberland, Hébert, Lavoie, Dorais, Perrault et Rinfret-Raynor (2001) dresse un inventaire des études qui documentent les conséquences possibles d'une AS, à court et à long terme :

...Parmi celles-ci, mentionnons la détresse psychologique (peur, anxiété, stress post-traumatique, dépressions et idéations/tentatives suicidaires), les distorsions cognitives et le concept de soi (faible estime de soi, sentiment de culpabilité...), les problèmes d'adaptation dans différents domaines de la vie (économique, interpersonnel, intimité, professionnel, loisirs...), le fonctionnement sexuel perturbé et autres problèmes psychosociaux ou de santé mentale (problèmes obsessionnels, fatigue, abus d'alcool ou de drogue). (p.3)

Par surcroît, les données empiriques suggèrent que la victimisation est liée à des problèmes de santé physique et à une fréquence accrue d'utilisation des services de santé. Par exemple, les femmes ayant subi une agression physique ou sexuelle consultent deux fois plus les professionnels de la santé que les femmes non victimisées (Koss, Woodruff et Koss, 1991). Également, Falsetti et ses collègues ont réalisé une large étude épidémiologique (Falsetti et al., 1998; Falsetti, 2002) qui démontre que les adultes qui ont été exposés à des situations de risque pendant l'enfance (incluant l'AS) sont plus susceptibles d'avoir certains problèmes de santé tels que l'abus de drogue/alcool, l'usage du tabac, l'inactivité physique, l'obésité et la grossesse non planifiée.

La recension des écrits de Classen, Palesh et Aggarwal (2005), portant spécifiquement sur la revictimisation sexuelle, révèle que deux individus sur trois dévoilant une AS rapportent également avoir été sexuellement revictimisés au cours de leur vie. Aussi, les femmes ayant été violentées physiquement dans l'enfance ont deux à trois fois plus de risque d'être sexuellement revictimisées après l'âge de 16 ans. L'analyse des facteurs de risque indique que le taux de revictimisation sexuelle double lorsqu'il y a eu AS dans l'enfance alors que la présence d'AS et de violence physique dans l'enfance augmente davantage le risque que la présence seule d'une AS dans l'enfance. Classen et al. (2005)

rapportent de plus que la revictimisation sexuelle est associée à un niveau plus élevé de détresse, de honte, de culpabilité, d'impuissance, de dépression, de symptômes de stress post-traumatique (SPT). Bien que les données empiriques aient permis de documenter les symptômes associés à l'AS, les informations disponibles concernant la présence de violence concomitante et de revictimisation sexuelle demeurent limitées, particulièrement en ce qui concerne la population québécoise.

Afin de réduire l'ampleur des conséquences reliées aux AS, plusieurs organismes ont élaboré des programmes d'intervention pour les femmes ayant dévoilé une AS. Bien que plusieurs auteurs aient proposé des modalités d'intervention individuelle, le format d'intervention le plus fréquemment évalué dans les écrits scientifiques demeure celui du groupe (Hébert, Robichaud, Tremblay, Saint-Denis, Damant, Lavoie, Perreaut, Dorais et Rinfret-Raynor, 2002). Une recension récente portant sur l'intervention de groupe pour les femmes agressées sexuellement dans l'enfance conclut à l'efficacité de ce type d'intervention quant à la réduction des conséquences, à l'amélioration du fonctionnement de la personne et au rôle préventif des interventions dans l'apparition de problèmes de santé mentale et physique chez cette clientèle (Higgins Kessler, Mindi, White et, Nelson, 2003). Force est de constater par contre que peu d'interventions ont été soumises à une évaluation systématique (Westbury et Tutty, 1999).

1.4 Les études évaluatives

Les études portant sur l'évaluation de l'intervention auprès des femmes agressées sexuellement se distinguent d'abord entre l'intervention individuelle et l'intervention de groupe. Trois études ont comparé ces deux types d'intervention. D'abord, Stalker et Fry (1999) ont comparé l'efficacité entre ces deux types d'intervention dans une étude qui comprenait un échantillon de 65 femmes réparties aléatoirement. Dans les deux groupes, l'intervention était basée sur l'approche féministe. Les analyses démontrent que les deux types d'intervention sont aussi efficaces l'un de l'autre pour réduire les symptômes de stress post-traumatique et ceux de la détresse générale. De leur côté, Echeburua et al. (1997) ont testé l'efficacité de leur intervention individuelle d'approche cognitivo-comportementale (n=10) en la comparant avec une intervention de groupe centrée sur la relaxation (n=10). Les auteurs rapportent une amélioration pour le stress post-traumatique, pour la peur, pour la dépression et les difficultés de fonctionnement mais un résultat non significatif pour l'anxiété. Finalement, Nishith, Resick et Griffin (2002) ont examiné principalement les symptômes du stress post-traumatique chez les femmes agressées sexuellement à l'âge adulte en comparant 54 femmes bénéficiant d'un traitement « Prolonged Exposure » et 54 femmes bénéficiant de « Cognitive-Processing Therapy ». Le groupe témoin se composait de 40 femmes de l'échantillon durant la période d'attente de six semaines. Les mesures ont été prises au prétest, au post-test et trois fois durant l'intervention, mais il y a absence de relance. Les données recueillies indiquent que les symptômes du stress post-traumatique diminuent significativement pour les deux groupes expérimentaux : le score a diminué, passant de modéré-sévère à léger au post-test. Notons toutefois que le SPT total subit une légère détérioration au début du traitement, d'où l'importance d'éduquer les femmes sur cet effet possible mais temporaire.

Comme l'objet de notre évaluation cible l'intervention de groupe, les prochaines pages porteront sur une recension de neuf études ayant évalué des interventions de groupe pour les femmes victimes d'agression sexuelle : Cloitre et Koenen (2001), Damant (1995), Gorey, Ritchers et Snider (2001), Morgan et Cummings (1999), Ritchers, Snider et Gorey

(1997), Saxe et Johnson (1999), Talbot, Duberstein, Butzel, Cox et Giles (1999), Westbury et Tutty (1999), Zlotnick, Shea, Rosen, Simpson, Mulrenin, Begin et Pearlstein (1997).

La majorité de ces études évaluent l'efficacité d'une intervention de groupe auprès de femmes qui participent à la démarche, en les comparant à un groupe témoin de femmes en attente de service. La plupart des interventions de groupe durent entre 2 heures à 2,5 heures par rencontre, pour un total de rencontres variant entre 10 à 20 semaines. Les échantillons des études se composent très majoritairement de femmes ayant subi une AS dans l'enfance. Les trois modèles théoriques d'intervention les plus fréquemment utilisés dans ces études sont l'approche cognitivo-comportementale, la théorie de la régulation et de la gestion des émotions ainsi que l'intervention féministe.

D'abord, Ritchers, Snider et Gorey (1997) ont comparé un groupe témoin de 80 femmes en attente de recevoir des services à un groupe expérimental de 78 femmes participant à une intervention de groupe centrée sur la résolution de problèmes offerte aux femmes ayant subi une AS dans l'enfance. Les résultats démontrent que l'intervention diminue significativement les symptômes de dépression et augmente l'estime de soi chez les femmes participant à l'intervention de groupe. Ces résultats sont maintenus à la relance effectuée six mois plus tard. Avec le même échantillon, Gorey, Ritchers et Snider (2001) ont mené des analyses secondaires et les résultats suggèrent que l'intervention est liée à une amélioration significative pour le sentiment de culpabilité, de l'isolement et du sentiment d'espoir chez les femmes. Les acquis se maintiennent dans le temps. La comparaison des résultats entre les deux études permet de constater que les gains sont plus importants pour le sentiment de culpabilité, de l'isolement et du sentiment d'espoir que pour les sentiments de dépression et de l'estime de soi. Bien que les résultats attestent de changements bénéfiques auprès des participantes, les auteurs n'ont pas considéré l'effet possible de la participation à un traitement individuel de façon parallèle sur les changements observés, ce qui constitue une limite à cette étude.

Pour leur part, Zlotnick, Shea, Rosen, Simpson, Mulrenin, Begin et Pearlstein (1997) ont évalué leur intervention de groupe basée sur la théorie de la régulation des émotions avec

un échantillon de 17 femmes agressées sexuellement dans l'enfance et de 16 femmes en attente du groupe. Les analyses permettent de conclure que l'intervention semble efficace pour modifier les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation. Toutefois, le petit nombre de participantes limite la portée des résultats et l'absence de relance ne permet pas de vérifier si les acquis se maintiennent dans le temps.

Dans une des rares études visant à comparer des approches d'interventions, Talbot, Houghtalen, Duberstein, Cox, Giles et Wynne (1999) ont contrasté un groupe de 48 femmes participant à un groupe de thérapie « Women Safety in Recovery Group (WSRG) » et un groupe de 38 femmes participant à l'intervention centrée sur la résolution de la crise et la réduction des symptômes. Les variables retenues se composaient des neuf symptômes liés à la détresse générale. Au post-test, les résultats indiquent que le groupe WSRG obtient des cotes significativement moins élevées à l'échelle de détresse générale ainsi qu'aux sous-échelles de sensibilité interpersonnelle, d'anxiété, d'hostilité, de phobie et de paranoïa. Cependant, aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes pour les sous-échelles de somatisation, psychose, obsession-compulsion et dépression. Bien que les résultats suggèrent des gains significatifs chez les participantes, les données indiquent un taux élevé d'abandon entre le prétest et la relance, soit 69%.

Certains auteurs ont tenté d'explorer des variables modératrices liées à l'efficacité des interventions de groupe auprès des femmes AS. Cloitre et Koenen (2001) ont évalué l'impact du trouble de la personnalité limite (borderline) chez des femmes participant à une intervention de groupe basée sur l'approche psycho-dynamique. Pour ce faire, les auteurs comparent les effets de l'intervention auprès de trois groupes : soit un groupe de 18 participantes ne présentant pas de personnalité limite, un groupe de 16 participantes où au moins une femme présentait une personnalité limite et un groupe témoin de 15 femmes avec ou sans personnalité limite. Entre le prétest et le post-test, les résultats indiquent des gains significatifs uniquement pour le groupe sans personnalité limite quant aux variables de SPT, de détresse, d'anxiété, d'affirmation de soi et alors que les résultats sont marginalement significatifs en ce qui concerne les sentiments de dépression et les comportements de contrôle dans les relations interpersonnelles. Par conséquent, les auteurs concluent que l'efficacité de

l'intervention peut donc être influencée par la présence ou non de femmes présentant une personnalité limite borderline dans le groupe. Par contre, les auteurs n'ont pas évalué le maintien des gains par le biais d'une relance.

La recension des écrits a aussi permis d'identifier trois études canadiennes et une étude québécoise portant sur l'évaluation de l'efficacité d'une intervention de groupe pour les femmes AS. D'abord, Saxe et Johnson (1999) ont mené une étude dans le but de déterminer l'efficacité d'un groupe basé sur l'approche de l'intégration du trauma en retenant comme variables les symptômes intrapersonnels (dépression et intrusion) et les difficultés interpersonnelles (perception du soutien social). Le groupe expérimental se composait de 32 femmes survivantes d'inceste et le groupe témoin de 31 femmes en attente de service. Les résultats témoignent d'une diminution significative pour les symptômes de dépression et d'intrusion chez les participantes bénéficiant de l'intervention. Cette diminution se maintient six mois plus tard. En ce qui concerne le soutien social, seule la perception du soutien des amis augmente significativement mais ce résultat ne se maintient pas à la relance. Alors que la participation à un traitement parallèle individuel (minimum 20 séances avant le groupe plus toute la durée du groupe) était un critère requis de participation à l'étude, son effet potentiel sur les résultats obtenus ne semble pas être exploré dans l'étude.

Westbury et Tutty (1999) ont évalué les effets d'une intervention de groupe d'approche féministe auprès de 22 femmes agressées sexuellement dans l'enfance, en les comparant avec 10 femmes en attente du groupe mais participant à un traitement individuel. Les symptômes de dépression, de faible estime de soi et d'anxiété sont les variables retenues pour cette étude. Les résultats démontrent que l'intervention de groupe apporte des changements significatifs pour les symptômes de dépression, marginalement significatifs pour l'estime de soi et non significatifs pour les symptômes d'anxiété. Le petit nombre de participantes et la présence d'une thérapie concomitante sont deux hypothèses émises par les auteurs pour expliquer les résultats. Morgan et Cummings (1999) ont aussi évalué l'efficacité d'une intervention de groupe d'approche féministe tout en considérant l'influence possible de variables modératrices reliées à l'agression sexuelle (nombre d'agresseurs, agresseur étant une figure paternelle, la nature et la durée) et la participation à une thérapie individuelle

concomitante. Comparativement au groupe témoin ($n = 40$), le groupe expérimental ($n = 40$) présente des changements significatifs pour les scores de dépression, d'ajustement social, de culpabilité et de SPT mais pas au niveau des sentiments de colère. L'étude révèle de plus que les résultats sont maintenus à la relance effectuée trois mois après la fin de l'intervention de groupe. L'étude révèle de plus que les caractéristiques des AS et la participation à une thérapie individuelle de façon concomitante ne sont pas liées aux effets de l'intervention.

Au Québec, Damant (1995) a évalué les effets de deux programmes d'intervention de groupe auprès des femmes ayant subi une AS dans l'enfance, soit l'intervention d'approche féministe ($n = 21$) comparée à l'intervention de type Giaretto ($n = 18$). Dans le modèle de Giaretto, l'intervention intègre les approches humaniste et systémique. Les quatre variables évaluées chez les participantes sont l'estime de soi, l'attribution de la responsabilité, les sentiments dépressifs et l'ajustement social. Les principaux résultats indiquent que les deux programmes produisent des effets significatifs sur l'estime de soi mais que seule l'intervention féministe produit également des changements significatifs sur les sentiments de dépression. L'absence de groupe témoin, le taux élevé de mortalité expérimentale (51 à 39 femmes à la fin de l'étude) et l'absence de relance constituent des limites à cette étude qui demeure néanmoins une référence importante au Québec.

À la lumière de cette synthèse, il est possible de constater certaines limites identifiées dans ces études. D'abord, quatre études (Damant, 1995; Westbury et Tutty, 1999; Zlotnick et al., 1997; Cloitre et Koenen, 2001) n'incluent pas de relance pour vérifier le maintien des acquis chez les femmes ayant participé à une intervention de groupe. Ensuite, bien que les échantillons soient composés de femmes participant à des groupes distincts d'intervention, peu d'études rapportent avoir vérifié la conformité de l'intervention dispensée en regard du programme prévu. De plus, aucune étude ne mentionne l'assiduité des participantes aux rencontres, ce qui peut potentiellement influencer les résultats obtenus. À travers une démarche évaluative, des indicateurs d'opération ou de processus sont pourtant pertinents puisqu'ils permettent notamment de vérifier dans quelle mesure l'intervention se déroule conformément au programme prévu et quel est le taux de participation. Par ailleurs, la participation à un traitement individuel parallèle en même temps que le groupe constitue un

critère requis pour la participation à la majorité des études. Mais lorsque cela n'est pas le cas (Talbot et al., 1999; Morgan et Cumming, 1999; Cloitre et Koenen, 2001), les auteurs ne précisent pas si la présence ou non d'un traitement individuel chez les participantes a été considérée lors des analyses des effets de l'intervention.

1.5 L'intervention féministe des CALACS

Au Québec, il existe différentes ressources pour venir en aide aux victimes d'agression sexuelle. Pour les femmes et les adolescentes³, les CALACS représentent une ressource féministe et communautaire importante au Québec. En fait, les CALACS existent depuis plus de 25 ans et les centres ont développé une expertise dans l'intervention auprès des femmes et adolescentes victimes d'AS. On dénombre près de trente CALACS à travers la province. Globalement, la mission des CALACS se divise en trois volets : le volet de la prévention/sensibilisation, le volet de la défense de droits des femmes victimes d'agressions sexuelles (accompagnement, représentation...) et le volet de l'aide directe (intervention individuelle ou de groupe).

L'objectif général de l'intervention féministe des CALACS, tant individuelle que de groupe, vise la reprise de pouvoir des femmes sur l'ensemble de leur vie et la réduction des conséquences reliées à l'AS. Au niveau des stratégies, l'intervention féministe met l'accent sur l'action et la conscientisation plutôt que sur l'introspection (Vandal, 1997). De plus, l'intervention féministe laisse aux femmes la responsabilité et la prise en charge de leur vie. Brièvement, Walker (1994) souligne que les objectifs visés lors des interventions féministes sont les suivants : la sécurité et la reprise de pouvoir, la validation des émotions, la compréhension de l'oppression, la réduction des malaises ou symptômes et l'autonomie au plan des prises de décisions. Ainsi, la femme réalise qu'elle a le pouvoir de se protéger elle-même et reprend le contrôle sur sa vie.

³ À noter que les CALACS offrent également des services d'aide (individuel et groupe) et de l'accompagnement (médical, judiciaire...) aux adolescentes, tout en animant différentes activités de prévention auprès de ces jeunes.

Précisons que les femmes font appel aux CALACS volontairement suite à une référence ou suite à la publicité. Les sources de références sont variées : centres de femmes, maisons d'hébergement en violence conjugale, psychologues, psychiatres, CLSC, corps policiers, professionnel(le)s médicaux, etc. Dans son cheminement au CALACS, la femme peut choisir de participer uniquement à une démarche individuelle, uniquement à une démarche de groupe ou à une combinaison des deux.

Par leur intervention de groupe, les CALACS souhaitent permettre aux femmes d'exprimer leurs émotions, mieux comprendre les conséquences associées aux AS pour les réduire, développer des moyens pour mieux gérer leurs émotions, identifier des outils de résolution de problèmes, élaborer des moyens pour répondre à leurs besoins et expérimenter des outils de communication efficaces.

De façon générale, les CALACS organisent un ou des groupes à l'automne et à l'hiver; chaque groupe se compose de femmes adultes désirant volontairement participer à cette démarche et ayant subi une AS dans l'enfance ou à l'âge adulte. De façon plus précise, l'intervention de groupe dans les trois CALACS collaborateurs est de type fermée, semi-structurée, thématique, d'une durée variant entre 15 à 17 semaines, à raison de trois heures par rencontre. Un groupe se compose majoritairement de six à huit femmes adultes. Chaque rencontre aborde un thème précis tel que les émotions (par exemple la colère et la culpabilité), les mythes et préjugés, l'agresseur (par exemple les caractéristiques et les stratégies utilisées), le processus de dévictimisation, les stratégies d'adaptation, les peurs, l'affirmation de soi et la sexualité. La discussion, le partage, l'expression des émotions, le dessin, le collage, l'écriture et les exercices psychocorporels sont des techniques utilisées à travers les rencontres. À titre d'exemple, les participantes sont invitées à fabriquer un collage (à partir d'images, de photos, de mots) qu'elles partagent au groupe dans l'objectif de permettre le dévoilement de leur vécu en lien avec les AS et d'identifier les conséquences. Un second exemple est celui de la lettre aux agresseurs que les femmes sont invitées à rédiger : cette lettre leur permet de confronter symboliquement l'agresseur et de lui remettre la responsabilité des gestes. Également, les intervenantes transmettent aux femmes plusieurs techniques de respiration et de relaxation pour réduire l'anxiété, les peurs, les cauchemars et

les flashs-back. De plus, les participantes reçoivent de la documentation écrite à lire entre les rencontres qui se joint généralement d'une réflexion écrite.

À l'aide des syllabus des trois CALACS participant à l'étude, une analyse de contenu de l'intervention de groupe a été menée. Bien que le nombre de rencontres varie (15 à 17 rencontres), l'exercice a permis de constater que les trois CALACS collaborateurs dans la présente étude offrent des groupes très similaires tant au niveau des objectifs⁴, des thèmes et des outils d'intervention.

L'ensemble des CALACS offre des démarches de groupe aux femmes agressées sexuellement. Même si certains centres ont réalisé des évaluations informelles basées principalement sur l'appréciation des participantes, force est de constater l'absence d'évaluation formelle. Par conséquent, une évaluation formelle de l'intervention de groupe des CALACS se révèle être un apport québécois intéressant : elles permet de mieux cerner son impact véritable sur les participantes au niveau de différentes variables.

1.6 Pertinence d'une évaluation de l'intervention de groupe

Outre la prévalence et l'incidence des crimes sexuels, peu d'informations sont disponibles concernant les besoins et le profil des femmes victimes d'AS sollicitant des services d'aides au Québec. À cet effet, les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (Gouvernement du Québec, 2001) précisent la nécessité de développer de la recherche sur la problématique des agressions sexuelles et sur l'évaluation des programmes d'intervention. Il est également recommandé d'accroître l'acquisition d'une meilleure connaissance des caractéristiques des personnes victimes d'AS. Une meilleure documentation des profils des femmes ayant vécu une AS pourrait en effet permettre de mieux cibler leurs besoins et mieux orienter les interventions les plus susceptibles de répondre spécifiquement à leurs besoins. Le peu de données disponibles proviennent majoritairement d'échantillons de personnes ayant dévoilé ou porté plainte aux autorités

⁴ Annexe 1 : Tableau-synthèse des objectifs, des thèmes ainsi que des variables qui sont reliées aux rencontres.

policières. Par exemple, le rapport du ministère de la Sécurité publique (Gouvernement du Québec, 2004) informe notamment sur les caractéristiques des AS et sur le profil des victimes. Les données compilées pour l'année 2002 informent sur les faits suivants : près de 78% des victimes connaissent l'agresseur, le lieu de l'AS se trouve être une résidence privée pour 68% des cas, l'AS est signalée à la police le même jour pour 50% des adultes mais pour 31% des victimes mineures et 30% des victimes sont physiquement blessées lors de l'AS. Rappelons toutefois que ces informations sont limitées aux AS dévoilées aux corps policiers et que les crimes sexuels sont parmi les moins signalés à la police (Trainor, 1999 dans Gouvernement du Québec, 2004).

Plusieurs auteurs ont souligné la pertinence de mener des études évaluatives sur les interventions offertes aux victimes d'AS. Le rapport de recherche de Hébert et al. (2002) dresse un inventaire descriptif des principales pratiques d'intervention québécoises en matière d'AS, tant préventives que de soutien, et documente sur les besoins de recherche en matière d'AS. Les auteurs concluent que « ...peu d'évaluations rigoureuses sont actuellement disponibles concernant l'efficacité des interventions offertes. Un des enjeux identifiés concerne la réalisation d'études évaluatives des interventions particulièrement celles offertes aux femmes adultes, ces interventions étant les moins évaluées actuellement » (p.146). L'analyse des besoins en matière de recherche sur les agressions sexuelles produite par Damant et al. (2001) permet également de conclure à la pertinence de l'évaluation des interventions individuelles et de groupe. En effet, les auteur(e)s dégagent certaines priorités, dont celle d'évaluer l'efficacité des interventions réalisées auprès des victimes d'AS.

Ainsi, la présente étude correspond à plusieurs recommandations mentionnées précédemment. En effet, elle cible l'évaluation d'une intervention québécoise offerte aux femmes victimes d'AS et elle documentera certaines caractéristiques des femmes consultant aux CALACS.

CHAPITRE II

QUESTION ÉVALUATIVE, OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

2.1 QUESTION ÉVALUATIVE ET OBJECTIFS

Deux principaux objectifs sont poursuivis dans le cadre de ce mémoire. D'abord, un premier article vise à explorer certaines caractéristiques des femmes sollicitant des services d'aide dans des CALACS. Plus spécifiquement, l'article vise à détailler les caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées, documenter la présence des expériences antérieures et concomitantes de violence, décrire le soutien de l'entourage perçu par les participantes, tracer le profil des femmes sous les variables de la détresse psychologique, la dépression et celle du stress post-traumatique.

Le second article vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe d'approche féministe offerte aux femmes AS en contexte québécois. L'étude évaluative tente de répondre aux limites méthodologiques soulevées dans la recension des écrits, en incluant une relance effectuée trois mois après la fin de l'intervention afin de vérifier le maintien des acquis à court terme. De plus, l'étude propose de vérifier l'uniformité du programme d'intervention dispensé ainsi que l'assiduité des participantes aux rencontres. Également, cet article explore certaines variables modératrices pouvant être liées aux améliorations notées chez les femmes participant à l'intervention de groupe. Les variables suivantes ont été considérées: la participation à une intervention individuelle parallèle au groupe (intervention en même temps que le groupe au CALACS ou à une autre ressource), la présence ou non de revictimisation sexuelle, le lien avec l'agresseur (intra ou extra familial), l'âge de la victime lorsque les AS ont débuté (11 ans et moins ou 12 ans et plus) et la durée des AS (AS unique ou AS répétitives).

2.2 HYPOTHÈSES DE L'ÉVALUATION

En ce qui concerne les hypothèses de recherche, elles sont au nombre de deux :

H₁ : Entre le prétest et le post-test, les scores seront inférieurs pour les échelles suivantes: SPT, détresse psychologique, dépression, culpabilité et sentiment d'impuissance.

H₂ : Les résultats se maintiendront lors de la relance trois mois pour toutes les variables retenues.

CHAPITRE III

MODÈLE THÉORIQUE D'ÉVALUATION

Cette partie permettra de bien circonscrire la présente étude à travers un cadre théorique précis portant sur la démarche d'évaluation de programme. Dans son ouvrage, Nadeau (1988) décrit et compare les différents modèles d'évaluation actuellement proposés. Afin de guider la présente démarche d'évaluation, le modèle de Hammond (1973 dans Nadeau, 1988) a été retenu puisqu'il se révèle cohérent face aux objectifs de cette étude. D'abord, le modèle de Hammond traduit une préoccupation majeure de l'évaluation des effets d'un programme par l'atteinte ou non de ses objectifs. Le succès ou l'échec du programme est en fonction des variables regroupées sous une structure tri-dimensionnelle. Ainsi, une bonne évaluation considère l'interaction entre les trois dimensions suivantes : l'institution, l'enseignement et le comportement. Chacune des dimensions regroupe plusieurs variables. D'abord, la dimension institutionnelle se compose des variables suivantes : étudiant (âge, antécédents...), professeur, administrateur, éducateur, famille (par exemple leur implication dans le programme) et les caractéristiques de la communauté. Ensuite, la dimension de l'enseignement regroupe les variables de l'organisation (temps, espace...), du contenu de l'enseignement, des méthodes d'apprentissages, des installations physiques et du coût. Quant à la dimension comportementale, elle réunit les variables cognitives (comme les connaissances et la compréhension), affectives (comme les attitudes et les appréciations) et psychomotrices (coordination neuro-musculaire).

Devant cette liste de variables, la tâche consiste à identifier celles qui peuvent potentiellement affecter le programme, soit positivement ou négativement. Par la suite, il s'agit de développer un modèle d'évaluation selon ces cinq étapes (Nadeau, 1988) :

- 1) préciser la dimension du programme à être l'objet de l'évaluation;
- 2) définir les variables pertinentes au niveau des trois dimensions;
- 3) formuler les objectifs spécifiques;
- 4) mesurer les comportements décrits dans les objectifs spécifiques;
- 5) analyser les résultats par facteur puis par l'interaction entre les facteurs.

Les objectifs de la présente évaluation incluent les trois dimensions qui composent le modèle de Hammond. D'abord, l'objectif de l'étude consiste à vérifier si l'intervention de groupe permet une amélioration des variables choisies, soit le stress post-traumatique, la détresse psychologique, la dépression, la culpabilité et le sentiment d'impuissance. Ainsi, cet objectif s'inscrit au niveau de la dimension comportementale du modèle de Hammond. En second, l'étude prend en compte les variables reliées à l'individu (données socio-démographiques, revictimisation sexuelle contexte de l'AS) et à son environnement (participation à une intervention individuelle parallèle au groupe) qui sont reliées à la dimension institutionnelle. Troisièmement, le contenu des rencontres, la conformité du programme donné en regard du programme prévu et l'assiduité aux rencontres réfèrent à la dimension de l'enseignement.

La présente étude se centre principalement sur l'évaluation de l'efficacité du programme mais intègre également des variables ayant potentiellement une influence sur les changements associés au programme. Conséquemment, le modèle tri-dimensionnel de Hammond représente un choix pertinent pour guider la présente démarche d'évaluation du groupe des CALACS.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Ce projet de maîtrise s'intègre dans un projet plus vaste d'évaluation subventionné par la Direction de la Santé publique de Lanaudière. En effet, le CALACS La Chrysalide (Terrebonne, région de Lanaudière) a reçu une subvention pour réaliser une évaluation des interventions de groupe, en collaboration avec Martine Hébert, professeure au département de sexologie à l'UQAM. Outre le CALACS La Chrysalide, celui de Joliette et de St-Jérôme ont accepté de collaborer à l'étude.

Ce projet a débuté en janvier 2004 et s'est terminé en juin 2005. Il présente un devis quasi-expérimental prétest/post-test avec groupe témoin incluant une relance à trois mois. Le recrutement du groupe expérimental s'est réalisé à deux moments précis : lors des quatre groupes d'hiver 2004 (février à juin) et lors des groupes d'automne 2004 (septembre à décembre). De son côté, le recrutement pour le groupe témoin s'est déroulé entre septembre 2004 et avril 2005. Le devis inclut une analyse qualitative afin d'explorer plus spécifiquement le processus d'empowerment à partir d'entrevues semi-dirigées.

Dans le cadre du mémoire de maîtrise en sexologie, le projet se limitera à l'analyse prétest/post-test/relance des quatre groupes d'hiver 2004 mais sans groupe témoin. Et bien que l'étude subventionnée possède un devis mixte au niveau de la méthodologie, le projet de mémoire portera exclusivement sur la partie quantitative de l'étude.

	Prétest	Intervention	Post-test	Relance 3 mois
Groupe Expérimental (GE)	O ₁	X	O ₂	O ₃

4.1 Participantes

La population à l'étude est constituée des femmes susceptibles de demander des services d'aide dans un des trois CALACS de la région de Lanaudière et des Laurentides entre février 2004 et avril 2005.

Article 1

Entre février 2004 et avril 2005, des femmes sollicitant des services d'aide dans trois CALACS de la région de Lanaudière et celle des Laurentides ont été invitées à participer à cette étude. L'assistante de recherche rencontrait les femmes lors de la première rencontre de groupe pour celles qui débutaient ce type de démarche ou téléphonait aux femmes en attente de service qui avaient consenti à cet appel. Des 74 femmes sollicitées par l'assistante de recherche, 64 (86,5%) ont accepté de participer à l'étude.

Article 2

À l'hiver 2004, toutes les femmes (n = 30) participantes aux groupes des trois CALACS étaient sollicitées pour l'étude. Les critères de sélection sont uniquement les critères déjà déterminés par les CALACS, ainsi l'étude n'impose aucun critère supplémentaire. Les critères de participation des CALACS sont principalement être une femme, âgée de 18 ans et plus, victime d'AS dans l'enfance ou à l'âge adulte et désirant volontairement participer au groupe de thérapie. Ainsi, aucune variable liée au contexte de l'agression ne constitue un critère, tel que le type d'AS (inceste, agression sexuelle, viol collectif...), le lien avec l'agresseur (connu ou inconnu, intra-familial ou extra-familial...), la durée des agressions sexuelles, etc. Sur un total de 30 femmes invitées à participer à l'étude, 29 femmes ont accepté et complété les mesures au prétest puis 26 participantes ont complété le post-test et la relance. Les trois abandons entre le prétest et le post-test sont dus au fait que les femmes n'ont pas terminé la démarche.

4.2 Procédure

De façon régulière, les intervenantes des CALACS rencontrent individuellement chacune des femmes désireuses de participer au groupe dans le but d'expliquer l'approche du CALACS, la structure du groupe, les règles de fonctionnement et les thèmes abordés. C'est à l'intérieur de cette rencontre pré-groupe que les intervenantes ont présenté l'étude aux femmes en remettant un document explicatif qui inclut le formulaire de consentement⁵. Lors de la première rencontre de groupe (février 2004), l'assistante de recherche a présenté de façon détaillée la recherche et les considérations éthiques puis elle a remis le questionnaire aux femmes désirant participer à l'étude et ayant signé le formulaire de consentement. Ces dernières ont rempli le questionnaire durant la semaine et l'ont remis à la seconde rencontre de groupe. Pour le post-test (juin 2004), le questionnaire a été remis aux femmes lors de la dernière rencontre de groupe qui l'ont rempli durant la semaine. Pour la relance en septembre 2004, l'assistante de recherche a contacté à nouveau les participantes pour la passation du questionnaire. La stratégie privilégiée pour cette étape consistait à envoyer le questionnaire par la poste avec une enveloppe pré affranchie.

Pour les femmes qui ne participaient pas à l'un des groupes mais attendaient sur la liste d'attente, l'assistante de recherche les contactait d'abord par un appel téléphonique. Lorsque les femmes acceptaient de participer à l'étude, le questionnaire était envoyé par la poste avec une enveloppe pré affranchie.

Les participantes à l'étude recevaient une compensation financière de 15\$ pour chaque étape de leur implication.

⁵ Voir annexe 2 : document d'information et de consentement pour le groupe expérimental

4.3 Considérations déontologiques

Ce présent projet d'évaluation a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'UQAM⁶. Toutes les participantes ont signé un formulaire de consentement dans lequel les informations nécessaires sont expliquées clairement. Tout le matériel de recherche est conservé sous clé à l'UQAM dans les locaux de la chercheuse principale pendant deux ans, puis ils seront détruits. Les questionnaires portent seulement un numéro d'identification et seule l'auxiliaire de recherche a accès aux données.

Le document d'information et de consentement remis aux femmes précisait que la participation à l'étude comportait un désavantage possible, soit celui de rappeler aux femmes des épisodes désagréables de leur vie. Dans l'éventualité où une femme ressentait un inconfort ou des difficultés liées à sa participation à l'étude, le même document précisait que les intervenantes du CALACS demeuraient des personnes-ressources disponibles.

⁶ Voir annexe 3 : copie du certificat d'éthique émis par l'UQAM

CHAPITRE V

PREMIER ARTICLE

PROFIL DES FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE CONSULTANT DES
CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE
SEXUEL (CALACS)

**PROFIL DES FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE QUI
CONSULTENT DES CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES
AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)
PROFILES OF WOMEN VICTIMS OF SEXUAL ABUSE
CONSULTING SEXUAL ASSAULT CENTERS INTERVENTION CENTERS**

Manon BERGERON et Martine HÉBERT

Département de sexologie

Université du Québec à Montréal

La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation et par le biais d'une subvention de démarrage du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF). Cet article est tiré d'un mémoire de la première auteure soumis comme exigence partielle pour l'obtention d'un diplôme de maîtrise en sexologie. Nous tenons à remercier les femmes qui ont participé à cette étude et les intervenantes du CALACS de Terrebonne, du CALACS de St-Jérôme et du CALACS de Joliette qui ont contribué à sa réalisation. Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées à Martine Hébert, Département de sexologie, C.P. 8888 Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8, courriel : hebert.m@uqam.ca.

PROFIL DES FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE QUI
CONSULTENT DES CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À
CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)

Résumé

La présente étude vise à détailler les caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées et de tracer le profil des femmes sollicitant des services d'aide dans des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS). Les résultats montrent qu'une forte majorité des femmes ont subi plusieurs agressions sexuelles et que le soutien perçu de la part de l'entourage est supérieur à celui issu de la famille d'origine lors du dévoilement et face à leur démarche d'aide au CALACS. La majorité des participantes vivent des situations de violence conjugale avec le conjoint actuel et ont été témoins et/ou victimes de violence familiale dans l'enfance. Finalement, les participantes présentent une fréquence élevée de détresse psychologique, de dépression et de trouble de stress post-traumatique.

Mots-clés: agression sexuelle, profil, soutien, femmes

PROFILES OF WOMEN VICTIMS OF SEXUAL ABUSE
CONSULTING SEXUAL ASSAULT CENTERS

Abstract

The present study explores characteristics of sexual abuse disclosed and describes the profiles of women soliciting services from sexual assault centers. Results indicate that the vast majority of women experienced more than one episode of sexual abuse and that perceived support is greater from extra-familial sources than family both at time of initial disclosure and at when soliciting services. The majority of participants report domestic violence and have been victim or witness of family violence. Finally participants experienced high levels of psychological distress, depression and post-traumatic stress symptoms.

Keywords: sexual abuse, profile, social support, women

PROFIL DES FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE QUI CONSULTENT DES CENTRES D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)

L'agression sexuelle (AS) est aujourd'hui reconnue comme un problème social important qui touche surtout les femmes, les adolescentes et les enfants (Gouvernement du Québec, 2001; Regroupement québécois des CALACS, 1998). Le récent rapport portant sur les AS signalées au corps policiers pour l'année 2002 du ministère de la Sécurité publique (Gouvernement du Québec, 2004) indique que 82% des victimes étaient de sexe féminin (mineure et adulte), 15% étaient des garçons mineurs et 3% étaient des hommes adultes. Ce même rapport précise que le taux de victimisation des filles de moins de 18 ans est près de quatre fois celui des garçons du même âge, sept fois celui des femmes adultes et plus de soixante-dix fois celui des hommes adultes. Bien que les nombreuses agressions sexuelles non dévoilées et les différentes définitions utilisées rendent difficile de cerner avec exactitude l'ampleur de cette problématique (Haugaard, 2000), certaines données permettent d'estimer la prévalence des agressions sexuelles. Une étude récente, composée d'un échantillon représentatif de 822 adultes de la province du Québec, révèle que 6% des femmes et 3% des hommes rapportent avoir subi un viol dans l'enfance et que 17% des femmes et 9% des hommes rapportent avoir subi d'autres formes d'agression à caractère sexuel (Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, sous presse).

Conséquences associées à l'AS

La littérature documente largement l'impact des AS à court et à long terme. Ainsi les données suggèrent que les enfants ayant vécu une AS montrent davantage de problèmes de comportement internalisés et externalisés relativement à des enfants non agressés (Cahill, Kaminer, et Johnson, 1999; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, et Piché, sous presse; Kendall-Tackett, Williams, et Finkelhor, 1993; Wolfe, 1999). De plus, ils sont susceptibles d'afficher des conduites sexualisées inappropriées pour leur âge et des symptômes de stress post-traumatique (Boney-McCoy et Finkelhor, 1996; Collin-Vézina et Hébert, 2005; McLeer, Dixon, Henry, Ruggiero, Escovitz, Niedda, et Scholle, 1998). À plus long terme, l'AS est associée à des symptômes de dépression, à l'abus d'alcool et de drogues, aux symptômes de stress post-traumatique et de dissociation (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, et Akman, 1991; Briere et Elliott, 2003; Damant et al., 2001; Polusny & Follette, 1995; Putnam, 2003;

Webster, 2001). Molnar, Berkman, et Buka (2001) notent que le risque de tentative de suicide est de 2 à 4 fois plus élevé pour les femmes ayant vécu une AS. L'AS serait aussi associé à des difficultés au niveau de la confiance et de l'intimité dans les relations interpersonnelles et amoureuses (Davis & Petretic-Jackson, 2000; DiLillo, 2001).

Les femmes ayant vécu une AS pendant l'enfance seraient aussi plus à risque de revictimisation (Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, et Putnam, 2003). La recension de Classen, Palesh et Aggarwal (2005) précise que deux personnes sur trois dévoilant une AS rapportent avoir été sexuellement revictimisées au cours de leur vie. L'analyse des facteurs de risque indique que le taux de revictimisation sexuelle double lorsqu'il y a eu une AS dans l'enfance alors que la co-occurrence d'AS et de violence physique dans l'enfance augmente encore davantage le risque de revictimisation. Classen et al. (2005) rapportent que la revictimisation sexuelle est associée à un niveau plus élevé de détresse, de honte, de culpabilité, d'impuissance, de dépression et de symptômes de stress post-traumatique. Les femmes ayant vécu une AS seraient aussi plus à risque de vivre des situations de violence physique et psychologique dans le cadre de leurs relations amoureuses (Coid, Petruckevitch, Feder, Chung, Richardson, et Moorey, 2001; DiLillo, Giuffre, Tremblay, et Peterson, 2001; Whitfield, Anda, Dube, et Felitti, 2003). Les recherches menées à ce jour suggèrent que les conséquences liées à l'AS sont multiples et surtout que les profils des victimes sont variés (Putnam, 2003; Webster, 2001). Malgré le caractère traumatisant d'une agression sexuelle, il apparaît que plusieurs facteurs peuvent moduler les conséquences associées aux AS, notamment les caractéristiques liées à l'AS (durée, sévérité, lien avec l'agresseur, etc.), les stratégies d'adaptation, les attributions de blâme et les sentiments de stigmatisation (Banyard 2003; Coffey, 1996; Conway, Mendelson, Giannopoulos, Csank, et Holm, 2004). Le soutien reçu suite au dévoilement semble notamment être une variable clé qui influence le profil d'adaptation (Lovett, 2004 ; Ullman et Filipas, 2001; Ullman et Filipas, 2005). Les chercheurs observent que l'adaptation de l'enfant semble directement associée au soutien parental offert (Elliott et Carnes, 2001). De plus, les victimes qui dévoilent rapidement l'AS sont susceptibles de démontrer moins de séquelles et seraient moins susceptibles d'être revictimisées (Kogan, 2005). Par contre, les études antérieures nous informent peu sur le nombre de personnes à qui l'AS a été dévoilée et la qualité du soutien perçu.

Bien que les données empiriques aient permis de mieux documenter les symptômes associées à l'AS, les informations disponibles concernant la présence de violence concomitante et de revictimisation sexuelle demeurent limitées particulièrement en ce qui concerne la population québécoise. De plus, peu d'informations sont disponibles concernant les besoins et le profil des femmes victimes d'AS sollicitant des services d'aides au Québec. Les quelques données disponibles proviennent majoritairement d'échantillons de personnes ayant porté plainte aux autorités policières. Par exemple, le rapport du ministère de la Sécurité publique (Gouvernement du Québec, 2004) informe notamment sur les caractéristiques des AS et sur le profil des victimes. Les données compilées pour l'année 2002 indiquent ainsi que près de 78% des victimes connaissent l'agresseur, que 30% des victimes sont physiquement blessées lors de l'AS et les blessures sont causées par la force physique dans 62% des situations. Rappelons toutefois que ces informations se limitent aux AS dévoilées aux corps policiers et que les crimes sexuels sont parmi les moins signalés à la police (Trainor, 1999 dans Gouvernement du Québec, 2004). Somme toute, une meilleure documentation du profil des femmes ayant vécu une AS pourrait permettre de mieux cibler leurs besoins et d'orienter les interventions les plus susceptibles d'y répondre spécifiquement.

Objectifs de l'étude

Le présent article vise à explorer certaines caractéristiques des femmes sollicitant des services d'aide dans des CALACS. Plus spécifiquement, l'article vise à détailler les caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées, à documenter la présence des expériences antérieures et concomitantes de violence, à décrire le soutien de l'entourage perçu par les participantes et à tracer le profil des femmes (détresse psychologique, dépression et symptômes de stress post-traumatique). Les CALACS (*Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel*) représentent une ressource féministe et communautaire importante au Québec qui ont développé une expertise unique dans l'intervention auprès des femmes et adolescentes victimes d'AS. Seulement pour l'année 1995-96, 17 CALACS du Québec ont répondu à plus de 2 100 demandes d'aide (Regroupement québécois des CALACS, 1997) et ce nombre est sans aucun doute plus élevé aujourd'hui puisqu'il existe près d'une trentaine de centres. La mission des CALACS se divise en trois volets : les activités liées à la prévention/sensibilisation/formation (animations scolaires, conférences dans les organismes communautaires, etc.), la défense de droits des femmes victimes d'AS

(accompagnement médical et judiciaire) et l'aide directe (intervention individuelle et de groupe). L'objectif général de l'intervention féministe des CALACS, tant individuelle que de groupe, vise la reprise de pouvoir des femmes sur l'ensemble de leur vie et la réduction des conséquences reliées à l'AS.

MÉTHODOLOGIE

Participant

Entre février 2004 et avril 2005, des femmes sollicitant des services d'aide dans trois CALACS de la région de Lanaudière et des Laurentides ont été invitées à participer à cette étude. L'assistante de recherche rencontrait les femmes lors de la première rencontre de groupe pour celles qui débutaient ce type de démarche ou téléphonait aux femmes en attente de service qui avaient consenti à cet appel. Des 74 femmes sollicitées par l'assistante de recherche, 64 (86,5 %) ont accepté de participer à l'étude.

Mesures

Une grille d'informations relatives au contexte des AS et un questionnaire auto-administré ont été utilisés dans la présente étude. Le questionnaire auto-administré comprend différentes mesures visant à évaluer le soutien perçu de l'entourage, les expériences de violence, la détresse psychologique, les sentiments de dépression, les symptômes de stress post-traumatique et les caractéristiques socio-démographiques.

Contexte des AS. L'ensemble des CALACS membres du Regroupement québécois des CALACS, en collaboration avec le milieu universitaire, ont élaboré une grille permettant de codifier les variables liées à l'AS afin d'uniformiser la cueillette de données au niveau national. Cette grille présente des choix de réponses et vise à colliger les informations liées au contexte de l'agression : le nombre d'AS, le type d'AS vécu (intra- ou extrafamiliale pendant l'enfance, AS à l'âge adulte ou autre), l'identité de l'agresseur (parent, fratrie, ami, etc.), l'âge au début de l'AS (moins de 11 ans, entre 12 et 17 ans, 18 ans et plus), la durée des AS, le lieu de l'agression, etc. La grille permet de recueillir davantage d'informations portant sur l'AS qui motive la demande d'aide au CALACS que sur les autres AS possiblement subies par les femmes. Dans les cas où la femme a subi plus d'une AS, la grille permet de compiler les informations pour un maximum de trois autres AS. Le terme AS réfère à un agresseur qui peut impliquer plusieurs actes à des moments différents tandis que chaque acte

impliquant un nouvel agresseur est considéré comme une nouvelle AS. La grille totalise une vingtaine de questions pour l'AS motivant la demande d'aide et six questions pour les autres AS (s'il y a lieu). Généralement, la grille est complétée par les intervenantes, bien qu'un CALACS collaborateur à l'étude ait choisi de demander aux femmes de le remplir elles-mêmes ou de le compléter conjointement.

Qualité du soutien perçu. Un questionnaire (Bergeron et Hébert, 2004) a été élaboré pour documenter le nombre de personnes au courant de l'AS, leur identité et la qualité de leur soutien; de même, l'outil permet d'obtenir le nombre de personnes au courant de la démarche au CALACS, leur identité et la qualité de leur soutien. À partir d'une liste de 11 personnes (par exemple, parent, ami, conjoint, etc.), les participantes indiquent si oui ou non elles ont dévoilé l'AS et ont informé de leur démarche de demande d'aide au CALACS. La qualité du soutien perçu par les femmes au moment du dévoilement de l'AS et face à leur démarche au CALACS est évaluée pour chaque personne sur une échelle de 3 points («pas du tout supportante» (1), «un peu supportante» (2) ou «très supportante» (3) et une moyenne est rapportée.

Expériences de violence conjugale. Le Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) de Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman (1996) est utilisé. Une analyse des qualités métriques du CTS2 indique que l'instrument démontre des coefficients de consistance interne adéquats et une corrélation faible avec la désirabilité sociale (Straus, 2004). Pour la violence conjugale avec le conjoint actuel (au cours des cinq dernières années) et les anciens partenaires, l'échelle se compose de seize items qui évaluent la violence psychologique, physique et les blessures (avoir besoin d'une visite médicale, fracture, ecchymose, etc.). L'échelle démontre une bonne consistance interne en ce qui concerne la violence conjugale de la part du conjoint actuel (.91 pour violence psychologique, .95 pour violence physique et .90 pour les blessures physiques) ainsi que pour la violence conjugale exercée par les anciens partenaires (.88 pour violence psychologique, .97 pour violence physique et .89 pour les blessures physiques). L'échelle de réponses vise à évaluer la fréquence des comportements (jamais, 1-2 fois, 3- 10 fois, plus de 11 fois). Un score dichotomique est par la suite dérivé.

Expériences de victimisation pendant l'enfance. Le *Revised Conflict Tactics Scale* (CTS2) de Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman (1996) est utilisé pour répertorier les situations de violence familiales vécues pendant l'enfance soit comme a) victime de violence

parentale et b) témoin de violence conjugale. Nous avons utilisé la version brève adaptée par Hébert et Lavoie (2000). L'échelle comporte des items qui réfèrent à la violence psychologique infligée à l'enfant par le père ou la mère (insulter, sacrer, traiter de noms, menacer de frapper, détruire des objets) et physique (pousser, bousculer, gifler, lancer un objet pouvant blesser, menacer avec un couteau ou une arme, donner un coup de poing ou coup de pied, projeter contre le mur, brûler). Les mêmes énoncés sont utilisés pour évaluer si les participantes ont été témoins de violence conjugale (« Quand j'étais jeune (moins de 18 ans), j'ai vu mon père faire cela à ma mère ou ma mère faire cela à mon père »). L'échelle de réponses vise à évaluer la fréquence des comportements (« jamais », « 1-2 fois », « 3- 10 fois », « plus de 11 fois »). Un score dichotomique est par la suite dérivé. L'échelle obtient une bonne consistance interne pour la section témoin de violence conjugale (.87) et la section victime de violence parentale (.83).

Sentiments dépressifs. L'échelle de dépression de Beck a été utilisée (*Beck Depression Inventory* (BDI); Beck, Ward, Mendelson, Moch et Erbaugh, 1961). L'étude actuelle utilise la version traduite par Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982) qui rapportent un indice de consistance interne adéquat (.82). Les auteurs mentionnent que le questionnaire n'est pas affecté par le phénomène de la désirabilité sociale. La consistance interne dans la présente étude se situe à .85. L'instrument comporte 21 énoncés et chaque énoncé comprend une série de quatre ou cinq réponses reflétant le degré de l'état dépressif ressenti. Le score total se classe sous quatre niveaux : absence de dépression ou dépression minimale (0-9), dépression légère à modérée (10-18), modérée à sévère (19-29), sévère (30-63). Beck et al. (1961) ont identifié la présence d'un état dépressif significatif à partir d'un score de 11 et plus et de la présence d'un état dépressif grave à partir d'un score égal ou supérieur à 19.

Détresse psychologique. L'Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec – IDPESQ (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992) est utilisé afin d'obtenir une mesure globale de la détresse psychologique. Cet instrument a été développé à partir du « Psychiatric Symptoms Index » de Ilfeld (1976) qui rapporte une consistance interne de .91. Dans la présente étude, la cote globale obtient une consistance interne satisfaisante (.94). L'échelle comporte 29 items avec un choix de réponse variant de 0 (jamais) à 3 (très souvent) et les énoncés sont complétés en se référant à la dernière semaine. Les valeurs normatives

correspondant au 85^e rang centile pour la population du Québec non institutionnalisée sont présentées selon le genre et le groupe d'âge (Boyer, Prévaille, Légaré & Valois, 1993). La moyenne varie entre 24,14 et 27,59 pour les femmes et correspond en moyenne à 28,74 pour les femmes de plus de 15 ans.

Symptômes de stress post-traumatique. L'échelle modifiée des symptômes du trouble post-traumatique (Stephenson, Marchand, Marchand et Di Blasio, 2000), version française du *Modified PTSD Symptom Scale, Self-Report* (MPSS-SR, Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993) évalue la fréquence des symptômes de stress post-traumatique au cours des deux dernières semaines et leur sévérité avec dix-sept énoncés. Les auteurs rapportent des coefficients de consistance interne adéquats et des indices de validité convergente avec le Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) (Falsetti et al., 1993). Les énoncés réfèrent aux critères des sections B, C et D du diagnostic de trouble post-traumatique tel que présenté dans le DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e ed.) (American Psychiatric Association, 1994). La fréquence est obtenue à l'aide d'une échelle de réponses variant de 0 «pas du tout» à 3 «5 fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours» tandis que la sévérité se calcule avec une échelle en cinq points variant de A «pas du tout perturbant» à E «extrêmement perturbant». Le MPSS-SR démontre une bonne consistance interne dans l'étude actuelle (échelle de fréquence : .90 ; échelle de sévérité : .92). Falsetti et ses collègues (1993) suggèrent d'obtenir un score total (0-119) en additionnant la fréquence (0-51) et la sévérité (0-68). Guay, Marchand, Iucci et Martin (2002) proposent un score frontière de 50 pour le total des items pour identifier la présence ou l'absence d'un trouble de stress post-traumatique.

Procédure

Toutes les femmes désireuses de participer à l'étude ont reçu un formulaire d'information et signé un formulaire de consentement. Elles répondaient à un questionnaire écrit qu'elles rapportaient la semaine suivante. Aussi, elles acceptaient que le Centre transmette une copie de la grille d'information utilisée par les CALACS à l'assistante de recherche. Les participantes à l'étude recevaient une compensation financière de 15\$ pour cette implication.

RÉSULTATS

La présentation des résultats se divise en cinq parties : les informations socio-démographiques, les données relatives aux caractéristiques des AS dévoilées, les autres expériences de victimisation, la qualité du soutien de l'entourage perçu et le profil de l'échantillon quant à la détresse psychologique, les sentiments de dépression et les symptômes de stress post-traumatique.

Caractéristiques socio-démographiques

Les participantes sont âgées entre 18 ans et 67 ans avec une moyenne de 37,25 ans (ET = 11,16). Plus de la moitié (54,7 %) des femmes sont mariées ou conjointes de fait, 18,8 % sont divorcées ou séparées, 15,6 % sont célibataires et 9,4 % vivent une relation amoureuse sans cohabitation. Plus du trois-quarts (79,7 %) des femmes ont des enfants. Plus de la moitié (56,3 %) détient une scolarité du niveau primaire ou secondaire; 39,1 % du niveau collégial, école de métier ou institut technique; et 4,7 % du niveau universitaire. Leur principale occupation est au travail à temps plein ou partiel (37,5 %), d'être à la maison avec les enfants (25,0 %), sans emploi (26,6 %), aux études à temps plein (9,4 %), et une combinaison travail et études (1,6 %). Le revenu familial se situe à moins de 20,000\$ pour 48,4 %, entre 20,000\$ et 39,999\$ pour 25,0 % et plus de 40,000\$ pour 26,6 % de l'échantillon.

Caractéristiques des AS dévoilées

Le tableau 1 détaille les principales caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées par les participantes. D'abord, les données indiquent que 46 femmes (71,9 %) dévoilent plus d'une agression sexuelle : 17,2 % ont subi deux AS, 20,3 % dévoilent trois AS et 34,4 % rapportent quatre AS et plus. Conséquemment, l'échantillon de 64 femmes permet de répertorier plus de 167 AS. Les données indiquent que pour les 167 AS dévoilées, le type d'agression se répartit comme suit : AS intra-familiale pendant l'enfance (48,5 %), AS extra-familiale dans l'enfance (21,6 %) et AS à l'âge adulte (19,8 %). Les autres types d'AS vécues réfèrent à des agressions collectives (impliquant plus d'un agresseur) (4,2 %), des situations d'harcèlement sexuel (2,4 %), des agressions impliquant une intoxication involontaire (1,8 %). Quant à l'identité de l'agresseur, ce dernier se trouve être le parent/conjoint du parent (21,6 %), membre de la fratrie/parenté (26,9 %), membre de la famille d'accueil (2,4 %), conjoint ou partenaire amoureux (12,0 %), un

ami/connaissance/collègue (17,4 %), une personne en autorité (7,2 %), un inconnu (7,8 %) ou impliquant à la fois des personnes connues et des inconnues (1,7 %). Les agresseurs sont presque tous de sexe masculin (95,8 %) comparativement à 3,0 % de femmes et 0,6 % de situations impliquant des femmes et des hommes. Les agresseurs sont très majoritairement adultes (83,8 %) alors que 10,8 % sont âgés entre 12-17 ans au moment des actes.

--- Tableau 1 ---

En ce qui concerne les AS qui motivent la demande d'aide au CALACS, les données indiquent qu'il s'agit majoritairement d'AS intra-familiales vécues pendant l'enfance (75,0 %), AS extra-familiales dans l'enfance (15,6 %), AS à l'âge adulte (4,7 %) et des agressions collectives impliquant plus d'un agresseur (4,7 %). Plus du trois-quarts (76,6 %) des femmes étaient âgées de moins de 12 ans lorsque l'AS a débuté, alors que 17,2 % avaient entre 12-17 ans contre 6,2 % qui étaient âgées de plus de 18 ans au début de l'AS. Les AS sont chroniques pour 73,4 % des femmes alors que 21,9 % des femmes ont subi une agression unique. D'ailleurs, les agressions se sont poursuivies pendant plus deux ans pour une proportion importante de femmes (59,4 %), dont 40,6 % se sont répétées pendant plus de 5 ans. Le lieu des AS se trouve être le domicile familial (54,7 %), le domicile de la victime (4,7 %) ou de l'agresseur (23,4 %), une autre résidence privée (1,6 %), un lieu public ou moyen de transport (10,9 %). La majorité des femmes ont attendu plusieurs années après les événements avant de demander de l'aide aux CALACS. En effet, le délai entre la dernière AS et la demande d'aide au CALACS est majoritairement (71,9 %) de 13 ans et plus, entre 1 an et 12 ans pour 23,4 %, et moins de douze mois pour 4,7 %.

Expériences de violence pendant l'enfance et violence conjugale

Les pourcentages d'expériences de victimisation antérieures ou concomitantes sont élevés pour l'échantillon de l'étude. D'abord, 82,5 % de femmes ont été témoins de violence familiale et 93,8 % ont été victimes d'au moins une forme de violence familiale. En ce qui concerne la violence conjugale, 93,2 % de femmes ont vécu au moins une forme de violence avec un ancien partenaire alors que 86,2 % ont vécu au moins une forme de violence de leur conjoint actuel au cours des cinq dernières années. Le tableau 2 précise la fréquence selon la forme de violence, soit psychologique, physique et les blessures encourues. De surcroît, les données permettent de constater que les répondantes ont été exposées à la violence de façon répétitive au cours de leur vie. Notamment, 79,4 % des participantes ont été témoins de

violence conjugale et victimes de violence familiale pendant leur enfance et 83 % ont été victimes de violence conjugale de la part des anciens partenaires et du conjoint actuel. Finalement, 61,5 % des femmes rapportent les quatre types d'expériences de victimisation en plus de l'AS : elles ont donc subi de la violence familiale (en tant que témoin et comme victime d'abus parental) et conjugale (de la part d'anciens partenaires et du conjoint actuel).

--- Tableau 2 ---

Soutien de l'entourage

Le tableau 3 précise les personnes à qui les participantes ont dévoilé l'AS ou les ont informées de leur démarche au CALACS. En ce qui concerne le dévoilement de l'AS, les participantes ont dévoilé l'AS en moyenne à 6,44 (ET = 1,89) personnes avec un soutien perçu moyen de 2,20 (ET = 0,40). La fréquence du dévoilement des AS est plus élevée pour un(e) ami(e) (87,5 %), un frère ou une sœur (73,4 %), un(e) intervenant(e) (73,4 %) et une mère (70,3 %) alors que la fréquence est plus faible pour un ancien conjoint (50,0 %), la famille élargie (34,4 %), un enfant (32,8 %) et un père (31,3 %). Pour ce qui est de la démarche entreprise au CALACS, les participantes ont informé en moyenne 4,15 (ET = 1,74) personnes avec un soutien perçu moyen de 2,44 (ET = 0,46). L'information est plus fréquemment donnée à un(e) ami(e) (79,7 %), au conjoint actuel (68,8 %), à un confident (54,7 %) et un(e) intervenant(e) (53,1 %) et moins fréquemment à un(e) professionnel(le) de la santé (34,4 %), à un enfant (26,6 %), à un membre de la famille élargie (14,1 %) et au père (12,5 %).

--- Tableau 3 ---

Pour fin de comparaison, la liste des confidents a été divisée en deux catégories, soit à l'intérieur de la famille (père, mère, fratrie et membre de la parenté) ou à l'extérieur de la famille d'origine (intervenants psychosociaux, professionnels de la santé, ami, confident). Une analyse a été effectuée en contrastant le nombre moyen de personnes informées. Les résultats permettent de noter des différences significatives entre les deux catégories quant au nombre moyen de personnes informées et quant à la qualité du soutien perçue. Les membres de la famille sont moins au courant de l'AS [$t(63) = 10,48, p = .000$] ainsi que de la démarche d'aide entreprise auprès des CALACS [$t(63) = 10,48, p = .000$] que l'entourage à l'extérieur de la famille.

Les pourcentages indiquent que 54,7 % des participantes ont informé minimalement un membre de la famille d'origine de la démarche au CALACS et 87,5 % ont dévoilé l'AS. En comparaison, 96,9 % des participantes ont informé minimalement une personne à l'extérieur de la famille d'origine de la démarche au CALACS et 100 % ont dévoilé l'AS.

Des analyses ont été menées afin de comparer la qualité du soutien perçu selon l'identité du confident(e) à partir du score moyen de soutien perçu. Les données démontrent que lorsque l'AS est dévoilée, la qualité du soutien perçu est significativement inférieure [$t(55) = 7,96, p = .000$] lorsque le(la) confident(e) est un membre de la famille ($M = 1,63, ET = 0,61$) plutôt que non membre de la famille ($M = 2,45, ET = 0,45$). Il est de même lorsque les participantes informent de leur démarche au CALACS, le soutien perçu est significativement inférieur [$t(33) = 4,26, p = .000$] par les membres de la famille ($M = 1,97, ET = 0,63$) que par les individus externes à la famille ($M = 2,56, ET = 0,48$).

Par ailleurs, les analyses ont révélé une corrélation significative entre la moyenne du soutien reçu lors du dévoilement de l'AS par les membres de la famille et le total des d'AS subies ($r = -.33, p = .014$) ainsi qu'entre le total des personnes de la famille au courant de la démarche d'aide effectuée auprès des CALACS et le total des d'AS subies ($r = -.25, p = .05$). En effet, les femmes de l'étude qui ont subi plusieurs AS perçoivent avoir reçu moins de soutien lors du dévoilement de la part des membres de la famille et elles informent moins la famille de leur démarche au CALACS.

Finalement, des analyses ont été menées afin de vérifier si le nombre de personnes à qui l'AS a été dévoilée et le nombre de personnes au courant de la démarche au CALACS différaient selon le type d'AS vécu (intra- ou extra-familiale). Les résultats montrent que le nombre de personnes au courant de l'AS est similaire pour les femmes ayant vécu une AS intra-familiale ($M = 6,42, ET = 1,97$) que pour les femmes ayant vécu une AS extra-familiale ($M = 6,50, ET = 1,71$). Toutefois, les femmes ayant vécu une AS intra-familiale ($M = 3,92, ET = 1,49$) informent moins de personnes de leur démarche au CALACS que les femmes ayant vécu une AS extra-familiale ($M = 4,87, ET = 2,25$) [$t(62) = 1,95, p < .05$]. La moyenne du soutien perçu lors du dévoilement de l'AS demeure similaire pour les femmes ayant vécu une AS intra-familiale ($M = 2,24, ET = 0,34$) que pour les femmes ayant vécu une AS extra-familiale ($M = 2,09, ET = 0,55$). Toutefois, la moyenne de soutien perçu face à la démarche au CALACS pour les femmes ayant vécu une AS intra-familiale ($M = 2,51, ET = 0,43$) est

significativement inférieure à celle des femmes ayant vécu une AS extra-familiale ($M = 2,51$, $ET = .,43$) [$t(61) = 2,11$, $p < .05$].

Profil des participantes

Trois variables sont considérées pour tracer un profil des participantes de l'étude, soit la détresse psychologique, la dépression et les symptômes de stress post-traumatique.

Détresse psychologique. La cote moyenne pour l'Indice de détresse psychologique est 41,77 ($ET = 17,12$). La très grande majorité (90,3 %) des femmes participantes obtiennent un indice de détresse plus élevée que la valeur normative correspondant au 85^e rang centile pour les femmes de la population québécoise non institutionnalisée (28,74).

Dépression. La cote moyenne des participantes pour l'échelle de dépression de Beck se situe à 20,44 ($ET = 9,24$). Plus précisément, quatre (6,3 %) participantes obtiennent des scores classés sous le niveau «absence ou dépression minimale», 25 (39,7 %) sous «dépression légère à modérée», 26 (41,3 %) sous «dépression modérée à sévère» et 8 (12,7 %) sous «dépression sévère». En se référant au seuil clinique de Beck et al. (Beck et al., 1961 dans Gauthier et al., 1982), 88,9 % des participantes présentent un état dépressif significatif (score ≥ 11) et 54,0 % d'entre elles présentent un état dépressif grave (score ≥ 19).

Stress post-traumatique. Les cotes moyennes pour le stress post-traumatique se situent à 24,16 ($ET = 11,35$) pour la fréquence, de 31,02 ($ET = 16,50$) pour la sévérité et de 55,28 ($ET = 27,51$) pour le score global. Selon le score frontière proposé par Guay et al. (2002), 50,8 % des participantes sont à risque d'avoir un trouble de stress post-traumatique. La proportion des participantes qui endossent les énoncés servant de critères pour un diagnostic possible d'un trouble de stress post-traumatique selon le DSM-IV (au moins un symptôme de ré-expérimentation, trois symptômes d'évitement et deux symptômes d'hypervigilance) est de 82 %.

Des analyses contrastant les cotes moyennes obtenues par les femmes ayant dévoilé une AS intra-familiale et celles obtenues par les femmes ayant dévoilé une AS extra-familiale ne révèlent pas de différences significatives (détresse psychologique [$t(62) = 1.72$, ns]; dépression [$t(62) = 1.23$, ns]; stress post-traumatique [$t(62) = 0.78$, ns]. De même, le taux de revictimisation des femmes ayant vécu une AS extra-familiale (75 %) est similaire à celui des femmes rapportant une AS intra-familiale (70.8 %) ($\chi^2 = .10$, ns).

DISCUSSION

L'objectif de la présente étude était de documenter certaines caractéristiques des femmes sollicitant des services d'aide dans des CALACS. Plus spécifiquement, l'article visait à détailler les caractéristiques des AS dévoilées, à documenter la présence des expériences antérieures et concomitantes de violence, à décrire le soutien de l'entourage perçu par les participantes et à tracer le profil des femmes sous les variables de la détresse psychologique, la dépression et les symptômes de stress post-traumatique.

Caractéristiques des AS vécues

D'abord, les informations obtenues indiquent que les femmes qui consultent au CALACS ont majoritairement subi des AS intra-familiales et que les AS ont débuté lorsqu'elles étaient âgées de moins de douze ans pour se poursuivre de façon répétitive pendant plusieurs années. En outre, les données précisent que le taux de revictimisation sexuelle chez les participantes de l'étude est considérablement élevé puisque 71,9 % des femmes rapportent plus d'une AS au cours de leur vie. Les résultats de l'étude actuelle concordent avec ceux présentés de la recension de Classen et al. (2005) qui rapportent qu'environ deux personnes sur trois qui ont été agressées sexuellement dévoilent avoir été revictimisées sexuellement au cours de leur vie. Toutefois, le pourcentage de revictimisation sexuelle se révèle plus élevé dans l'étude actuelle comparativement à la recherche québécoise de Damant (1995) dont le taux de revictimisation sexuelle se situait à 40,0 %. Il faut préciser que la question adressée aux femmes dans l'étude de Damant concernant le nombre d'AS référerait aux événements avant l'âge de 18 ans, ce qui peut expliquer en partie cet écart. Les données actuelles permettent de documenter un taux élevé de revictimisation chez les femmes québécoises qui consultent des CALACS. En effet, les données de la présente étude précisent le caractère répétitif de la revictimisation, notamment en dévoilant que le tiers des répondantes ont subi quatre AS et plus au cours de leur vie. Par conséquent, ces données permettent de mieux cerner l'ampleur de la violence sexuelle vécue par ces femmes qui demandent de l'aide aux CALACS.

L'étude révèle également des taux importants de violence dans la famille d'origine et de violence conjugale à l'âge adulte, permettant de constater que les femmes ont été exposées à la violence de façon répétitive au cours de leur vie. D'abord, la majorité des participantes rapportent avoir subi de la violence familiale (témoin et victime). À ce propos, Classen *et al.*

(2005) rapportent que le fait d'être témoin de violence entre les parents ou de subir de la violence physique constituent des facteurs de risque à la revictimisation sexuelle. D'autre part, l'étude actuelle informe du taux élevé de présence de violence conjugale et indique que les femmes de l'étude vivent davantage de violence conjugale que la population québécoise générale lorsque les données sont comparées à la recherche de Riou, Rinfret-Raynor et Cantin (2003) portant sur la violence envers les conjointes au Québec qui s'inscrit dans les travaux de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Riou et al. (2003) rapportent des taux de prévalence annuelle de 6,1 % pour la violence physique et de 66,2 % pour les conduites verbales/symboliques à caractère violent chez les femmes de 18 ans et plus et vivant en couple hétérosexuel depuis au moins deux mois, ou ayant vécu en couple hétérosexuel au moins deux mois au cours de la dernière année. L'étude actuelle révèle clairement que les femmes de l'étude ont subi davantage de violence conjugale, soit des taux de 31 % pour la violence physique et de 84,5 % pour la violence psychologique/verbale. De la même façon, parmi les femmes de l'étude actuelle qui ont subi de la violence physique, 19 % ont subi des blessures physiques lors des actes violents, en comparaison à 12,5 % pour l'étude de Riou et al. (2003). L'AS pendant l'enfance peut être associée à un risque plus élevé de vivre des expériences de victimisation dans le cadre des relations amoureuses. Le modèle des dynamiques traumatisantes présenté par Finkelhor et Browne (1985) suggère que les sentiments d'impuissance peuvent mener à une diminution des stratégies de protection. De plus les sentiments de stigmatisation peuvent être associés à une diminution des sentiments d'estime de soi et à l'apparition de sentiments de détresse qui peuvent augmenter la vulnérabilité à des expériences de violence. Les données récentes suggèrent que les femmes ayant vécu une AS pendant l'enfance présentent davantage de risque de vivre la violence sexuelle dans le contexte des relations amoureuses mais aussi de la violence psychologique et physique (Coid et al., 2001; DiLillo et al., 2001; Noll et al., 2003; Whitfield et al., 2003).

Les données illustrent une prévalence élevée de trajectoires de victimisation débutant à l'enfance et se poursuivant à l'âge adulte. D'ailleurs la co-occurrence des formes de mauvais traitements est relativement fréquente (Higgins & McCabe, 2001) et l'intensité des conséquences et des sentiments de détresse serait lié au nombre de situations d'abus et de violence vécues (Higgins & McCabe, 2000a, 2000b). Plusieurs études rapportent que les femmes ayant vécu plusieurs expériences d'abus et de violence sont davantage susceptibles

d'afficher des sentiments de détresse (Banyard, Williams et Siegel, 2001). Le sentiment d'impuissance des femmes peut s'intensifier davantage suite aux multiples expériences de violence vécues. Par conséquent, une intervention visant à permettre aux femmes de reprendre un sentiment de contrôle et de pouvoir, similaire à celle proposée par les CALACS, est susceptible de les aider à réaliser qu'elles peuvent se réapproprier le pouvoir de leur propre vie. D'ailleurs une analyse qualitative récente effectuée auprès de 41 femmes ayant participé au groupe de soutien offert par trois CALACS suggère que l'intervention amène les femmes à augmenter leur sentiment d'empowerment (Bergeron et Hébert, 2006). L'étude d'Elliot, Mok et Brière (2004), basée un échantillon (n = 941) de la population générale, révèle que le fait d'être une femme, d'avoir subi une AS dans l'enfance et d'avoir vécu de la violence physique à l'âge adulte représentent les facteurs de risque les plus significatifs pour subir une AS à l'âge adulte. À la lumière des résultats de cette étude, une intervention de cette nature apparaît particulièrement importante auprès des femmes consultant aux CALACS puisqu'elles constituent une population particulièrement vulnérable. Une intervention qui outille les femmes à se réapproprier leur pouvoir peut devenir une intervention préventive à une violence future.

Soutien perçu

En ce qui concerne le soutien perçu par les participantes lorsqu'elles dévoilent l'AS et lorsqu'elles informent de la démarche au CALACS, les résultats indiquent une différence importante selon que la personne qui reçoit la confiance est un membre ou non de la famille d'origine. En effet, les femmes de l'étude rapportent être mieux soutenues par les personnes à l'extérieur de la famille d'origine que celles de la famille d'origine, autant lorsque les participantes dévoilent l'AS que lorsqu'elles informent de leur démarche au CALACS. Aussi, l'étude actuelle révèle que seulement un peu plus de la moitié (54,7 %) des femmes a informé minimalement un membre de la famille de leur démarche au CALACS. Il est fort probable que les femmes hésitent aujourd'hui à dévoiler la démarche au CALACS étant donné le faible soutien qu'elles ont reçu dans le passé en dévoilant l'AS. Par ailleurs, la présente étude valide les observations cliniques face au pauvre soutien apporté aux victimes d'AS et elle rejoint les conclusions de Darves-Bornoz, Berger, Degiovanni, Gaillard et Lépine (1999) dont la recherche visait à établir une comparaison entre les victimes d'AS intra-familiale et extra-familiale. Les résultats de cette étude confirmaient que les victimes d'AS intra-

familiales bénéficiaient d'un faible réseau de soutien social. Dans la présente étude, les résultats indiquent que les femmes ayant vécu une AS intra-familiale informaient moins l'entourage de leur démarche au CALACS et recevaient un soutien face à la démarche au CALACS inférieur aux femmes ayant vécu une AS extra-familiale.

Profil des participantes

En outre, la présente étude permet de tracer le profil des femmes en ce qui concerne la détresse psychologique, la dépression et les symptômes de stress post-traumatique. Les résultats indiquent que plusieurs femmes qui demandent de l'aide aux CALACS présentent un niveau de détresse significatif, obtiennent un score de dépression considéré modéré à sévère et démontrent des symptômes liés au trouble de stress post-traumatique. Rappelons que l'indice normatif qualifiant une détresse psychologique qualifiée de sévère chez les femmes varie entre 24,14 et 27,59 selon les groupes d'âge considérées (Boyer et al., 1993). Dans la présente étude, les femmes obtiennent une moyenne de 41,77. Le pourcentage de femmes ayant obtenu une cote élevée à l'indice de détresse psychologique dans la présente étude se situe à 90 % alors que le pourcentage varie entre 22,8 et 30,4 % pour les femmes québécoises selon les trois enquêtes de Santé Québec (Légaré, Préville, Massé, Poulin, St-Laurent, et Boyer, 2001).

Quant à la variable de dépression, les résultats sont similaires à ceux obtenus dans les études qui utilisaient l'Inventaire de Beck : 19,69 (Damant, 1995), 23,05 (Morgan et Cummings, 1999), 24,3 (Westbury et Tutty, 1999), 26,56 (Saxe et Johnson, 1999). La présente étude établit que seulement sept participantes ne présentent pas de dépression ou une légère dépression, signifiant ainsi qu'une forte majorité présente une dépression cliniquement significative variant entre modérée à sévère. De même, les résultats indiquent que la fréquence des symptômes de stress post-traumatique est élevée pour les femmes consultant aux CALACS dont les AS remontent à plusieurs années.

Implications des résultats

Les résultats de la présente étude sont similaires à ceux des études antérieures qui indiquent que les femmes ayant vécu une AS sollicitant des services d'aide rapportent des agressions sévères ayant, pour la grande majorité, débuté pendant l'enfance (Lubin, Loris, Burt et Johnson, 1998, Ritchers, Snider et Gorey, 1997; Westbury et Tutty, 1999). Les interventions offertes à cette clientèle visent généralement à aider les femmes à se libérer de

la stigmatisation et à réduire les sentiments d'impuissance installés depuis plusieurs années et intensifiés par d'autres expériences de violence. Bien que plusieurs modèles d'intervention aient été proposés au cours des dernières années, le format le plus populaire et le type d'intervention ayant été davantage évalué est l'intervention de groupe (Price, Hilsenroth, Petretic-Jackson, et Bonge, 2001). Le groupe est un lieu de soutien et d'encouragement qui permet aux femmes d'être crues, respectées et validées dans leurs émotions (Ritcher et al., 1997). L'intervention de groupe des CALACS aborde différents thèmes (honte, culpabilité et impuissance) afin de permettre aux femmes de resituer la responsabilité des AS aux agresseurs, de défaire les mythes et les préjugés entourant les AS ainsi que les messages négatifs intériorisés.

Bien que l'approche féministe des CALACS ne soit pas celle d'évaluer dans le but de diagnostiquer, le profil des participantes fournit des indices pertinents sur les sentiments de détresse que présentent les femmes, notamment l'importance d'intervenir au plan des symptômes reliés au stress post-traumatique. À ce sujet, les trois CALACS de l'étude mentionnent que l'intervention de groupe inclut des techniques de relaxation pour réduire les cauchemars, les flash-backs, les peurs, etc. Les données obtenues par la présente étude indiquent la pertinence de maintenir ou de renforcer ces techniques qui visent particulièrement à modifier les symptômes d'anxiété, de peur, de symptômes de stress post-traumatique. À ce sujet, l'étude de Foa, Hearst-Ikeda et Perry (1995) visait à évaluer un programme cognitivo-béavioral comme outil de prévention du stress post-traumatique chronique chez les femmes victimes d'agressions (physique ou sexuelle) : les résultats indiquent que la sévérité des symptômes de stress post-traumatique est significativement moins élevée après l'intervention.

Somme toute, les données recueillies dans le cadre de cette étude témoignent des difficultés importantes que vivent les femmes au moment où elles sollicitent de l'aide aux CALACS. Par ailleurs, il est inquiétant de constater la présence élevée de détresse, de dépression et de stress post-traumatique en sachant que les CALACS doivent malheureusement composer avec des listes d'attentes de plusieurs mois voire une année. En 1998, près d'une dizaine de CALACS (16 consultés) déclaraient avoir une liste d'attente de quelques semaines à plusieurs mois (Regroupement québécois des CALACS, 2000). À ce propos, une analyse des pratiques québécoises en matière d'interventions en matière d'AS

souligne les lacunes au niveau de l'accessibilité des services (Hébert et al., 2002) due, notamment, aux listes d'attente et du manque de ressources financières.

Limites de l'étude et conclusion

Il importe de souligner que la présente étude visait uniquement les femmes qui consultent dans les CALACS. Les données doivent donc être interprétées avec prudence et il faut souligner que les résultats ne peuvent être généralisées à l'ensemble des femmes ayant vécu un AS pendant l'enfance. De plus, l'échantillon considéré est relativement petit et les analyses futures devraient à l'aide d'échantillons plus vastes permettre de corroborer les données et mener des analyses plus détaillées concernant les facteurs liés aux profils des femmes. En outre, l'instrument utilisé pour évaluer le soutien comporte une limite temporelle : les participantes devant estimer le soutien reçu lors du dévoilement de l'AS alors que ce dévoilement peut remonter à plusieurs mois voire plusieurs années. Dans le cadre d'études futures, il apparaît important de mieux documenter la question du dévoilement afin d'explorer de façon plus détaillée le moment et les raisons ayant motivé le fait de dévoiler ou pas. Les recherches futures pourront aussi tenter de mieux documenter le moment du dévoilement et le soutien perçu en lien avec les attributions et stratégies d'adaptation des participantes afin de mieux explorer les profils des femmes ayant vécu une AS.

En conclusion, le présent article apporte une contribution dans l'acquisition d'une meilleure connaissance des caractéristiques des femmes victimes d'AS au Québec et consultant dans les CALACS. Plusieurs informations se révèlent pertinentes pour mieux connaître la trajectoire de ces femmes : le taux alarmant de revictimisation sexuelle, la présence répétitive de violence au cours de leur vie, le faible soutien de l'entourage familial ainsi que le réel besoin de les aider à réduire l'intensité de la détresse psychologique, la dépression et les symptômes de stress post-traumatique. Inévitablement, l'ensemble de ces informations confirme la nécessité de rendre accessible à toutes les femmes victimes d'agressions sexuelles des ressources qui offrent des services d'aide comme les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- Banyard, V.L. (2003). Explaining links between sexual abuse and psychological distress: Identifying mediating processes. *Child Abuse & Neglect*, 27, 869-875.
- Banyard, V.L., Williams, L.M. et Siegel, J.A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 697-715.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. et Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beitcham, 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(4), 537-556.
- Bergeron, M. et Hébert, M. (2004). *Mesure de la qualité du soutien perçu de l'entourage lors du dévoilement de l'agression sexuelle et face à la démarche d'aide entreprise*. Document inédit, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada.
- Bergeron, M. et Hébert, M. (2006). *Évaluation d'une intervention de groupe d'approche féministe auprès de femmes victimes d'agression sexuelle*. Rapport de recherche, département de sexologie, Université du Québec à Montréal. (ISBN 2-98092281-0-0).
- Boney-McCoy, S. et Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406-1416.
- Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G. et Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée : Résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 339-343.
- Briere, J. et Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Cahill, L.T., Kaminer, R.K. et Johnson, P.G. (1999). Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(4), 827-843.
- Classen, C., Palesh, O.G. et Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. *Trauma, violence and Abuse*, 6(2), 103-129.

- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. et Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 20, 447-455.
- Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J. et Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey. *Lancet*, 358(9280), 450-454.
- Collin-Vézina, D. & Hébert, M. (2005). Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.
- Conway, M., Mendelson, M., Giannopoulos, C., Csank, P.A. et Holm, S.L. (2004). Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria. *Child Abuse & Neglect*, 28, 393-410.
- Damant, D. (1995). Effets de deux programmes d'intervention pour des femmes adultes agressées sexuellement pendant l'enfance. *Thèse de doctorat en service social, Université Laval, Ste-Foy, Québec, Canada.*
- Damant, D., Damasse, J., Chamberland, A., Hébert, M., Lavoie, F., Dorais, M., Perrault, N. et Rinfret-Raynor, M. (2001). *Analyse des besoins en matière de recherche sur les agressions à caractère sexuel et recension sommaire des écrits*. Coll. Études et analyses, no. 20. Ste-Foy : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF).
- Darves-Bornoz, J.-M, Berger, C., Degiovanni, A., Gaillard, P. et Lépine, J.-P. (1999). Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a french follow-up study . *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 613-623.
- Davis, J.L. et Petretic-Jackson, P.A. (2000). The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 291-328.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 21, 553-576.
- DiLillo, D., Giuffre, D., Tremblay, G. C. et Peterson, L. (2001). A closer look at the nature of intimate partner violence reported by women with a history of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 116-132.
- 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.

- Elliot, D.M., Mok, D.S. et Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex difference in the general population. *Journal of Traumatic Stress, 17*(3), 203-211.
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A. et Kilpatrick, D. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 16*, 161-162.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D. et Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 63*(6), 948-955.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F. et Lawson, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. *Revue québécoise de psychologie, 3*(2), 13-27.
- Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des services sociaux. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Direction des communications.
- Gouvernement du Québec ministère de la Sécurité publique. (2004). *Les agressions sexuelles au Québec: statistiques 2002*. Québec : Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité. p.73.
- 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*(3), 257-269.
- Haugaard, J.J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist, 55*(9), 1036-1039.
- Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoie, F., Perreaut, N., Dorais, M. et Rinfret-Raynor, M. (2002). *Des interventions préventives et des services d'aide directe en matière d'agression sexuelle : Description des pratiques québécoises*. Rapport de recherche. (ISBN 2-9806300-3-9).
- Hébert, M. et Lavoie, F. (2000). *Adaptation d'une version brève du Conflict Tactics Scale (CTS) de Straus, Hamblly, Boney-McCoy et Sugarman, 1996*. Document inédit, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I.V. et Piché, C. (sous presse). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*.
- Higgins, D.J. et McCabe, M.P. (2000a). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review, 9*, 6-18.

- Higgins, D.J. et McCabe, M.P. (2000b). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreatment*, 5(3), 261-272.
- Higgins, D.J. et McCabe, M.P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 547-578.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(2), 1215-1228.
- 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, 164-180.
- Kogan, S.M. (2005). The role of disclosing child sexual abuse on adolescent adjustment and revictimization. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(2), 25-47.
- Légaré, G., Prévaille, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurent, D. et Boyer, R. (2001). Santé mentale (Chapitre 16). In *Enquête sociale et de santé 1998*. Gouvernement du Québec : Ministère de la santé et de services sociaux, 642p.
- Lovett, B.B. (2004). Child sexual abuse disclosure: Maternal response and other variables impacting the victim. *Child and Adolescent Social Work*, 21, 355-371.
- Lubin, H., Lorie, M., Burt, J. et Johnson, D. R. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1172-1177.
- McLeer, S.V., Dixon, J.F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T. et Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326-1333.
- Molnar, B. E., Berkman, L. F. et Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities : Relative links to subsequent suicidal behaviour in the USA. *Psychological Medicine*, 31, 965-977.
- Morgan, T. et Cumming, A.L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 28-36.
- Noll, G., Horowitz, L.A., Bonanno, G.A., Trickett, P. et Putnam, F.W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452-1471.
- Polusny, M.A., et Follette, V.M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 143-166.

- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C. et Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Les cahiers de la recherche, 7, Enquête Santé Québec 87, Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Price, J. L., Hilsenroth, M. J., Petretic-Jackson, P. A. et Bonge, D. (2001). A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(7), 1095-1121.
- 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.
- Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (1998). *Les groupes de soutien dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du Québec*. CALACS, Québec, Canada. (ISBN : 2-9803350-9-6)
- Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. (1997). *L'intervention féministe dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du Québec*. CALACS, Québec, Canada. (ISBN: 2-9803350-7-X).
- Riou, D.A., Rinfret-Raynor, M. et Cantin, S., avec la collaboration de P. Carignan et M. Messier (2003). *La violence envers les conjointes dans les couples québécois*, 1998, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 125p.
- Ritchers, N.L., Snider, E. et Gorey K.M. (1997). Group work intervention with female survivors of childhood sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 7, 53-69.
- Saxe, B.J. et Johnson, S.M. (1999). An empirical investigation of group treatment for a clinical population of adult female incest survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(1), 67-88.
- 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 Behavior Therapy*, 29(2), 65-73.
- Straus, M.A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scale: A study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-cultural Research*, 38(4), 407-432.
- Straus, M.A., Hamblly, S.L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.

- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J. et Chartrand, M.-E. (sous presse). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique*.
- Ullman, S.E. et Filipas, H.H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 14(2)*, 369-389.
- Ullman, S.E. et Filipas, H.H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect, 29*, 767-782.
- Webster, R.E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools, 38(6)*, 533-547.
- Westbury, E. et Tutty, L.M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect, 23(1)*, 31-44.
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R. et Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence, 18(2)*, 166-185.
- Wolfe, D.A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Tableau 1 Caractéristiques de l'AS qui motive la demande et du total des AS dévoilées

		AS motivant demande (n=64)		Total des AS dévoilées (n=167)	
		%	(N)	%	(N)
Type	AS intra-familiale < 18 ans	75,0 %	(48)	48,5 %	(81)
	AS extra-familiale <18 ans	15,6 %	(10)	21,6 %	(36)
	AS à l'âge adulte	4,7 %	(3)	19,8 %	(33)
	Autre (AS collective, par intoxication involontaire, harcèlement sexuel)	4,7 %	(3)	10,1 %	(17)
Identité de l'agresseur	Parent/Conjoint du parent	48,4 %	(31)	21,6 %	(36)
	Fratric/Parenté	26,6 %	(17)	26,9 %	(45)
	Famille d'accueil	1,6 %	(1)	2,4 %	(4)
	Conjoint	1,6 %	(1)	12,0 %	(20)
	Ami/Connaissance/Collègue	9,4 %	(6)	17,4 %	(29)
	Personne en autorité	4,7 %	(3)	7,2 %	(12)
	Inconnu	4,7 %	(3)	7,8 %	(13)
	Connues et inconnues	3,0 %	(2)	1,7 %	(3)
	Non divulgué	-	-	3,0 %	(5)
Sexe de l'agresseur	Homme	96,8 %	(62)	95,8 %	(160)
	Femme	1,6 %	(1)	3,0 %	(5)
	Homme et femme	1,6 %	(1)	0,6 %	(1)
	Non divulgué	-	-	0,6 %	(1)
Âge de l'agresseur	Adulte	84,4 %	(54)	83,8 %	(140)
	12-17 ans	10,9 %	(7)	10,8 %	(18)
	Non divulgué	4,7 %	(3)	5,4 %	(9)
Âge au début de AS	0-11 ans	76,6 %	(49)		
	12-17 ans	17,2 %	(11)		
	18 ans et plus	6,2 %	(4)		
Lieu de AS	Résidence familiale	54,7 %	(35)		
	Résidence de la victime	4,7 %	(3)		
	Résidence de l'agresseur	23,4 %	(15)		
	Lieu public /transport	10,9 %	(7)		
	Autre résidence privée	1,6 %	(1)		
	Non divulgué	4,6 %	(3)		
Durée de AS	Un seul épisode	21,9 %	(14)		
	2 épisodes à 2 ans	14,1 %	(9)		
	2 ans à 5 ans	18,8 %	(12)		
	5 ans et plus	40,6 %	(26)		
	Non divulgué	4,7 %	(3)		
Délai entre l'AS et la demande de services	Moins de 12 mois	4,7 %	(3)		
	Entre 1 an et 12 ans	23,4 %	(15)		
	13 ans et plus	71,9 %	(46)		
Nombre d'AS	1 AS	28,1 %	(18)		
	Plusieurs AS	71,9 %	(46)		

Tableau 2 Fréquence et pourcentage de la violence familiale et conjugale

	Violence familiale		Violence conjugale	
	Témoïn	Victime	Partenaire actuel ¹ (n=58)	Anciens partenaires (n=59)
≥ une forme de violence	82,5 %	93,8 %	86,2 %	93,2 %
Psychologique mineure	82,5 %	90,3 %	84,5 %	91,5 %
Psychologique sévère	64,5 %	85,5 %	55,2 %	79,3 %
Physique mineure	54,8 %	76,6 %	31,0 %	58,6 %
Physique sévère	30,6 %	39,1 %	22,4 %	46,6 %
Blessure mineure	-	-	19,0 %	39,7 %
Blessure sévère	-	-	5,2 %	25,9 %

¹Au cours des cinq dernières années

Tableau 3 Fréquence des personnes au courant de la démarche au CALACS et de l'AS et moyenne du soutien perçu

	Face à la démarche au CALACS		Lors du dévoilement de l'AS	
	%	M (E. T.)	%	M (E. T.)
	Dévoilement	Soutien	Dévoilement	Soutien
Mère	35,9 %	1,91 (0,85)	70,3 %	1,44 (0,69)
Père	12,5 %	1,75 (0,71)	31,3 %	1,50 (0,69)
Frère ou sœur	35,9 %	1,96 (0,91)	73,4 %	1,72 (0,83)
Membre de la parenté	14,1 %	2,11 (0,60)	34,4 %	1,82 (0,80)
Lien intrafamilial ¹	54,7 %	1,97 (0,63)	87,5 %	1,63 (0,61)
Conjoint actuel	68,8 %	2,32 (0,74)	68,8 %	2,34 (0,81)
Ancien conjoint	-	-	50,0 %	1,66 (0,83)
Intervenant/e psychosocial (psychologue, TS, etc.)	53,1 %	2,76 (0,61)	73,4 %	2,68 (0,66)
Professionnel/le de la santé (médecin, etc.)	34,4 %	2,64 (0,66)	54,7 %	2,49 (0,74)
Un/e ami/e	79,7 %	2,61 (0,64)	87,5 %	2,54 (0,66)
Un enfant	26,6 %	2,41 (0,71)	32,8 %	2,33 (0,73)
Autre personne qui est un confident/	54,7 %	2,74 (0,51)	66,2 %	2,77 (0,48)
Lien extrafamilial ²	96,9 %	2,56 (0,48)	100 %	2,45 (0,45)

M = 4,15 (E.T. = 1,74) personnes au courant de la démarche avec M = 2,44 de soutien (E.T. = 0,46)
M = 6,44 (E.T. = 1,89) personnes au courant de AS avec M = 2,20 de soutien (E.T. = 0,40)

¹Minimum un membre de la famille (varie entre 1 à 4)

²Minimum un personne non membre de la famille (varie entre 1 à 6)

CHAPITRE VI

DEUXIÈME ARTICLE

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE D'APPROCHE FÉMINISTE
AUPRÈS DE FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Titre courant: ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE

**Évaluation d'une intervention de groupe d'approche féministe
auprès de femmes victimes d'agression sexuelle**

Manon Bergeron, B.A.

Martine Hébert, Ph.D.

Département de sexologie

Université du Québec à Montréal

Montréal, Québec, Canada

Mots-clés: intervention de groupe, évaluation de programme, femmes, approche féministe, agression sexuelle.

Keywords: group intervention, program evaluation, women, feminist approach, sexual abuse.

La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Régie régionale de Lanaudière dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation et par le biais d'une subvention de démarrage du Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF). Nous tenons à remercier les femmes qui ont participé à cette étude et les intervenantes du CALACS de Terrebonne, du CALACS de St-Jérôme et du CALACS de Joliette. Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées à Martine Hébert, Département de sexologie, C.P. 8888 Succursale Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8, courriel: hebert.m@uqam.ca.

RÉSUMÉ

Objectif: La présente étude vise à évaluer une intervention de groupe d'approche féministe pour les femmes ayant subi une agression sexuelle dans l'enfance ou à l'âge adulte afin de mesurer les changements associés à la participation au groupe et de mesurer si ces effets se maintiennent dans le temps. Le présent article expose les effets de l'intervention en lien avec les variables de la détresse psychologique, des sentiments dépressifs, du stress post-traumatique, des sentiments de culpabilité et de l'impuissance. **Méthode:** L'échantillon se compose de 26 femmes participant à un groupe dans un Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS). **Résultats:** Les résultats démontrent des changements significatifs entre le prétest et le post-test effectué dans la semaine suivant la fin de l'intervention et les gains se maintiennent lors de la relance effectuée trois mois plus tard. **Conclusion:** Les données suggèrent que l'intervention de groupe permet de réduire la détresse psychologique, les sentiments dépressifs, les symptômes de stress post-traumatique et les sentiments de culpabilité et de l'impuissance chez les femmes adultes ayant vécu une agression sexuelle.

ABSTRACT

Objective: The present study evaluates a group intervention using a feminist approach for women experiencing sexual abuse in childhood or adulthood in order to measure changes associated with participation in a group intervention and verifies whether effects are maintained over time. The present study relates effects of the group intervention in terms of psychological distress, depression symptoms, post-traumatic stress symptoms and feelings of guilt and helplessness. **Method:** The sample consists of 26 women participating in a group intervention offered by sexual assault centers in Quebec (*Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel CALACS*). **Results:** Results show significant differences between pretest and post-test scores obtained one week following the end of the group intervention and gains are maintained at follow-up 3 months later. **Conclusion:** The findings suggest that the group intervention was effective in reducing psychological distress, depression symptoms, post-traumatic stress symptoms and feelings of guilt and helplessness in adult women reporting sexual abuse.

Évaluation d'une intervention de groupe d'approche féministe auprès de femmes victimes d'agression sexuelle

L'agression sexuelle (AS) est aujourd'hui reconnue comme un problème social important qui touche surtout les femmes, les adolescentes et les enfants (Gouvernement du Québec, 2001; Regroupement québécois des CALACS, 1998) et certaines données permettent d'estimer la prévalence des agressions sexuelles. Aux États-Unis, Putnam (2003) rapporte que les taux de prévalence provenant de la population générale varient entre 12% à 35% pour les femmes et entre 4% à 9% pour les hommes. Selon l'enquête nationale de Statistiques Canada (1993) sur la violence envers les femmes, 34% des Québécoises âgées de 18 ans et plus ont été victimes d'au moins une AS depuis l'âge de 16 ans et 3% des femmes du Québec ont été victimes d'AS au cours des douze mois précédents l'enquête. Une étude récente, composée d'un échantillon représentatif de 822 adultes de la province du Québec, révèle que 6% des femmes et 3% des hommes rapportent avoir subi un viol dans l'enfance et que 17% des femmes et 9% des hommes rapportent avoir subi d'autres formes d'agression à caractère sexuel (Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, soumis). L'agression sexuelle porte atteinte à l'intégrité, l'intimité et la sécurité d'une personne. Suite à une AS, la peur, la honte, l'humiliation, l'angoisse et la colère sont les sentiments les plus fréquemment évoqués par les femmes qui doivent apprendre à composer avec les conséquences du crime (Regroupement québécois des CALACS, 1997). Resnick, Acierno, Holmes, Dammayer et Kilpatrick (2000) soulignent plusieurs répercussions des agressions sexuelles sur la santé mentale des femmes victimes d'AS, notamment des symptômes de stress post-traumatique, pensées suicidaires, dépression, troubles anxieux et des troubles de panique.

Afin de réduire l'ampleur des conséquences liées aux AS, plusieurs organismes ont élaboré des programmes d'intervention. Bien que plusieurs auteurs aient proposé des modalités d'intervention individuelle, le format d'intervention le plus fréquemment évalué dans les écrits scientifiques demeure celui du groupe (Hébert et al., 2002). Une recension récente portant sur l'intervention de groupe pour les femmes agressées sexuellement dans l'enfance conclut à l'efficacité de ce type d'intervention quant à la réduction des conséquences, à l'amélioration du fonctionnement de la personne et au rôle préventif des interventions dans l'apparition de problèmes de santé mentale et physique chez cette clientèle

(Higgins Kessler, Mindi, White et Nelson, 2003). Force est de constater par contre que peu d'interventions ont été soumises à une évaluation systématique (Westbury et Tutty, 1999).

Nous avons recensé neuf études portant sur l'évaluation d'intervention de groupe pour les femmes victimes d'agression sexuelle. La majorité de ces études évaluent des interventions de groupe qui durent entre 2 heures à 2,5 heures par rencontre, pour un total de rencontres s'échelonnant entre 10 à 20 semaines. Tous les échantillons de ces études se composent de femmes ayant subi une AS dans l'enfance ou l'adolescence. Les interventions évaluées s'inspirent des trois modèles théoriques suivants: l'approche cognitivo-comportementale, la théorie de la régulation et de la gestion des émotions ainsi que l'intervention féministe.

D'abord, Ritchers, Snider et Gorey (1997) ont comparé un groupe témoin de 80 femmes en attente de recevoir des services à un groupe expérimental de 78 femmes participant à une intervention de groupe centrée sur la résolution de problème offert aux femmes ayant subi une AS dans l'enfance. Les résultats démontrent que l'intervention diminue significativement les symptômes de dépression et augmente l'estime de soi chez les femmes participant à l'intervention de groupe. Ces résultats sont maintenus à la relance effectuée six mois plus tard. Avec le même échantillon, Gorey, Ritchers et Snider (2001) ont mené des analyses secondaires en explorant de façon plus spécifique l'impact de la participation au groupe au niveau du sentiment de culpabilité, de l'isolement et du sentiment d'espoir des femmes. Les résultats suggèrent que l'intervention est liée à une amélioration significative des trois variables et que les acquis se maintiennent dans le temps. La comparaison des résultats entre les deux études permet de constater que les gains sont plus importants pour le sentiment de culpabilité, de l'isolement et du sentiment d'espoir que pour les sentiments de dépression et de l'estime de soi. Bien que les résultats attestent de changements bénéfiques auprès des participantes, les auteurs n'ont pas considéré l'effet possible de la participation à un traitement individuel de façon parallèle sur les changements observés, ce qui constitue une limite à cette étude.

Pour leur part, Zlotnick, Shea, Rosen, Simpson, Mulrenin, Begin et Pearlstein (1997) ont évalué leur intervention de groupe basée sur la théorie de la régulation des émotions avec un échantillon de 17 femmes agressées sexuellement dans l'enfance et de 16 femmes en attente du groupe. Les analyses permettent de conclure que l'intervention semble efficace

pour modifier les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation. Toutefois, l'absence de relance ne permet pas de vérifier si les acquis se maintiennent dans le temps.

Dans une des rares études visant à comparer des approches d'interventions, Talbot, Houghtalen, Duberstein, Cox, Giles et Wynne (1999) ont contrasté un groupe de 48 femmes participant à un groupe de thérapie «Women Safety in Recovery Group (WSRG)» et un groupe de 38 femmes participant à l'intervention centrée sur la résolution de la crise et la réduction des symptômes. Les variables retenues se composaient des neuf symptômes liés à la détresse générale. Les résultats au post-test indiquent que les cotes obtenues à l'échelle de détresse générale sont significativement moins élevées pour le groupe WSRG de même que pour les sous-échelles de sensibilité interpersonnelle, d'anxiété, d'hostilité, de phobie et de paranoïa. Cependant, aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes pour les sous-échelles de somatisation, psychose, obsession-compulsion et dépression. Bien que les résultats suggèrent des gains significatifs chez les participantes, les données indiquent un taux élevé d'abandon entre le prétest et la relance, soit 69%.

Certains auteurs ont tenté d'explorer des variables modératrices liées à l'efficacité des interventions de groupe auprès des femmes AS. Cloitre et Koenen (2001) ont évalué l'impact du trouble de la personnalité borderline (PB) chez des femmes participant à une intervention de groupe basée sur l'approche psycho-dynamique. Pour ce faire, les auteurs comparent les effets de l'intervention auprès de trois groupes: soit un groupe de 18 participantes ne présentant pas de PB, un groupe de 16 participantes où au moins une femme présentait une PB et un groupe témoin de 15 femmes avec ou sans PB. Entre le prétest et le post-test, les résultats indiquent des gains significatifs uniquement pour le groupe sans PB quant aux variables de SPT, de détresse, d'anxiété, d'affirmation de soi et alors que les résultats sont marginalement significatifs en ce qui concerne les sentiments de dépression et les comportements de contrôle dans les relations interpersonnelles. Les auteurs concluent que l'efficacité de l'intervention peut donc être influencée par la présence ou non de femmes présentant une PB dans le groupe. Les auteurs n'ont par contre pas évalué le maintien des gains par le biais d'une relance.

La recension des écrits a aussi permis d'identifier trois études canadiennes et une étude québécoise portant sur l'évaluation de l'efficacité d'une intervention de groupe pour les femmes AS. D'abord, Saxe et Johnson (1999) ont mené une étude dans le but de déterminer

l'efficacité d'un groupe basé sur l'approche de l'intégration du trauma en retenant comme variables les symptômes intrapersonnels (dépression et intrusion) et les difficultés interpersonnelles (perception du soutien social). Le groupe expérimental se composait de 32 femmes survivantes d'inceste et le groupe témoin de 31 femmes en attente de service. Les résultats témoignent d'une diminution significative des symptômes de dépression et d'intrusion chez les participantes relativement aux femmes ne recevant pas de services et que cette diminution se maintient six mois plus tard. En ce qui concerne le soutien social, seule la perception du soutien des amis augmente significativement mais ce résultat ne se maintient pas à la relance. Alors que la participation à un traitement parallèle individuel (minimum 20 séances avant le groupe plus toute la durée du groupe) était un critère requis de participation à l'étude, son effet potentiel sur les résultats obtenus ne semble pas être exploré dans l'étude.

Plusieurs interventions destinées aux femmes AS s'inspirent de l'approche féministe. Westbury et Tutty (1999) ont évalué les effets d'une intervention de groupe d'approche féministe auprès de 22 femmes agressées sexuellement dans l'enfance, en les comparant avec 10 femmes en attente du groupe mais participant à un traitement individuel. Les symptômes de dépression, de faible estime de soi et d'anxiété sont les variables retenues pour cette étude. Les résultats démontrent que l'intervention de groupe apporte des effets bénéfiques sur les symptômes, mais que les différences entre les deux groupes ne sont pas significatives. Le petit nombre de participantes et la présence d'une thérapie concomitante sont deux hypothèses émises par les auteurs pour expliquer les résultats. Morgan et Cummings (1999) ont aussi évalué l'efficacité d'une intervention de groupe d'approche féministe tout en considérant l'influence possible de variables modératrices reliées à l'agression sexuelle (nombre d'agresseurs, agresseur étant une figure paternelle, la nature et la durée) et la participation à une thérapie individuelle concomitante. Comparativement au groupe témoin (n = 40), le groupe expérimental (n = 40) présente des changements significatifs pour les scores de dépression, d'ajustement social, de culpabilité et de SPT mais pas de changement significatif au niveau des sentiments de colère. L'étude révèle de plus que les résultats sont maintenus à la relance effectuée trois mois après la fin de l'intervention de groupe. L'analyse des variables modératrices potentielles révèle que les caractéristiques des AS de même que la participation à une thérapie individuelle de façon concomitante ne sont pas liées aux effets de l'intervention.

Au Québec, Damant (1995) a évalué les effets de deux programmes d'intervention de groupe auprès des femmes ayant subi une AS dans l'enfance, soit l'intervention d'approche féministe (n = 21) comparée à l'intervention de type Giaretto (n = 18). Dans le modèle de Giaretto, l'intervention intègre les approches humaniste et systémique. Les quatre variables évaluées chez les participantes sont l'estime de soi, l'attribution de la responsabilité, les sentiments dépressifs et l'ajustement social. Les principaux résultats indiquent que les deux programmes produisent des effets significatifs sur l'estime de soi mais que seule l'intervention féministe produit également des changements significatifs sur les sentiments de dépression. L'absence de groupe témoin, le taux de mortalité expérimentale élevée (51 à 39 femmes à la fin de l'étude) et l'absence de relance constituent des limites à cette étude qui demeure néanmoins une référence importante dans le domaine.

À la lumière de cette synthèse, il est possible de constater certaines limites identifiées dans ces études. D'abord, quatre études (Damant, 1995; Westbury et Tutty, 1999; Zlotnick et al., 1997; Cloitre et Koenen, 2001) n'incluent pas de relance pour vérifier le maintien des acquis chez les femmes ayant participé à une intervention de groupe. Ensuite, bien que les échantillons des études soient composés de femmes participant à des groupes d'intervention distincts, peu d'études rapportent avoir vérifié l'uniformité de l'intervention dispensée ou l'adéquation de l'intervention avec le modèle prévu. De plus, aucune étude ne mentionne l'assiduité des participantes aux rencontres, ce qui peut potentiellement influencer les résultats obtenus. À travers une démarche évaluative, des indicateurs d'opération ou de processus sont pourtant pertinents puisqu'ils permettent notamment de vérifier dans quelle mesure l'intervention se déroule conformément au programme prévu et quel est le taux de participation. Par ailleurs, la participation à un traitement individuel parallèle en même temps que le groupe constitue un critère requis pour la participation à la majorité des études. Mais lorsque cela n'est pas le cas (Talbot et al., 1999; Morgan et Cumming, 1999; Cloitre et Koenen, 2001), les auteurs ne précisent pas si la présence ou non d'un traitement individuel chez les participantes a été considérée lors des analyses des effets de l'intervention.

La présente étude vise à évaluer les effets d'une intervention de groupe d'approche féministe offerte aux femmes AS en contexte québécois. L'étude évaluative tente de répondre aux limites méthodologiques soulevées en incluant une relance effectuée trois mois après la fin de l'intervention afin de vérifier le maintien des acquis à court terme. De plus, l'étude

propose de vérifier l'uniformité du programme d'intervention dispensé ainsi que l'assiduité des participantes aux rencontres.

Ressources CALACS au Québec

Au Québec, il existe différentes ressources pour venir en aide aux victimes d'agression sexuelle. Pour les femmes et les adolescentes, les CALACS (Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel) représentent une ressource féministe et communautaire importante. En effet, on dénombre maintenant près de trente centres à travers la province. En fait, les CALACS existent depuis plus de 25 ans et les centres ont développé une expertise dans l'intervention auprès des femmes et adolescentes victimes d'AS. L'ensemble des CALACS offre des démarches individuelles et de groupe et certains centres ont réalisé des évaluations informelles basées principalement sur l'appréciation des participantes. Toutefois, l'évaluation formelle d'une intervention de groupe pourra permettre de mieux cerner l'effet de l'intervention offerte aux femmes agressées sexuellement.

Méthodologie

Description de l'intervention de groupe et définition de l'AS

L'objectif général de l'intervention féministe des CALACS vise la reprise de pouvoir des femmes sur l'ensemble de leur vie et la réduction des conséquences reliées à l'AS. Au niveau des stratégies, l'intervention féministe met l'accent sur l'action et la conscientisation plutôt que sur l'introspection (Vandal, 1997). De façon plus précise, l'intervention de groupe dans les trois CALACS collaborateurs est de type fermée, semi-structurée, thématique, d'une durée variant entre 15 à 17 semaines à raison de trois heures par rencontre et chaque groupe se compose majoritairement de six à huit femmes adultes. Chaque rencontre aborde un thème précis tels que les émotions (par exemple la colère et la culpabilité), les mythes et préjugés, l'agresseur (par exemple les caractéristiques et les stratégies utilisées), le processus de dévictimisation, les stratégies d'adaptation, les peurs, l'affirmation de soi et la sexualité. La discussion, le dessin, le collage, l'écriture et les exercices psychocorporels sont des techniques utilisées à travers les rencontres. À titre d'exemple, les participantes sont invitées à fabriquer un collage (à partir d'images, de photos, de mots) qu'elles partagent au groupe dans l'objectif de permettre le dévoilement de leur vécu en lien avec les AS et d'identifier les conséquences. Un second exemple est celui de la lettre aux agresseurs que les femmes sont

invitées à rédiger: cette lettre leur permet de confronter symboliquement l'agresseur et de lui remettre la responsabilité des AS. Également, les intervenantes transmettent aux femmes plusieurs techniques de respiration et de relaxation pour réduire l'anxiété, les peurs, les cauchemars et les flashs-back. De plus, les participantes reçoivent de la documentation écrite à lire entre les rencontres et qui se joint généralement d'une réflexion écrite. À l'aide des syllabus des trois CALACS participant à l'étude, une analyse de contenu de l'intervention de groupe a été menée. Bien que le nombre de rencontres varie (15 à 17 rencontres), l'exercice a permis de constater que les trois CALACS offrent des groupes très similaires tant au niveau des objectifs, des thèmes et des outils d'intervention.

Les CALACS définissent l'AS comme un acte de domination, d'humiliation, d'abus de pouvoir, de violence qui se traduit par des attitudes, des paroles, des gestes de nature sexuelle sans le consentement de la personne par l'utilisation de l'intimidation, la menace, le chantage, la violence verbales, physique ou psychologique. L'exhibitionnisme, le harcèlement sexuel, l'inceste, la pornographie, le viol, le voyeurisme sont toutes des manifestations d'AS (Regroupement québécois des CALACS, 2000). La présente étude réfère à cette définition.

Participant

L'étude évaluative présente un devis prétest, post-test et une relance effectuée trois mois après la fin de l'intervention de groupe. L'échantillon est composé des femmes qui participaient à l'un des quatre groupes dans trois CALACS de la région de Lanaudière et des Laurentides à l'hiver 2004. Les critères d'inclusion des CALACS sont principalement être une femme âgée de 18 ans et plus, victime d'AS dans l'enfance ou à l'âge adulte et désirant volontairement participer au groupe. Aucune variable liée au contexte de l'agression ne constitue un critère, tel que le type d'AS ou le lien avec l'agresseur: un même groupe peut réunir des femmes victimes d'inceste et des femmes victimes d'AS à l'âge adulte. À l'hiver 2004, toutes les femmes (n = 30) participantes des groupes étaient sollicitées pour l'étude. Au total, 29 femmes ont accepté de participer à la recherche et ont complété les mesures au prétest, 26 ont complété le post-test et la relance. Les trois abandons sont exclusivement dus au fait que les femmes n'ont pas terminé la démarche de groupe. Afin de s'assurer de la conformité du programme donné en regard du programme prévu, une grille a été élaborée à partir du syllabus des rencontres de chacun des CALACS. À la fin de chaque rencontre de

groupe, les intervenantes ont complété cette grille en indiquant si la rencontre s'est déroulée tel que prévue et si les contenus et activités prévus ont été menés. Pour deux groupes, toutes les rencontres se sont déroulées conformément à la planification prévue. Pour un troisième groupe, une seule rencontre a été modifiée afin d'ajouter un exercice de cohésion de groupe. Quant au quatrième groupe, les intervenantes ont dû gérer plusieurs situations d'urgence, obligeant ainsi à réorganiser le contenu de certaines rencontres et l'ajout d'une rencontre a été retenu comme moyen palliatif afin que tous les contenus prévus soient dispensés.

Procédure

Lors de la première rencontre de groupe, l'assistante de recherche remettait le questionnaire aux femmes désireuses de participer à l'étude. Ces dernières répondaient seules durant la semaine et remettaient le questionnaire à la seconde rencontre. Le questionnaire du post-test était remis lors de la dernière rencontre de groupe pour être complété durant la semaine. Pour la relance, le questionnaire était envoyé par la poste trois mois plus tard. Les participantes à l'étude recevaient une compensation financière de 15\$ pour chaque étape de leur implication. Le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal a approuvé le projet de recherche.

Mesures

Les deux instruments de collecte d'informations sont une grille statistique des CALACS permettant de colliger les informations liées au contexte des AS et un questionnaire auto-administré évaluant les sentiments dépressifs, la détresse psychologique, les symptômes de SPT, les sentiments de culpabilité et d'impuissance.

Contexte des AS

L'ensemble des CALACS membres du Regroupement québécois des CALACS, en collaboration avec le milieu universitaire, ont élaboré une grille d'information dans le but d'uniformiser la cueillette de données au niveau national. Cette grille permet de recueillir des informations reliées au contexte de l'agression: le nombre d'AS, le type d'AS, le lien avec l'agresseur, l'âge au début de l'AS, la durée des AS, le lieu de l'agression, etc. La grille est élaborée de telle sorte qu'elle permet de recueillir davantage d'informations portant sur l'AS qui motive la demande d'aide au CALACS que sur les autres AS possiblement subies par les femmes. Dans les cas où la femme a subi plus d'une AS, la grille permet de compiler les informations pour un maximum de trois autres AS. Le terme AS réfère à un agresseur qui

peut impliquer plusieurs actes à des moments différents tandis que chaque acte impliquant un nouvel agresseur est considéré comme une nouvelle AS. La grille comporte une douzaine de thèmes qui totalisent plus d'une vingtaine de questions pour l'AS motivant la demande d'aide et de six questions pour les autres AS (s'il y a lieu). Toutes les questions se répondent exclusivement par un choix de réponses. Généralement, les grilles sont complétées par les intervenantes, bien qu'un CALACS collaborateur à l'étude a choisi de demander aux femmes de le remplir elles-mêmes ou de le compléter conjointement.

Sentiments dépressifs. Le « *Beck Depression Inventory (BDI)* » (Beck, Ward, Mendelson, Moch et Erbaugh, 1961) évalue l'intensité de la dépression générale. L'étude actuelle utilise la version traduite par Gauthier, Morin, Thériault et Lawson (1982) qui rapportent que le questionnaire n'est pas affecté par le phénomène de l'indésirabilité sociale. La consistance interne établie dans la présente étude se situe à 0,85. L'instrument comporte 21 énoncés et chaque énoncé comprend une série de quatre ou cinq réponses reflétant le degré des symptômes dépressifs ressentis.

Détresse psychologique. La version originale de l'Échelle de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec – IDPESQ (Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré, 1992) est utilisée afin d'obtenir une mesure globale de la détresse psychologique ainsi que quatre dimensions : anxiété, dépression, irritabilité, problèmes cognitifs. La cote globale obtient une bonne consistance interne (α : 0,91) et la consistance est adéquate pour les sous-échelles de l'anxiété (α : 0,82), de dépression (α : 0,84), d'irritabilité (α : 0,87) et de problèmes cognitifs (α : 0,68). L'échelle comporte 29 items avec un choix de réponse variant de 1 (jamais) à 4 (très souvent) et les énoncés sont complétés en se référant à la dernière semaine.

Symptômes de stress post-traumatique. Le « *Modified PTSD Symptom Scale, Self-Report* » (MPSS-SR, Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick, 1993) évalue la fréquence des symptômes de SPT au cours des deux dernières semaines et leur sévérité avec dix-sept énoncés. La fréquence est obtenue à l'aide d'une échelle de réponses variant de 0 «pas du tout» à 3 «5 fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours» tandis que la sévérité se calcule avec une échelle en cinq points variant de A «pas du tout perturbant» à E «extrêmement perturbant». Le MPSS-SR démontre une bonne consistance interne dans l'étude actuelle (α : 0,88 pour la fréquence, α : 0,89 pour la sévérité). Falsetti et ses collègues

(1993) suggèrent d'obtenir un score total (0-119) en additionnant la fréquence (0-51) et la sévérité (0-68).

Sentiment de culpabilité et sentiment d'impuissance. Le « *Trauma-Related Beliefs Questionnaire* » (Hazzard, 1998) a été développé pour mesurer les croyances chez les victimes d'agression sexuelle. L'outil comprend quatre sous-échelles et comporte un total de 56 énoncés qui se répondent par un choix de réponse variant de 1 (absolument faux) à 5 (absolument vrai). Une version française (Bergeron et Hébert, 2004) de deux sous-échelles a été utilisée pour la présente étude: la sous-échelle de culpabilité comporte 29 items (α : 0,83) et la sous-échelle de l'impuissance comportant 10 énoncés (α : 0,71).

Résultats

La présentation des résultats se divise en trois parties. La première partie présente les données socio-démographiques des participantes et les caractéristiques des agressions sexuelles dévoilées. La seconde partie vise à présenter les analyses de l'effet de l'intervention de groupe au niveau des variables suivantes: le niveau de détresse psychologique, les sentiments de dépression, les symptômes de stress post-traumatique, les sentiments de culpabilité et d'impuissance. La troisième partie présente les analyses complémentaires visant à explorer l'influence potentielle des variables modératrices sur les effets de l'intervention de groupe.

Caractéristiques socio-démographiques et des AS dévoilées

Le Tableau 1 présente les caractéristiques socio-démographiques et les caractéristiques des AS. Les participantes sont âgées entre 21 ans et 59 ans avec une moyenne de 37,54 ans (écart-type = 9,16). Les données quant à l'AS qui motive la demande au CALACS indiquent que le lien avec l'agresseur est majoritairement intrafamilial (76,9%), les AS ont débuté lorsque la victime était âgée de moins de 12 ans (73,1%) en se poursuivant de façon chronique (73,1%) et le délai entre la dernière AS et la demande d'aide au CALACS est de 13 ans et plus (73,1%).

Les données recueillies révèlent un taux de revictimisation sexuelle élevée, c'est-à-dire que 65,4% des femmes ont subi plusieurs AS au cours de leur vie. Au total, l'échantillon de 26 femmes permet de répertorier 62 AS réparties comme suit: inceste (48,4%), ACS extra-familiale dans l'enfance ou l'adolescence (19,4%), AS à l'âge adulte (17,7%), AS collective

(4,8%), harcèlement sexuel (3,2%), AS avec intoxication involontaire (1,6%) et type d'AS non précisé (4,8%). Les agresseurs sont presque tous des hommes (93,5%) comparativement à trois femmes (4,9%); ils sont adultes dans 51 cas (82,2%), âgés entre 12-17 ans pour six cas (9,7%) et non divulgué (5=8,1%).

En ce qui concerne la participation à un suivi individuel au CALACS ou avec une autre ressource, la forte majorité des participantes (22/26) n'avait pas participé à une démarche individuelle avant le début du groupe. De même, 19 femmes ne recevaient pas d'aide individuelle pendant la période de l'intervention de groupe.

--- Tableau 1 ----

Évaluation des effets de l'intervention de groupe

Le Tableau 2 présente les moyennes et les écart-types obtenus lors du prétest, du post-test réalisé dans la semaine suivant la fin de l'intervention et de la relance effectuée trois mois plus tard. Les résultats démontrent que les participantes obtiennent des changements statistiquement significatifs entre le prétest et le post-test pour toutes les mesures considérées. Ainsi, les analyses de test t pairés menées indiquent que les femmes ont obtenu des scores significativement plus faibles lors du post-test aux échelles de détresse psychologique, des sentiments dépressifs, des symptômes de stress post-traumatique, du sentiment de culpabilité et du sentiment d'impuissance, révélant une amélioration pour toutes ces variables.

--- Tableau 2 ----

Un examen des scores de gains individuels, effectué en contrastant les scores moyens obtenus lors du prétest et du post-test, indique que 22 femmes ont obtenu des cotes révélant moins de détresse psychologique, 24 femmes rapportent des sentiments de dépression moins élevés, 23 femmes obtiennent des cotes indiquant moins de culpabilité au post-test. L'analyse indique par ailleurs que 21 femmes rapportent des cotes de fréquence SPT moins élevées et 23 femmes des cotes de sévérité SPT moins élevées suite à leur participation au groupe. Par ailleurs, 14 femmes dévoilent moins de sentiments d'impuissance lors du post-test.

Une mesure de relance a été effectuée trois mois après la fin de l'intervention de groupe afin de vérifier le maintien des acquis. Les résultats des analyses de test t pairés sont présentés au tableau 2. Les résultats indiquent que les acquis sont maintenus trois mois après la fin du groupe, aucune différence significative étant apparente entre les scores moyens obtenus lors du post-test et ceux obtenus lors de la relance.

Analyses des variables modératrices

Des analyses de corrélations ont été réalisées afin de vérifier si le pourcentage d'assiduité aux rencontres était relié aux scores de gains obtenus au post-test. Le pourcentage d'assiduité varie de 83% à 100% avec une moyenne de présence aux rencontres de 94,12% (écart-type= 6,15%). Les analyses ne révèlent aucune corrélation significative, suggérant ainsi que les gains obtenus au post-test ne sont pas influencés par l'assiduité aux rencontres de groupe.

Afin de vérifier si certaines variables pouvaient être liées aux améliorations notées chez les femmes participant à l'intervention de groupe, une série d'analyses de régression a été menée. Les variables suivantes ont été considérées pour la prédiction des scores au post-test: la participation à une intervention individuelle parallèle au groupe (intervention en même temps que le groupe au CALACS ou à une autre ressource), la présence ou non de revictimisation sexuelle, le lien avec l'agresseur (intra ou extra familial), l'âge de la victime lorsque les AS ont débuté (11 ans et moins ou 12 ans et plus) et la durée des AS (AS unique ou AS répétitives). L'analyse de régression multiple hiérarchique est retenue afin d'évaluer la contribution de ces variables sur les résultats des participantes au post-test pour les différentes variables dépendantes évaluées (détresse, dépression, SPT, culpabilité, impuissance). L'effet des variables modératrices potentielles est évalué lors d'une deuxième étape en contrôlant l'effet de la mesure au prétest lors de la première étape de la régression hiérarchique. Les résultats sont présentés au Tableau 3.

--- Tableau 3 ---

En ce qui concerne l'échelle de la détresse, l'analyse de régression multiple indique que la cote moyenne obtenue à l'échelle lors du prétest ($\beta = 0,47$) contribue à prédire la cote moyenne obtenue lors du post-test ($F(1,24) = 6,91$, $p = 0,02$, R^2 ajusté = 0,19). L'analyse de régression multiple révèle que l'inclusion des variables évaluant la participation à une intervention individuelle ($\beta = 0,09$, n.s.), la présence ou non de revictimisation sexuelle ($\beta = 0,05$, n.s.), l'identité de l'agresseur (intra vs extra) ($\beta = 0,05$, n.s.), le fait que l'AS est débuté avant ou après 12 ans ($\beta = 0,21$, n.s.) ou la durée des AS ($\beta = 0,02$, n.s.) ne sont pas prédictives des résultats au post-test.

En ce qui concerne l'échelle de dépression, la cote moyenne obtenue lors du prétest ($\beta = 0,34$) contribue de façon marginale à prédire la cote moyenne obtenue lors du post-test

($F(1,24) = 3,20$, $p = 0,08$, R^2 ajusté = 0,08). L'analyse de régression multiple révèle que l'inclusion des variables évaluant la participation à une intervention individuelle ($\beta = -0,03$, n.s.), la présence de revictimisation sexuelle ($\beta = 0,17$, n.s.), l'identité de l'agresseur ($\beta = 0,10$, n.s.), le fait que l'AS est débuté avant ou après 12 ans ($\beta = 0,07$, n.s.) ou la durée des AS ($\beta = 0,33$, n.s.) n'apporte aucune contribution significative dans l'explication de la variance des résultats au post-test.

Le scénario demeure le même pour l'échelle du SPT total, c'est-à-dire que la cote moyenne obtenue lors du prétest ($\beta = 0,54$) contribue à prédire la cote moyenne obtenue lors du post-test ($F(1,23) = 9,54$, $p = 0,005$, R^2 ajusté = 0,26). La seconde étape indique que l'ajout des variables n'apporte aucune contribution significative: participation à une intervention individuelle ($\beta = 0,05$, n.s.), la présence de revictimisation sexuelle ($\beta = -0,21$, n.s.), l'identité de l'agresseur ($\beta = 0,01$, n.s.), le fait que l'AS est débuté avant 12 ans ($\beta = 0,09$, n.s.) ou la durée des AS ($\beta = 0,20$, n.s.).

Pour ce qui est de la variable culpabilité, l'analyse de régression multiple indique que la cote moyenne obtenue à l'échelle lors du prétest ($\beta = 0,44$) contribue à prédire la cote moyenne obtenue lors du post-test ($F(1,24) = 5,77$, $p = 0,02$, R^2 ajusté = 0,16). L'analyse de la deuxième étape de la régression indique que l'ajout des variables modératrices contribue à la prédiction du score du post-test ($F(6,19) = 3,51$, $p = 0,02$, R^2 ajusté = 0,53). L'analyse des prédicteurs révèle que seule la variable de l'âge de la victime au début des AS ($\beta = -0,50$, $p = 0,04$) apporte une contribution dans la prédiction des scores du post-test indiquant que les femmes ayant vécu une AS avant l'âge de 12 ans sont davantage susceptibles de démontrer un gain plus important au score de culpabilité lors du post-test.

Finalement, l'analyse de régression multiple pour la variable de l'impuissance indique que la cote moyenne obtenue à l'échelle lors du prétest ($\beta = 0,61$) contribue à prédire la cote moyenne du post-test ($F(1,24) = 14,49$, $p = 0,001$, R^2 ajusté = 0,35). L'analyse de la deuxième étape de la régression indique que l'ajout des variables modératrices contribue à la prédiction du score du post-test ($F(6,19) = 3,94$, $p = 0,01$, R^2 ajusté = 0,41). L'analyse des prédicteurs révèle que seule la variable de la durée des AS ($\beta = -0,37$, $p = 0,04$) apporte une contribution dans la prédiction des scores du post-test, signifiant ainsi que les femmes dont la durée des AS

est plus longue sont davantage susceptibles de démontrer un gain plus important sur l'échelle de l'impuissance.

Discussion

L'objectif de la présente étude était d'analyser les effets d'une intervention de groupe auprès des femmes victimes d'agression sexuelle offerte par trois CALACS au Québec et de vérifier si ces effets se maintiennent dans le temps. Plus précisément, cet article visait à présenter les changements associés à la participation au groupe en lien avec les variables de la détresse psychologique, des sentiments dépressifs, du stress post-traumatique, du sentiment de culpabilité et celui de l'impuissance. Le questionnaire écrit a été administré aux femmes entre la première et la deuxième rencontre de groupe, dans la semaine qui a suivi la fin du groupe et trois mois plus tard. L'étude actuelle présente un faible taux d'abandon, soit 10,3% qui s'explique entièrement par le fait que trois participantes ont abandonné le groupe. Dans la recension de Higgins Kessler et ses collègues (2003), les auteurs suggèrent que le taux d'abandon soit inférieur à 20% pour conserver un niveau de confiance dans les résultats obtenus. Ceux-ci rapportent que seulement 5 études sur 13 répondent à ce critère dans leur recension.

Les données recueillies permettent de documenter le profil des participantes. Les informations obtenues par la grille des CALACS indiquent que les femmes qui consultent au CALACS ont majoritairement subi de l'inceste et que les AS ont débuté lorsqu'elles étaient âgées de moins de douze ans pour se poursuivre de façon répétitive pendant plusieurs années. Les caractéristiques des agressions sexuelles dans le présent échantillon sont comparables à celles des autres études. Notamment, la synthèse des études présentée dans les Orientations gouvernementales (Gouvernement du Québec, 2001) mentionne plusieurs caractéristiques reliées aux AS: beaucoup de femmes qui adressent des demandes d'aide à l'âge adulte le font pour des agressions sexuelles commises dans leur enfance, la majorité (70%-85%) des victimes connaissent l'agresseur, les agresseurs accusés au Canada sont des adultes (81%) de sexes masculins (98%).

En outre, les données recueillies ajoutent certaines informations peu ou pas documentées. En effet, la grande majorité des femmes révèlent que les agressions sexuelles ont duré plusieurs années, signifiant ainsi que les actes criminels ont été répétitifs à long

terme. Également, les données de cette étude indiquent que la dernière AS remontent à plusieurs années, soit plus de 13 ans pour 73,1% des femmes de l'étude. La moitié des femmes n'avaient jamais entrepris de démarches spécifiques pour les AS avant de demander de l'aide au CALACS suggérant qu'une proportion considérable de femmes vivent avec les conséquences des AS pendant plusieurs années avant de consulter les services d'aide. De plus, l'étude actuelle met en lumière que 65,4% des femmes ont subi plus d'une AS, ce qui représente un pourcentage de revictimisation élevé. La recension des écrits de Classen, Palesh et Aggarwal (2005) indiquent que approximativement 66% des personnes qui rapportent avoir subi une AS rapportent également avoir été sexuellement revictimisées. À ce propos, l'étude et Elliot, Mok et Brière (2004) suggère que les facteurs de risque liés à l'agression sexuelle à l'âge adulte sont d'être une femme, d'avoir subi une AS durant l'enfance et avoir été victime de violence physique. Le fait de vivre de la violence dans l'enfance peut entraîner la jeune fille dans un processus de victimisation qui l'amène à ne plus se faire confiance, à invalider ses opinions ou intuitions et à tolérer davantage la violence: ces conditions apportent certainement une plus grande vulnérabilité face à la violence. D'ailleurs, c'est afin d'outiller les femmes à comprendre les processus de victimisation et de dévictimisation que les CALACS de l'étude intègrent ces thèmes dans l'intervention de groupe.

Non seulement l'étude documente certaines caractéristiques des femmes qui consultent aux CALACS, mais les analyses effectuées témoignent de l'efficacité de l'intervention de groupe dispensé par les CALACS. En effet, les résultats démontrent que les participantes obtiennent des scores significativement plus faibles entre le début et la fin du groupe aux échelles de détresse psychologique, des sentiments dépressifs, des symptômes de stress post-traumatique, des sentiments de culpabilité et d'impuissance. Ces résultats rejoignent ceux des études antérieures qui ont démontré une réduction de la détresse psychologique (Cloitre et Koenen, 2001 ; Saxe et Johnson, 1999), des sentiments dépressifs (Damant – pour le groupe féministe seulement, 1995; Ritchers, Snider et Gorey, 1997; Westbury et Tutty, 1999, Saxe et Johnson, 1999; Morgan et Cumming, 1999; Cloitre et Koenen, 2001), et des symptômes de stress post-traumatique (Zlotnick et al., 1997; Morgan et Cumming, 1999; Cloitre et Koenen, 2001). L'intervention de groupe semble aussi efficace pour diminuer les sentiments de culpabilité. Les résultats sont comparables avec l'étude de

Gorey, Ritcher et Snider (2001) ainsi que celle de Morgan et Cumming (1999). La présente étude a aussi permis de documenter un effet bénéfique de l'intervention de groupe au niveau du sentiment d'impuissance, cette variable n'étant pas évaluée dans les études antérieures. De même, l'intervention féministe considère la présence des symptômes de dépression ou de SPT comme étant le résultat des expériences traumatisantes et non comme la manifestation d'une pathologie personnelle. En validant ainsi le vécu des femmes et en mettant l'accent sur les forces des femmes pour leur permettre de se percevoir plus positivement, cette approche contribue sans aucun doute à l'amélioration des variables mesurées.

À travers l'intervention de groupe dans les CALACS collaborateurs, certaines rencontres visent spécifiquement à permettre aux femmes de se déculpabiliser face à l'agression sexuelle, de reprendre du pouvoir en remettant entièrement la responsabilité de l'agression sexuelle à l'agresseur, de comprendre le processus de dévictimation pour favoriser la reprise de pouvoir et de défaire les mythes et les préjugés entourant les agressions sexuelles qui très souvent stigmatisent et culpabilisent les victimes. Également, des techniques sont également transmises aux participantes pour réduire les peurs, les cauchemars et les flash-backs. À la lumière des résultats, il est donc possible de croire que la sélection des thèmes pour l'intervention de groupe des CALACS semble tout à fait appropriée pour favoriser des gains significatifs chez les participantes. Les résultats obtenus lors de la relance effectuée trois mois après la fin du groupe indiquent que les changements sont maintenus dans le temps pour toutes les variables considérées. Ainsi, l'étude actuelle supporte l'idée que l'intervention de groupe dans les CALACS aide les femmes à réduire la détresse psychologique, les symptômes du stress post-traumatique, les sentiments dépressifs, de culpabilité et celui de l'impuissance et que les résultats se maintiennent à court terme.

La présente étude a exploré certaines variables modératrices pouvant être liées aux résultats lors du post-test. Dans un premier temps, l'étude ne relève pas de lien significatif entre les changements observés au post-test et les variables suivantes : le lien avec l'agresseur, la revictimisation sexuelle, l'assiduité et la participation à une intervention individuelle parallèle au groupe. Ainsi, les données indiquent que de façon générale l'intervention de groupe dans les CALACS semble efficace pour l'ensemble des femmes victimes d'AS, peu importe si l'agresseur est intrafamilial ou extrafamilial, si les AS ont débuté alors que la victime était âgée de moins de onze ans ou de plus de douze ans, si la

participante a subi une AS ou plusieurs AS, l'absence ou la présence d'une démarche individuelle en même temps que le groupe. Ces résultats rappellent l'étude de Ullman et Filipas (2001) qui visait notamment à explorer les corrélations possibles entre le SPT et les caractéristiques des AS: les résultats de Ullman et Filipas (2001) indiquent l'absence de corrélation entre la sévérité du SPT et l'âge lors de l'AS et l'identité de l'AS. L'absence de lien significatif pour la présente étude supporte le choix des CALACS d'offrir le groupe aux femmes indépendamment des caractéristiques des AS et peu importe qu'elles participent ou non à une démarche individuelle en même temps que le groupe. Les résultats ne questionnent pas la pertinence d'une démarche individuelle en même temps que le groupe, mais il apparaît que les gains des femmes obtenus au post-test ne sont pas supérieurs, même si ces dernières participaient à une démarche individuelle.

La présente étude fait valoir la contribution de la variable de l'âge de la victime au moment de la première AS à la prédiction du score de la culpabilité au post-test et la contribution de la variable de la durée des AS à la prédiction du score d'impuissance au post-test. Effectivement, les analyses de régression indiquent que les participantes qui étaient âgées de moins de 12 ans au moment de la première AS réduisaient davantage leur sentiment de culpabilité au post-test et que les participantes qui avaient subi des AS répétitives réduisaient davantage leur sentiment d'impuissance au post-test. Sur ce point, le modèle de Finkelhor et Browne (1985) peut offrir certaines pistes d'explication en lien avec les sentiments de culpabilité et d'impuissance. Les auteurs proposent un modèle théorique de l'impact des AS dans l'enfance, selon quatre dynamiques traumatisantes : sexualité traumatisante, stigmatisation, trahison et impuissance. Chacune de ces dynamiques serait liée à des conséquences à court et long terme chez les victimes d'AS. En regard des résultats de la présente étude, les dynamiques de stigmatisation et d'impuissance peuvent fournir des éléments d'interprétations. Selon Finkelhor et Browne (1985) la stigmatisation réfère aux messages négatifs adressés à la victime d'AS par l'agresseur: ces messages sont intériorisés par la victime et alimentent notamment la honte et la culpabilité pouvant ainsi entraîner des conséquences comme la prostitution, les comportements auto-destructeurs, l'abus de drogue/alcool, etc. Les auteurs mentionnent également que cette stigmatisation peut être accentuée par des réactions négatives de l'entourage. Il est possible d'ajouter que les messages véhiculés socialement peuvent également renforcer la stigmatisation des femmes

victimes d'AS, notamment par le maintien des mythes qui responsabilisent et culpabilisent les victimes. En second lieu, les auteurs expliquent que le sentiment d'impuissance s'inscrit au moment des AS en raison de la perte de contrôle, de l'impossibilité à se défendre et de l'invasion de son corps et son intimité. Le sentiment d'impuissance peut être accentué lorsque le dévoilement provoque des réactions négatives, comme le fait de ne pas être cru et protégé. Les conséquences associées sont la peur, l'impression d'être inefficace pour se protéger, la dépression et l'augmentation du risque de revictimisation.

Ainsi, le modèle de Finkelhor et Browne (1985) démontre l'importance d'offrir des interventions qui permettront aux femmes de se libérer de la stigmatisation et de réduire leur sentiment d'impuissance installés depuis plusieurs années et intensifiés par d'autres expériences de violence. En outre, l'étude actuelle confirme que l'intervention des CALACS diminue les sentiments de culpabilité et d'impuissance. Par conséquent, il est possible de supposer que ces résultats sont sans doute associés aux thèmes et objectifs des groupes ainsi qu'à l'approche féministe qui affirme clairement que la responsabilité des AS revient entièrement à l'agresseur. L'intervention féministe vise à permettre aux femmes de connecter avec leur pouvoir personnel en misant sur les forces et les capacités de chacune d'elles. Le groupe est un lieu de soutien et d'encouragement qui permet aux femmes d'être crues, d'être respectées, d'être validées dans leurs émotions, réactions et impressions. De plus, des rencontres de groupe visent spécifiquement à éliminer les mythes et préjugés entourant les AS et à identifier les messages négatifs intériorisés pour s'en libérer, permettant ainsi aux femmes de s'affranchir des stigmates. L'intervention permet peut-être de se libérer des stigmates de façon plus significative pour les femmes agressées sexuellement avant l'âge de 11 ans. L'intervention vise à faire comprendre aux femmes qu'elles ont été dans un processus de victimisation mais qu'elles peuvent enclencher un processus de dévictimisation. Il est possible de croire que le groupe constitue un outil davantage renforceur pour une femme qui a subi des AS sur une longue durée et qui a intégré très tôt les messages intériorisés.

L'étude apporte une contribution intéressante sous plusieurs considérations. D'abord, elle permet d'enrichir la recherche en matière d'AS étant donné le nombre peu élevé d'études évaluatives sur les programmes d'intervention. Dans le même ordre d'idées, les résultats suggèrent que l'intervention féministe des CALACS apporte des gains considérables pour les femmes, notamment pour réduire la détresse psychologique, les sentiments dépressifs, le

stress post-traumatique, le sentiment de culpabilité et celui de l'impuissance. De plus, l'étude comprend une vérification de l'uniformité du programme d'intervention dispensé ainsi que de l'assiduité des participantes aux rencontres: ces deux variables demeurent très peu fréquentes dans les études précédentes.

Tous les CALACS offrent des groupes aux femmes mais ils ne sont pas nécessairement homogènes. La description de l'intervention précisée dans cet article réfère aux trois CALACS qui ont collaboré à l'étude et dont le programme de groupe est suffisamment similaire pour assurer une certaine uniformité. Il pourrait s'avérer intéressant de répertorier les modalités des groupes dans l'ensemble des CALACS du Québec et ainsi de dégager les similitudes et les différences entre les Centres.

La présente étude, bien qu'ayant permis de fournir une première analyse des effets de l'intervention de groupe destinée aux femmes agressées sexuellement, comporte néanmoins certaines lacunes méthodologiques. Les participantes ont répondu au prétest après la première rencontre de groupe. Différentes options ont été étudiées pour que les femmes répondent au questionnaire avant toute intervention de groupe, mais des limites pratiques rendaient les autres stratégies impossibles. Il importe toutefois de préciser que la première rencontre de groupe est axée sur le fonctionnement et la prise de contact, et non sur un thème précis relié aux agressions sexuelles. La présente étude ne comporte pas de groupe témoin, ce qui constitue une limite à l'interprétation des résultats qui devrait être palliée dans le cadre d'études futures. En outre, une évaluation des bénéfices à plus long terme devrait être menée afin de documenter le maintien des acquis des participantes. De plus l'analyse des variables pouvant influencer les gains suite à la participation à une intervention de groupe est basée sur un échantillon relativement petit. Des études impliquant de plus vastes échantillons devront corroborer les présents résultats. Néanmoins, la présente étude constitue une première analyse des effets de l'intervention de groupe auprès des femmes agressées sexuellement dans le contexte québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).

Références

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Bergeron, M., & Hébert, M. (2004). Questionnaire des croyances liées à l'agression sexuelle: les sentiments de culpabilité et d'impuissance. (Traduction de l'échelle *Trauma-related Beliefs Questionnaire* d'Ann Hazzard, 1998). Document inédit, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada.
- Classen, C., Palesh, O.G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: A review of the empirical literature. Trauma, violence and Abuse, 6(2), 103-129.
- Cloitre, M., & Koenen, K.C. (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcomes among women with posttraumatic stress disorder related to childhood. International Journal of Group Psychotherapy, 51(3), 379-398.
- Damant, D. (1995). Effets de deux programmes d'intervention pour des femmes adultes agressées sexuellement pendant l'enfance. Thèse de doctorat en service social, Université Laval, Ste-Foy, Québec, Canada.
- Elliot, D.M., Mok, D.S., & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex difference in the general population. Journal of Traumatic Stress, 17(3), 203-211.
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resick, P.A., & Kilpatrick, D. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. The Behavior Therapist, 16, 161-162.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. American Journal of Orthopsychiatry, 55(4), 530-541.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., & Lawson, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue québécoise de psychologie, 3(2), 13-27.
- Gorey, K.M., Ritcher, N.L., & Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse: Effectiveness of group work intervention. Child Abuse & Neglect, 25, 347-355.
- Gouvernement du Québec (2001). Orientations Québec, ministère de la Santé et des services sociaux. (2001). Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Québec : Direction des communications.

- Hazard, A. (1998). Trauma-Related Beliefs Questionnaire. In C.M. Davis (Ed.), Handbook of sexuality-related measures (pp.18-21). Thousand Oaks, Californie: Sage.
- Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoie, F., Perreaut, N., Dorais, M., & Rinfret-Raynor, M. (2002). Des interventions préventives et des services d'aide directe en matière d'agression sexuelle : Description des pratiques québécoises. Rapport de recherche. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF), Québec, Canada.
- Higgins Kessley, M.R., White, M.B., & Nelson, B.S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. Child Abuse & Neglect, 27, 1045-1061.
- Morgan, T., & Cumming, A.L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(1), 28-36.
- Prévile, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Les cahiers de la recherche, 7, Enquête Santé Québec 87, Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent, 42(3), 269-278.
- Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (1998). Les groupes de soutien dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du Québec. Document inédit, CALACS, Québec, Canada. (ISBN : 2-9803350-9-6)
- Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. (1997). L'intervention féministe dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du Québec. Document inédit, CALACS, Québec, Canada. (ISBN: 2-9803350-7-X).
- Resnick, H., Acierno, R. Holmes, M., Dammayer, M., & Kilpatrick, D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. Journal of Clinical Psychology, 56, 1371-1333.
- Ritchers, N.L., Snider, E., & Gorey K.M. (1997). Group work intervention with female survivors of childhood sexual abuse. Research on Social Work Practice, 7, 53-69.
- Saxe, B.J., Johnson, S.M. (1999). An empirical investigation of group treatment for a clinical population of adult female incest survivors. Journal of Child Sexual Abuse, 8(1), 67-88.

- Statistiques Canada (1993). Un nouvel horizon: Éliminer la violence-Atteindre l'égalité. Rapport final du Comité canadien sur la violence faite aux femmes. Ministère des Approvisionnements et services, Ottawa.
- Talbot, N.L., Houghtalen, R.P., Duberstein P.R., Cox. C., Giles. D.E., et L.C. Wynne. 1999. Effets of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse. *Psychiatric Services*, 50(5), 686-692.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J., Chartrand, M.-E. (soumis). Prévalence et co-occurrence des mauvais traitements envers les enfants dans la population québécoise.
- Ullman, S.E., & Filipas, H.H. (2001). Predictor of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic stress*, 14(2), 369-389.
- Vandal, C. (1997). Les pratiques d'intervention féministe dans les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS). Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada.
- Westbury, E., & Tutty, L.M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(1), 31-44.
- Zlotnick, C., Shea, T.M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 425-436.

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques et contexte des agressions sexuelles

		%	(n)
Statut civil	En couple	65,4%	(17)
	Pas en couple	34,6%	(9)
Niveau de scolarité	Primaire/Secondaire	42,3%	(11)
	Collégial/École de métier	46,2%	(12)
	Université	11,5%	(3)
Revenu familial	Moins de 20000\$	42,3%	(11)
	20 000\$ à 39 999\$	19,2%	(5)
	40 000\$ et plus	38,5%	(10)
Principale occupation	À la maison ou sans travail	42,3%	(11)
	Travail ou/et études	57,7%	(15)
Lien avec agresseur	Intrafamilial	76,9%	(20)
	Extrafamilial	23,1%	(6)
Âge au début de AS	0-11 ans	73,1%	(19)
	12 ans et plus	26,9%	(7)
Durée de AS	Un seul épisode	19,2%	(5)
	≥2 épisodes mais - de 2 ans	11,5%	(3)
	2 ans et plus	61,5%	(16)
	Non divulgué	7,8%	(2)
Délai entre AS et demande d'aide	Moins de 12 mois	11,5%	(3)
	Entre 1 an et 12 ans	15,4%	(4)
	13 ans et plus	73,1%	(19)
Revictimisation	Une seule AS	34,6%	(9)
	Plusieurs AS	65,4%	(17)

Tableau 2

Moyennes et écart-types pour les trois temps de mesures et résultats des t-tests

Variables	Prétest		Post-test		Relance		Pré/post-test		Post-test/relance	
	M (é-t)		M (é-t)		M (é-t)		t(25)	p	t(25)	p
Dépression	19,12	(8,52)	8,23	(5,51)	9,88	(5,80)	6,60	0,000***	-1,62	ns
SPT total	48,24	(23,90)	26,92	(16,10)	30,31	(19,88)	5,24	0,000***	-1,31	ns
Fréquence	21,88	(10,27)	12,72	(7,55)	13,62	(8,72)	5,23	0,000***	-0,77	ns
Sévérité	26,54	(14,14)	13,96	(9,02)	16,69	(11,45)	5,03	0,000***	-1,65	ns
Détresse	68,85	(15,85)	53,77	(14,70)	56,46	(11,02)	4,89	0,000***	-0,93	ns
Anxiété	25,42	(7,07)	20,12	(6,41)	20,81	(5,06)	3,94	0,001**	-0,53	ns
Dépression	24,38	(6,12)	18,23	(5,85)	19,85	(4,31)	5,03	0,000***	-1,42	ns
Irritabilité	8,58	(3,09)	7,15	(2,44)	7,54	(2,50)	2,22	0,035*	-0,66	ns
Prob.cognitifs	10,46	(3,17)	8,27	(2,81)	8,27	(2,74)	3,69	0,001***	0,00	ns
Culpabilité	74,08	(13,40)	58,50	(11,87)	59,38	(14,49)	5,92	0,000***	-0,41	ns
Impuissance	26,31	(6,40)	23,04	(5,07)	23,65	(4,97)	3,22	0,004**	-0,75	ns

* p<0,05 ** p<0,01 ***p<0,001

Tableau 3
Résultats des analyses de régression hiérarchique

	Détresse psychologique	Dépression	Stress post-traumatique	Culpabilité	Impuissance
Étape 1	0,47*	0,34 ^m	0,54**	0,44*	0,61***
Score au prétest					
R ² ajusté	0,19*	0,08	0,26*	0,16*	0,35*
Étape 2					
Intervention ind.	0,09	-0,03	0,05	-0,24	0,12
Revictimisation	-0,05	0,17	-0,21	0,16	0,13
Lien agresseur	0,05	0,10	0,01	0,01	-0,20
Âge au début	0,21	0,07	0,09	-0,50*	0,13
Durée des AS	0,02	0,33	0,20	-0,25	-0,37*
R ² ajusté	0,06	0,14	0,15	0,38*	0,41*

^m = marginal * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

CHAPITRE VII

DISCUSSION

Le présent projet visait deux objectifs. Le premier objectif consistait à documenter certaines caractéristiques des femmes sollicitant des services d'aide dans des CALACS. Plus spécifiquement, l'étude visait à détailler les caractéristiques des AS dévoilées, documenter la présence des expériences antérieures et concomitantes de violence, décrire le soutien de l'entourage perçu par les participantes, tracer le profil des femmes sous les variables de la détresse psychologique, la dépression, le stress post-traumatique. Le second objectif était d'analyser les effets d'une intervention de groupe auprès des femmes victimes d'agression sexuelle offerte par trois CALACS au Québec et de mesurer si ces effets se maintiennent dans le temps en lien avec les variables de la détresse psychologique, des sentiments dépressifs, du stress post-traumatique, du sentiment de culpabilité et celui de l'impuissance.

Le premier article apporte une contribution importante dans l'acquisition d'une meilleure connaissance des caractéristiques des personnes victimes d'AS au Québec et consultant dans les CALACS. La présente étude corrobore certaines informations déjà colligées et elle contribue également à accroître une connaissance plus précise des profils des femmes victimes d'AS sollicitant des services d'aide dans les CALACS. D'abord, les 64 femmes participantes à l'étude qui ont consulté aux CALACS ont majoritairement subi de l'inceste. Les AS ont débuté lorsqu'elles les femmes étaient âgées de moins de douze ans et les AS ont été commises par des personnes de leur entourage. Ces caractéristiques sont comparables à celles des autres études. Notamment, la synthèse des études présentées dans les Orientations gouvernementales (Gouvernement du Québec, 2001) mentionne plusieurs caractéristiques reliées aux AS : beaucoup de femmes qui adressent des demandes d'aide à l'âge adulte le font pour des agressions sexuelles commises dans leur enfance, la majorité (70%-85%) des victimes connaissent l'agresseur et les agresseurs accusés au Canada sont des adultes (81%) de sexe masculin (98%).

En outre, les données recueillies par la présente étude ajoute certaines informations peu ou pas documentées. En effet, la grande majorité des femmes révèlent que les agressions sexuelles ont duré plusieurs années, signifiant ainsi que les actes criminels ont été répétitifs à long terme. Également, les données de cette étude indiquent que la dernière AS remonte à plusieurs années, soit plus de 13 ans pour 71,9% des femmes de l'étude. Il faut rappeler que la catégorie « plus de 13 ans » peut signifier 20 ans, 30 ans ou 40 ans de silence. Il est reconnu que les victimes d'agression sexuelle attendent longtemps avant de demander de l'aide et même que certaines garderont ce lourd secret pour elles-mêmes. L'étude confirme que les femmes attendent plusieurs années dans une très grande proportion.

Bien plus, les données précisent que le taux de revictimisation sexuelle chez les participantes de l'étude est considérablement élevé puisque 71,9% des femmes dévoilent plus d'une AS au cours de leur vie. Ces données précisent le caractère répétitif de la revictimisation, notamment en dévoilant que le tiers des répondantes ont subi quatre AS et plus au cours de leur vie. Par conséquent, ces données permettent de mieux cerner l'ampleur de la violence sexuelle vécue par ces femmes qui demandent de l'aide aux CALACS.

Par surcroît, l'étude révèle également des taux importants de violence familiale dans l'enfance et de violence conjugale à l'âge adulte, permettant de constater que les femmes ont été exposées à la violence de façon répétitive au cours de leur vie. Ainsi, la majorité (79,4%) des participantes rapportent avoir subi de la violence familiale comme témoin et victime et 86,2% des femmes ont vécu au moins une forme de violence conjugale (psychologique ou physique) au cours des cinq dernières années avec le conjoint actuel. À la lumière de ces données, il apparaît évident que les femmes violentées et blessées auront recours à certaines ressources puisque la violence est associée à une utilisation accrue de services de santé et de services psychosociaux. Aussi, les milieux de la santé et des services sociaux constatent de plus en plus qu'ils doivent adapter leurs interventions puisque les victimes d'AS vivent souvent de façon concomitante d'autres formes de violence. Non seulement ces femmes doivent intégrer leur histoire de victimisation sexuelle, mais plusieurs d'entre elles vivent également des situations de violence conjugale. Bien que la plupart de ces difficultés représentent des éléments concomitants ou encore des conséquences associées aux AS dans

l'enfance, elles constituent un défi supplémentaire au travail d'intervention promulgué dans les différents milieux de pratiques.

L'étude actuelle révèle aussi que les femmes considèrent comme « faible » le soutien reçu de la part de leur famille d'origine (père, mère, fratrie, parenté), tant au moment du dévoilement des AS que face à leur démarche actuelle au CALACS. Toutefois, ce soutien est nettement supérieur de la part de leur entourage. D'ailleurs, une forte majorité (87,5%) des femmes ont dévoilé les AS à au moins un membre de leur famille d'origine mais seulement 54,7% d'entre elles ont informé minimalement un membre de la famille de leur démarche au CALACS. Il est probable que le faible soutien de la famille soit relié au fait que plusieurs femmes ont vécu des AS par un homme à l'intérieur de la famille.

En outre, les données permettent d'identifier qu'une majorité de femmes qui demandent de l'aide aux CALACS présentent un niveau de détresse cliniquement significatif, qu'elles obtiennent un score de dépression considéré modéré à sévère et qu'elles démontrent des symptômes de SPT. Rappelons que la détresse est associée à plusieurs conséquences négatives sur la santé des femmes et à une consultation plus élevée de ressources d'aide extérieure (Enquête de Santé Québec, 1993). Faute de ressources financières et humaines, les CALACS doivent malheureusement composer avec des listes d'attentes de plusieurs mois voire d'une année et plus. Cette lacune au niveau de l'accessibilité des services s'avère donc inquiétante quant au niveau de détresse de ces femmes. Peut-on imaginer quels impacts peut engendrer un délai d'attente de plusieurs mois pour ces femmes?

Comme il a été précisé précédemment, le second objectif de la présente étude était d'analyser les effets d'une intervention de groupe auprès des femmes victimes d'agression sexuelle offerte par trois CALACS au Québec et de mesurer si ces effets se maintiennent dans le temps. Les analyses effectuées témoignent de l'efficacité de l'intervention de groupe des CALACS. En effet, les scores aux échelles de détresse psychologique, des sentiments dépressifs, des symptômes de SPT, des sentiments de culpabilité et d'impuissance ont diminué de façon significative entre le début et la fin du groupe chez les participantes au groupe. De plus les résultats, obtenus lors de la relance effectuée trois mois après la fin du

groupe, indiquent que les changements sont maintenus dans le temps pour toutes ces variables. Par conséquent, l'étude actuelle supporte l'idée que l'intervention de groupe dans les CALACS aide les femmes à réduire la détresse psychologique, les symptômes du stress post-traumatique, les sentiments dépressifs, de culpabilité et celui de l'impuissance et que les résultats se maintiennent à court terme.

La présente étude a de plus considéré certaines variables modératrices pour vérifier si ces dernières pouvaient prédire les résultats à la fin de l'intervention. Les variables considérées sont l'assiduité aux rencontres, la participation à une intervention individuelle parallèlement au groupe, la relation avec l'agresseur (intra ou extra-familiale), l'âge au début de l'AS (avant onze ans ou 12 ans et plus), la durée des AS (AS unique ou AS répétitives) et le fait d'avoir été sexuellement revictimisée. Dans un premier temps, l'assiduité et la participation à une intervention individuelle parallèlement au groupe ne présentent pas de lien significatif avec les changements observés au post-test. . Malgré le fait que les données ne permettent pas d'identifier de gains supérieurs pour les femmes qui ont simultanément participé à des rencontres individuelles, l'intervention individuelle peut répondre aux besoins des femmes, tel que celui d'approfondir certains thèmes ou exercices et celui de gérer les émotions suscitées dans les activités du groupe.

En ce qui concerne des gains différentiels en lien avec les caractéristiques de l'AS, les résultats ne démontrent pas de relations significatives entre les changements suite au groupe et les variables suivantes : relation avec l'agresseur (intra ou extra-familiale) et le fait d'avoir été sexuellement revictimisée. L'absence de lien significatif supporte le choix des CALACS d'offrir le groupe aux femmes indépendamment du type d'agression sexuelle, soit intra-familiale ou extra-familiale.

Néanmoins, la présente étude fait valoir la contribution de la variable de l'âge de la victime au moment de la première AS et celle de la durée des AS. Effectivement, les analyses de régression ont permis d'identifier que les participantes qui étaient âgées de moins de 12 ans au moment de la première AS réduisaient davantage leur sentiment de culpabilité au post-

test et que les participantes qui avaient subi des AS répétitives réduisaient davantage leur sentiment d'impuissance au post-test.

Le modèle de Finkelhor et Browne (1985) soutient l'importance d'inclure les thèmes de la culpabilité et de l'impuissance dans les interventions offertes aux femmes victimes d'agression sexuelle. L'intervention de groupe des CALACS aborde ces thèmes (honte, culpabilité et impuissance) afin de permettre aux femmes de se libérer des sentiments de honte, de resituer la responsabilité des AS aux agresseurs, de défaire les mythes et les préjugés entourant les AS ainsi que les messages négatifs intériorisés qui, très souvent, stigmatisent et culpabilisent les victimes. De plus, des rencontres de groupe visent spécifiquement à éliminer les mythes et préjugés entourant les AS et à identifier les messages négatifs intériorisés pour s'en libérer, permettant ainsi aux femmes de s'affranchir des stigmates. Comme l'étude actuelle confirme que l'intervention des CALACS diminue les sentiments de culpabilité et d'impuissance, il est possible de supposer que ces résultats sont sans doute associés aux thèmes et objectifs des groupes ainsi qu'à l'approche féministe qui affirme clairement que la responsabilité des AS revient entièrement à l'agresseur. Ces résultats peuvent s'expliquer dans la dynamique du groupe: le groupe est un lieu de soutien et d'encouragement qui permet aux femmes d'être crues, d'être respectées, d'être validées dans leurs émotions, réactions et impressions.

De plus, c'est afin d'outiller les femmes à comprendre les processus de victimisation et de dévictimisation que les CALACS intègrent ces thèmes dans l'intervention de groupe. Le processus de victimisation amène les femmes à augmenter leur niveau de tolérance face à la violence et à demeurer dans un sentiment d'impuissance face à leur vie en général. Ce thème s'avère fort pertinent pour trois raisons majeures : d'abord, il aide à réduire l'impuissance et à augmenter le sentiment d'empowerment, ensuite, il amène les femmes à associer ce processus aux différentes formes de violence familiales et conjugales dont elles peuvent avoir été victimes, et troisièmement, il peut s'avérer préventif puisqu'il outille les femmes afin qu'elles réduisent leur tolérance face à la violence.

Même si l'approche féministe des CALACS n'est pas celle d'évaluer dans le but de diagnostiquer, le profil des femmes présenté dans ce projet donne des indices sur les besoins des femmes, dont le besoin de réduire certains symptômes reliés au SPT. À ce sujet, les trois CALACS de l'étude mentionnent que l'intervention de groupe inclut des techniques de respiration et de relaxation pour réduire les cauchemars, les flashes-back, les peurs, etc. Les données obtenues par la présente étude indiquent la pertinence de maintenir ou de renforcer ces techniques référant à l'approche cognitivo-béaviorale qui vise particulièrement à modifier les symptômes d'anxiété, de peur, de SPT avec des stratégies d'intervention comme l'entraînement à la respiration et la relaxation. À ce sujet, l'étude de Foa, Hearst-Ikeda et Perry (1995) visait à évaluer un programme cognitivo-béavioral comme outil de prévention du SPT chronique chez les femmes victimes d'agressions (physiques ou sexuelles) : les résultats indiquent que la sévérité des symptômes de SPT est significativement plus basse après l'intervention qui incluait notamment les techniques mentionnées précédemment.

La présente étude, bien qu'ayant permis de fournir une première analyse des effets de l'intervention de groupe destinée aux femmes agressées sexuellement, comporte néanmoins certaines lacunes méthodologiques. Les participantes ont répondu au prétest après la première rencontre de groupe. Différentes options ont été étudiées pour que les femmes répondent au questionnaire avant toute intervention de groupe, mais des limites pratiques rendaient les autres stratégies impossibles. Il importe toutefois de préciser que la première rencontre de groupe est principalement axée sur le fonctionnement et la prise de contact, et non sur un thème précis relié aux agressions sexuelles. La présente étude ne comporte pas de groupe témoin, ce qui constitue une limite à l'interprétation des résultats qui devrait être palliée dans le cadre d'études futures. En outre, une évaluation des bénéfices à plus long terme devrait être menée afin de documenter le maintien des acquis des participantes. Par ailleurs, la taille de l'échantillon limite la puissance statistique et appelle à la prudence dans l'interprétation. Des études impliquant de plus vastes échantillons devront corroborer les présents résultats. Néanmoins, la présente étude constitue une première analyse des effets de l'intervention de groupe auprès des femmes agressées sexuellement spécifiquement dans le contexte québécois des Centres d'aides et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS). Par surcroît, l'étude se poursuit actuellement et plusieurs lacunes seront dissipées. En effet,

l'étude finale inclura un groupe témoin, la taille de l'échantillon sera considérablement supérieure et la méthodologie comprendra une partie qualitative pour mieux documenter la perception des femmes notamment sur les sentiments d'empowerment suite à leur participation. De plus, les entrevues réalisées permettront de cerner leur satisfaction des participantes face aux interventions offertes.

CONCLUSION

En conclusion, le présent mémoire fait valoir la contribution intéressante de l'étude réalisée auprès des CALACS sous deux points majeurs : l'acquisition d'une meilleure connaissance des caractéristiques des personnes victimes d'AS au Québec et consultant dans les CALACS ainsi que le développement de la recherche québécoise sur les services d'aide en matière d'AS.

L'étude a permis d'acquérir des informations sur les femmes victimes d'agression sexuelle qui se révèlent pertinentes pour mieux connaître la trajectoire de ces femmes : le taux alarmant de revictimisation sexuelle, la présence répétitive de violence au cours de leur vie, le faible soutien de l'entourage familial ainsi que le réel besoin de les aider à réduire l'intensité de la détresse psychologique, la dépression et les symptômes de stress post-traumatique. Inévitablement, l'ensemble de ces informations confirme la nécessité de rendre accessible à toutes les femmes victimes d'agressions sexuelles des ressources qui offrent des services d'aide comme les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS).

La présente étude apporte une contribution intéressante puisqu'elle permet d'enrichir la recherche québécoise en matière d'AS à plusieurs niveaux. D'abord, elle constitue une des rares études québécoises à évaluer les services d'aide directe offerts aux femmes victimes d'AS étant donné le nombre peu élevé d'études évaluatives sur les programmes d'intervention québécois. Le manque de recherche au niveau des femmes victimes d'agression sexuelle est reconnu, notamment dans les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (Gouvernement du Québec, 2001). Malgré l'apport de la présente étude, il est recommandé de poursuivre des travaux de recherche afin d'approfondir notre connaissance des femmes victimes d'agression sexuelle, de leurs besoins, du processus de dévoilement et d'évaluer les différentes interventions proposées. Également, la recherche devra également s'intéresser spécifiquement aux groupes de femmes davantage discriminées car elle accuse un retard encore plus marqué pour documenter la réalité de ces femmes : les

femmes vivant avec un handicap physique ou une limitation intellectuelle, les femmes autochtones, les femmes immigrantes et réfugiées ainsi que les lesbiennes. Pourtant, ces femmes présentent des taux de victimisation sexuelle très élevés et elles subissent encore plus de violence sexuelle que l'ensemble des autres femmes (Regroupement québécois des CALACS, 2000).

En plus, les résultats suggèrent que l'intervention féministe des CALACS apporte des gains considérables pour les femmes, notamment pour réduire la détresse psychologique, les sentiments dépressifs, le stress post-traumatique, le sentiment de culpabilité et celui de l'impuissance: l'étude permet ainsi de mieux connaître l'efficacité des groupes dans les CALACS qui constituent une ressource importante au Québec. Également, l'étude comprend une vérification de l'uniformité du programme d'intervention dispensé ainsi que de l'assiduité des participantes aux rencontres : ces deux variables demeurent très peu fréquentes dans les études précédentes.

Par ailleurs, certaines informations recueillies dans le cadre de cette étude confirment le besoin d'offrir des interventions préventives. Les taux élevés de revictimisation, tant au niveau des AS que de la violence familiale et conjugale, interpellent encore une fois l'importance de la prévention tant au niveau des jeunes que des adultes. Certaines ressources possèdent déjà le mandat d'offrir des activités préventives, notamment le Regroupement Espace au Québec. Également, les CALACS consacrent également des ressources pour offrir des ateliers de prévention et de sensibilisation au niveau des écoles secondaires, des Maisons de jeunes, des Centres de femmes, etc. Comme c'est le cas pour les deux ressources québécoises mentionnées, les subventions sont largement insuffisantes pour remplir adéquatement leur rôle à ce niveau. Un rehaussement financier adéquat est donc souhaitable afin de rendre accessible à un plus grand nombre de jeunes et de femmes des interventions préventives.

Tous les CALACS offrent des groupes aux femmes mais ils ne sont pas nécessairement homogènes. C'est pourquoi la description de l'intervention précisée dans cet article réfère aux trois CALACS qui ont collaboré à l'étude et dont le programme de groupe

est suffisamment similaire pour assurer une certaine uniformité. Il pourrait s'avérer intéressant de répertorier les modalités des groupes dans l'ensemble des CALACS et ainsi de dégager les similitudes et les différences entre les Centres.

Le présent mémoire apporte une contribution importante au plan de l'intervention sexologique. D'abord, les équipes d'intervenantes des CALACS du Québec incluent des éducatrices-sexologues ou des sexologues-cliniciennes qui pourront bénéficier des résultats pour les futures interventions de groupe. En effet, les données obtenues par la présente étude aideront à formuler des recommandations aux CALACS et à outiller les intervenantes dans le développement ou dans l'adaptation de leur intervention de groupe. Notamment, les résultats semblent confirmer la pertinence des thèmes abordés à l'intérieur des groupes aux CALACS. Il est également pertinent d'encourager une formation spécifique sur le stress post-traumatique étant donné sa présence élevée chez les femmes sollicitant de l'aide aux CALACS.

Bien que les CALACS constituent des ressources spécialisées au Québec, il n'en demeure pas moins qu'ils sont encore mal connus ou méconnus par les professionnel(le)s de la santé. Les données issues de cette recherche contribueront sans doute à la promotion des CALACS. En fin du compte, ce sont les femmes victimes d'agression sexuelle qui y gagneront si elles sont davantage référées au groupe de cheminement.

Nous sommes d'avis que le projet contribue au développement des connaissances quant aux interventions de groupe dans les CALACS qui sont les «ressources communautaires spécialisées dans l'intervention auprès des victimes et dans la défense de leur droit» (Damant, 2001). Par ailleurs, le projet repose sur l'association entre le milieu d'intervention communautaire et le milieu scientifique. Cette alliance gagnante a certainement optimisé les impacts du projet par sa qualité scientifique et par son caractère générateur de retombées concrètes en ce qui concerne les pratiques québécoises.

Annexe 1

Tableau-synthèse des objectifs, des thèmes ainsi que des variables qui sont reliées aux rencontres de groupe des trois CALACS

OBJECTIFS	VARIABLES RETENUES
<i>Objectif général</i> Permettre aux femmes de reprendre du pouvoir sur leur vie et de réduire les conséquences de l'agression sexuelle.	Pouvoir personnel Empowerment
<i>Prise de contact</i>	Pas de contenu spécifique
<i>Les confidences</i> Briser le silence sur l'agression sexuelle et favoriser l'expression des émotions en lien avec le vécu d'agression sexuelle	Émotions
<i>Les émotions : honte et culpabilité</i> Se déculpabiliser face à l'agression sexuelle	Honte Culpabilité
<i>L'agresseur</i> Reprendre du pouvoir en confrontant symboliquement l'agresseur et lui remettre entièrement la responsabilité des gestes.	Responsabilisation de l'agresseur Pouvoir sur sa vie
<i>La colère</i> Expérimenter des exercices pour ressentir et exprimer sa colère sainement; distinguer colère vs violence.	Colère
<i>Les mécanismes d'adaptation</i> Identifier ses mécanismes utilisés et distinguer ceux qui sont sains et ceux qui sont nuisibles.	Mécanismes d'adaptation (indirectement symptômes SPT)
<i>La victimisation et la dévictimisation</i> Comprendre le concept de victimisation et dévictimisation et favoriser le sentiment de pouvoir et de contrôle de sa vie.	Pouvoir personnel Sentiment de contrôle sur sa vie
<i>Messages intériorisés</i> Défaire les messages négatifs intériorisés pour les remplacer par des messages réalistes et positifs.	Culpabilité Estime de soi Pouvoir personnel
<i>Mythes et préjugés</i> Identifier les mythes et les préjugés entourant les agressions sexuelles pour les déconstruire.	Mythes et préjugés
<i>L'estime de soi</i> Améliorer son estime de soi.	Estime de soi
<i>L'affirmation de soi</i> Augmenter sa capacité d'affirmation de soi.	Affirmation de soi
<i>La sexualité</i> Comprendre les conséquences de l'agression sexuelle sur sa sexualité et identifier ses besoins.	Sexualité
<i>Bilan</i> Faire un bilan personnel de la démarche	Satisfaction

ANNEXE 2 :
DOCUMENT D'INFORMATION DE CONSENTEMENT
POUR LE GROUPE EXPÉRIMENTAL

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (GE)

***ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE GROUPE, SELON L'APPROCHE
FÉMINISTE DES CALACS, AUPRÈS DES FEMMES AYANT SUBI UNE AGRESSION
SEXUELLE***

Chercheuses: **Martine Hébert, Ph.D.**
Manon Bergeron, B.A., étudiante à la maîtrise en sexologie (UQAM)
et intervenante au CALACS La Chrysalide

Madame,

Nous vous invitons à participer à une étude, menée en collaboration avec le CALACS La Chrysalide et par l'Université du Québec à Montréal. Ce projet se réalise grâce à une subvention du programme en santé publique de Lanaudière (PSSP) accordée au CALACS La Chrysalide. Cette étude porte sur l'intervention de groupe pour les femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance ou à l'âge adulte. Nous sollicitons la participation des femmes participant à l'un des groupes de trois CALACS entre février 2004 à décembre 2004 : CALACS La Chrysalide, CALACS St-Jérôme et CALACS Coup-de-coeur.

But de l'étude

Le but de cette évaluation est de mieux connaître les retombées de l'intervention de groupe offerte au CALACS. L'évaluation vise à explorer les changements au niveau de différentes variables psychosociales et de vérifier si l'intervention permet aux participantes d'atteindre l'objectif général qui est d'augmenter leur pouvoir personnel et de réduire les conséquences reliées à l'agression sexuelle. L'étude n'est pas une évaluation individuelle mais bien l'évaluation de l'intervention de groupe.

Déroulement de l'étude

Votre collaboration consistera en trois étapes. La première étape se déroulera au cours de votre première rencontre de groupe au CALACS, la seconde se tiendra à la dernière rencontre de groupe au CALACS et la troisième se déroulera trois mois plus tard. À ces trois étapes, nous vous demanderons de compléter un questionnaire. Nous estimons qu'il faut 45-60 minutes pour le compléter. Vous serez libre de ne pas répondre à toutes les questions. De plus, une entrevue téléphonique enregistrée d'environ 15 minutes est prévue à la deuxième étape. Des informations seront aussi recueillies à partir des formulaires remplis par les intervenantes du CALACS (présence, participation, déroulement des rencontres...) et des grilles concernant le contexte des agressions.

Avantages de l'étude

Les intervenantes du CALACS seront informées des résultats compilés (mais non individualisés) et pourront ainsi mieux adapter leurs interventions auprès des femmes victimes d'agression sexuelle. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des femmes qui consultent au CALACS nous permettra de mieux saisir l'efficacité des interventions et ainsi de mieux cibler les objectifs et méthodes d'intervention.

Inconvénients et risques

Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie. Toutefois, les intervenantes du CALACS demeurent des personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler. Elles pourront également vous référer à d'autres ressources spécialisées au besoin.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de ce projet de recherche seront gardées confidentielles à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Elles seront gardées sous clé dans les locaux de la chercheuse principale à L'UQAM. Les questionnaires seront détruits après deux ans et les bandes audio des entrevues téléphoniques seront détruites dès leur transcription. Les données seront traitées de façon collective pour l'ensemble femmes participant à l'étude. De plus, les questionnaires porteront tous un numéro d'identification et vos noms n'y apparaîtront pas. En ce sens, votre identité ne sera pas dévoilée. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques. Toutefois, votre identité ne sera jamais révélée lors de ces présentations. Seule l'assistante de recherche aura accès aux questionnaires remplis.

Liberté de participation et retrait de l'étude

Votre participation est tout à fait libre et volontaire et vous serez libre de changer d'idée en tout temps et de retirer votre consentement sans avoir à fournir de raison et sans préjudice. Votre décision n'affectera en rien vos relations présentes ou futures avec les intervenantes du CALACS et n'aura aucun effet sur la qualité des interventions.

Responsabilité des chercheurs

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui vous causerait préjudice dans le contexte de cette étude.

Personnes disponibles pour répondre à vos questions concernant l'étude:

- Martine Hébert, Ph.D. (514) 987-3000 # 5697
- Manon Bergeron, étudiante à la maîtrise en sexologie, intervenante au CALACS La Chrysalide
- Intervenantes au CALACS La Chrysalide (450) 964-7888

Compensation et rapport écrit

Une légère compensation vous sera remise pour chacune des trois étapes pour vous remercier de votre participation. Gratuitement, vous pourrez obtenir copie d'un résumé écrit des résultats de l'étude. Pour l'obtenir, vous n'avez qu'à cocher la case appropriée dans le formulaire de consentement.

Cette recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche chez l'humain (CIÉR) de l'UQAM (secrétariat du Comité : service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 – Téléphone : 514-987-3000 poste 7753). Toute question sur le projet, plainte ou commentaire peut être adressé à Martine Hébert. Pour toute question sur les responsabilités des chercheuses ou, dans l'éventualité où la plainte ne peut leur être adressé directement, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du CIÉR.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (GE)

En signant le présent formulaire, je certifie que :

- J'ai lu ce présent formulaire d'information et de consentement.
- J'accepte volontiers de participer à cette étude.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- J'accepte qu'on communique avec moi pour l'entrevue de 15 minutes et que cette entrevue soit enregistrée. Mon numéro de téléphone est le : _____.
- J'accepte qu'on communique avec moi pour la relance trois mois après l'intervention de groupe.
- J'accepte que la grille sur le contexte de l'agression soit transmise à la chercheuse.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.
- Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans conséquence.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.

Nom et prénom de la participante au groupe

Signature de la femme participante au groupe

Date

Je désire recevoir le résumé écrit des résultats de l'étude.
Mon adresse complète : _____

Je certifie qu'à la date indiquée sur le présent formulaire de consentement, j'ai expliqué à la personne ci-dessus la nature, le but, les avantages éventuels et les risques raisonnablement prévisibles associés à la participation à cette étude. J'ai répondu à toutes les questions posées et le présent formulaire a été signé en ma présence.

Nom et prénom du chercheur (ou personne autorisée)

Signature du chercheur (ou personne autorisée)

Date

ANNEXE 3 :
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉMIS PAR L'UQAM



Université du Québec à Montréal

Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P8

Comité institutionnel d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant:

Responsable du projet : Manon Bergeron et Martine Hébert
Département ou centre de recherche : Sexologie
Titre du projet : *Évaluation d'une intervention de groupe, selon l'approche féministe des CALACS (centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel) auprès des femmes ayant subi une agression sexuelle.*

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet :

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «*Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM*».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Professeur, Département de kinanthropologie
Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines
René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité
Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité
Suzanne Lemerise, Professeure retraitée, Représentante de la Faculté des arts
Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société
Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques
Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie
Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

22 mars 2004

Date

Marc Bélanger
Vice-président du Comité

UQAM

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- Banyard, Victoria L. 2003. «Explaining links between sexual abuse and psychological distress: Identifying mediating processes». *Child Abuse & Neglect*, 27, 869-875.
- Banyard, Victoria L., Williams, Linda M. et Jane A. Siegel. 2001. «The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women». *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 697-715.
- Beck, Aaron T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. et J. Erbaugh. 1961. «An inventory for measuring depression». *Archives of General Psychiatry*, vol. 4, p. 561-571.
- Beitchman, Joseph H., Zucker, Kenneth J., Hood, Jane E., DaCosta, Granville A. et Akman, Donna. 1991. «A review of the short-term effects of child sexual abuse». *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 537-556.
- Bergeron, Manon, et Martine Hébert. (2006). *Évaluation d'une intervention de groupe d'approche féministe auprès de femmes victimes d'agression sexuelle*. Rapport de recherche, département de sexologie, Université du Québec à Montréal., 104p. (ISBN 2-98092281-0-0).
- Bergeron, Manon, et Martine Hébert. 2004. «Questionnaire des croyances liées à l'agression sexuelle : les sentiments de culpabilité et d'impuissance». (Traduction de l'échelle « Trauma-related beliefs questionnaire » d'Ann Hazzard, 1998). Document inédit, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada.
- Bergeron, Manon, et Martine Hébert. 2004. «Mesure de la qualité du soutien perçu de l'entourage lors du dévoilement de l'agression sexuelle et face à la démarche d'aide entreprise». Document inédit, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada.
- Boney-McCoy, Sue, et David Finkelhor. 1996. «Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal prospective study». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406-1416.
- Boyer, Richard, Préville, Michel, Légaré, Gilles et Pierre Valois. 1993. «La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée : Résultats normatifs de l'enquête Santé Québec». *Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 339-343.

- Briere, John, et Diana M. Elliott. 2003. «Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women». *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205-1222.
- Cahill, Linda T., Kaminer, Ruth K. et Paul G. Johnson. 1999. «Developmental, cognitive, and behavioral sequelae of child abuse». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(4), 827-843.
- Classen, Catherine C., Palesh, Oxana G. et Rashi Aggarwal. 2005. «Sexual revictimization: A review of the empirical literature». *Trauma, violence and Abuse*, vol. 6, no. 2, p.103-129.
- Cloitre, Marylene, et Karestan C. Koenen. 2001. «The impact of borderline personality disorder on process group outcomes among women with posttraumatic stress disorder related to childhood». *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 51, no. 3, p. 379-398.
- Coffey, Patricia, Leitenberg, Harold, Henning, Kris, Turner, Tonia et Robert T. Bennett 1996. «Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame». *Child Abuse & Neglect*, 20, 447-455.
- Coid, Jeremy, Petruckevitch, Ann, Feder, Gene, Chung, Wai-Shan, Richardson, Jo et Stirling Moorey. 2001. «Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey». *Lancet*, 358(9280), 450-454.
- Collin-Vézina, Delphine, et Martine Hébert, M. 2005. «Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.
- Conway, Michael, Mendelson, Morris, Giannopoulos, Constantina, Csank, Patricia A. et Susan L. Holm. 2004. «Childhood and adult sexual abuse, rumination on sadness, and dysphoria». *Child Abuse & Neglect*, 28, 393-410.
- Damant, Dominique, Damasse, Jean, Chamberland, Anne, Hébert, Martine, Lavoie, Francine, Dorais, Michel, Perrault, Nicole et Maryse Rinfret-Raynor. 2001. *Analyse des besoins en matière de recherche sur les agressions à caractère sexuel et recension sommaire des écrits*. Coll. «Études et analyses», no. 20. Ste-Foy : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF).
- Damant, Dominique. 1995. *Effets de deux programmes d'intervention pour des femmes adultes agressées sexuellement pendant l'enfance*. Thèse de doctorat en service social, Québec, Université Laval, Ste-Foy, Québec, Canada, 349 p.

- Darves-Bornoz, Jean-Michel, Berger, Christian, Degiovanni, Andrée, Gaillard, Philippe et Jean-Pierre Lépine. 1999. «Similarities and differences between incestuous and nonincestuous rape in a french follow-up study». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 12, no. 4, p. 613-623.
- Davis, Joanne L., et Patricia A. Petretic-Jackson. 2000. «The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature». *Aggression and Violent Behavior*, 5, 291-328.
- DiLillo, David. 2001. «Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues». *Clinical Psychology Review*, 21, 553-576.
- DiLillo, David, Giuffre, Dawn, Tremblay, George C. et Lizette Peterson. 2001. «A closer look at the nature of intimate partner violence reported by women with a history of child sexual abuse». *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 116-132.
- Echeburúa, Enrique, De Corral, Paz, Zubizarreta, Irene et Belén Sarasua. 1997. «Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression». *Behavior Modification*, vol. 21, p. 433-456.
- Elliott, Ann N., et Connie N. Carnes. 2001. «Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child : A review of the literature». *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Elliot, Diana M., Mok, Doris S. et John Briere. 2004. «Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex difference in the general population». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, no. 3, juin, p. 203-211.
- Falsetti, Sherry A., Coffey, Scott F., Dansky, Bonnie S., Saladin, Michael E. et Kathleen T. Brady. 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*, vol. 11, no. 2, p. 393-399.
- Falsetti, Sherry A., Resnick, Heidi S., Resick, Patricia A. et Dean Kilpatrick. 1993. «The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder». *The Behavior Therapist*, vol. 16, p. 161-162.
- Finkelhor, David, et Angela Browne. 1985. «The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, no. 4, p. 530-541.
- Foa, Edna, Riggs, David, Dancu, Constance V. et Barbara O. Rothbaum. 1993. «Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder». *Journal of traumatic stress*, no. 6, p. 459-473.

- Foa, Edna B., Hearst-Ikeda, Diana et Kevin J. Perry. 1995. «Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, no. 6, p. 948-955.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F. et J.S. Lawson. 1982. «Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 3, no. 2, mai, p. 13-27.
- Gorey, Kevin M., Ritcher, Nancy L. et Elisabeth Snider. 2001. «Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse : Effectiveness of group work intervention». *Child Abuse & Neglect*, vol. 25, p. 347-355.
- Gouvernement du Québec. 2005. Ministère de la Sécurité publique. *Les agressions sexuelles au Québec: statistiques 2032*. Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité, Québec, p.72.
- Gouvernement du Québec. 2004. Ministère de la Sécurité publique. *Les agressions sexuelles au Québec: statistiques 2002*. Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité, Québec, p.73.
- Gouvernement du Québec. 2001. Ministère de la santé et des services sociaux. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Direction des communications
- Guay, Stéphane, Marchand, André, Iucci, Soledad et Annick Martin. (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(3), 257-269.
- Haugaard, Jeffrey J. 2000. «The challenge of defining child sexual abuse». *American Psychologist*, vol. 55, no. 9, p. 1036-1039.
- Hazard, Ann. 1998. «Trauma-Related Beliefs Questionnaire». In C.M. Davis (éd.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp.18-21). Thousand Oaks, Californie: Sage.
- Hébert, Martine, Robichaud, Manon, Tremblay, Caroline, Saint-Denis, Michèle, Damant, Dominique, Lavoie, Francine, Perreaut, Nicole, Dorais, Michel et Maryse Rinfret-Raynor. 2002. *Des interventions préventives et des services d'aide directe en matière d'agression sexuelle : Description des pratiques québécoises*. Rapport de recherche. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence fait aux femmes (CRIVIFF), Québec, Canada
- Hébert, Martine, et Francine Lavoie. 2000. «Traduction française du *Conflict Tactics Scale* (CTS) de Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1996) ». Document inédit, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Canada.

- Hébert, Martine, Tremblay, Caroline, Parent, Nathalie, Daignault, Isabelle V. et Christiane Piché. (sous presse). «Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children». *Journal of Family Violence*.
- Higgins, Daryl J., et Marita P. McCabe. 2000a. «Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults». *Child Abuse Review*, 9, 6-18.
- Higgins, Daryl J., et Marita P. McCabe. 2000b. «Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood». *Child Maltreatment*, 5(3), 261-272.
- Higgins, Daryl J., et Marita P. McCabe. 2001. «Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports». *Aggression and Violent Behavior*, 6, 547-578.
- Higgins Kessley, Mindi R., White, Mark B., et Briana S. Nelson. 2003. «Group treatments for women sexually abused as children : A review of the literature and recommendations for future outcome research». *Child Abuse & Neglect*, vol. 27, p. 1045-1061.
- Ilfeld, Frederic W. 1976. «Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population». *Psychological Reports*, 39(2), 1215-1228.
- Kendall-Tackett, Kathy A., Williams, Linda M. et David Finkelhor. 1993. «Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies». *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kogan, Steven M. 2005. «The role of disclosing child sexual abuse on adolescent adjustment and revictimization». *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(2), 25-47.
- Koss, Mary-P., Woodruff, W-J et Paul-G. Koss. 1991. «Criminal victimization among primary care medical patients: Prevalence, incidence, and physician usage». *Behavioral-Sciences-and-the-Law*, vol. 9, no. 1, p. 85-96.
- Légaré, Gilles, Préville, Michel, Massé, Raymond, Poulin, Carole, St-Laurent, Danielle et Richard Boyer. 2001. «Santé mentale ». In *Enquête sociale et de santé 1998*, Gouvernement du Québec, Ministère de santé et de services sociaux, 642p.
- Lovett, Beverly B. 2004. «Child sexual abuse disclosure: Maternal response and other variables impacting the victim». *Child and Adolescent Social Work*, 21, 355-371.
- Lubin, Hadar, Lorie, Michelle, Burt, John et David Read Johnson. 1998. «Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women». *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1172-1177.

- McLeer, Susan V., Dixon, J. Faye, Henry, Delmina, Ruggiero, Kennett, Escovitz, Karen, Niedda, Teresa et Rita Scholle. 1998. «Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326-1333.
- Molnar, Beth E., Berkman, L. F. et S.L. Buka. 2001. «Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities : Relative links to subsequent suicidal behaviour in the USA». *Psychological Medicine*, 31, 965-977.
- Morgan, Tracy, et Anne L. Cumming. 1999. «Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, no. 1, p. 28-36.
- Nadeau, Marc-André. 1988. *L'évaluation de programme : théorie et pratique*, 2^{ème} édition. Québec : Presse de l'Université Laval.
- Nishith, Pallavi, Resick, Patricia A. et Michael G. Griffin. 2002. «Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with PTSD». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, no. 4, p. 880-886.
- Noll, Jenny G., Horowitz, Lisa A., Bonanno, George A., Trickett, Penelope K. et Frank W. Putnam. 2003. «Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study». *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452-1471.
- Polusny, Melissa A., et Victoria M. Follette. 1995. «Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature». *Applied and Preventive Psychology*, 4, 143-166.
- Préville, Michel, Boyer, Richard, Potvin, Louise, Perrault, Chantal et Gilles Légaré. 1992. *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Les cahiers de la recherche, 7, Enquête Santé Québec 87, Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des Services sociaux.
- Price, Jennifer L., Hilsenroth, Mark J., Petretic-Jackson, Patricia A. et Dennis Bonge. 2001. «A review of individual psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse». *Clinical Psychology Review*, 21(7), 1095-1121.
- Putnam, Frank W. 2003. «Ten-year research update review : Child sexual abuse». *Journal-of-the-American-Academy-of-Child-and-Adolescent*, vol. 42, no. 3, p. 269-278.
- Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. 2000. *Les agressions sexuelles : ça suffit!*. Document inédit, Québec, Canada, 27p.

- Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. 1998. *Les groupes de soutien dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du Québec*. Québec, Canada, 32p. (ISBN : 2-9803350-9-6)
- Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel. 1997. *L'intervention féministe dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) du Québec*. Québec, Canada, 59p. (ISBN : 2-9803350-X)
- Resnick, Heidi, Acierno, Ron, Holmes, Melisa, Dammayer, Matt et Dean Kilpatrick. 2000. «Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence». *Journal of Clinical Psychology*, vol. 56, p. 1371-1333.
- Riou, Diane Ariane, Rinfret-Raynor, Maryse, Cantin, Solange, avec la collaboration de P. Carignan et M. Messier. 2003. *La violence envers les conjointes dans les couples québécois*, 1998, Montréal, Institut de la statistique du Québec, 125p.
- Ritchers, Nancy L., Snider, Elizabeth et Kevin M. Gorey. 1997. «Group work intervention with female survivors of childhood sexual abuse». *Research on Social Work Practice*, vol. 7, p. 53-69.
- Saxe, Brenda J., et Susan M. Johnson. 1999. «An empirical investigation of group treatment for a clinical population of adult female incest survivors». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 8, no. 1, p. 67-88.
- Stalker, Carol A., et Richard Fry. 1999. «A comparaison of short-term group and individual therapy for sexually abused women». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 44, p.168-174.
- Statistiques Canada. 1993. *Un nouvel horizon : Éliminer la violence-Atteindre l'égalité. Rapport final du Comité canadien sur la violence faite aux femmes*. Ministère des Approvisionnement et services, Ottawa.
- Stephenson, Randolph, Marchand, Lyne, Marchand André et Lina Di Blasio. 2000. «Examination of the psychometric properties of a brief PTSD measure on a French-Canadian undergraduate population». *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 29(2), 65-73.
- Straus, Murray A. 2004. «Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scale: A study of university student dating couples in 17 nations». *Cross-cultural Research*, 38(4), 407-432.
- Straus, Murray A., Hamblly, S.L., Boney-McCoy, S. et D. Sugarman. 1996. «The revised conflict tactics scales (CTS2)». *Journal of Family Issues*, vol. 17, no. 3, p. 283-316.

- Talbot, N. L., Houghtalen, R.P., Duberstein, P.R., Cox, C., Giles, D.E. et L.C. Wynne. 1999. «Effects of group treatment for women with a history of childhood sexual abuse». *Psychiatric Services*, vol. 50, no. 5, p. 686-692.
- Tourigny, Marc, et C. Lavergne. 1995. *Les agressions à caractère sexuel (ACS). État de la situation, efficacité des programme de prévention et facteurs associés à la dénonciation*. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS).
- Tourigny, Marc, Gagné, M.-H., Joly, J., et M.-E. Chartrand (soumis). «Prévalence et co-occurrence des mauvais traitements envers les enfants dans la population québécoise».
- Tousignant, M., et V. Kovess. 1985. «L'épidémiologie en santé mentale : Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec». *Sociologie et sociétés*, 17(1), 15-26.
- Ullman, Sarah E., et Henrietta H. Filipas. 2001. «Predictor of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 14, no. 2, p. 369-389.
- Vandal, Claudette. 1997. *Les pratiques d'intervention féministe dans les Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Walker, L.E.A. 1994. *Abused women and survivor therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Westbury, Elizabeth, et Leslie M. Tutty. 1999. «The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse». *Child Abuse & Neglect*, vol. 23, no. 1, p. 31-44.
- Zlotnick, Caron, Shea, Tracie M., Rosen, Keren, Simpson, Élizabeth, Mulrenin, Kate, Begin, Ann, et Teri Pearlstein. 1997. «An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 10, no. 3, p. 425-436.