

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA DÉPRESSION ET LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE
CHEZ DES ADOLESCENTES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE:
ÉTAT DES CONNAISSANCES, PROFILS CLINIQUES DES SURVIVANTES
ET PRÉDICTION DES IDÉES SUICIDAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARIE-EVE BRABANT

SEPTEMBRE 2012

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse 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.»

À mes parents.

À mon amoureux.

AVANT-PROPOS

Cette thèse se veut bien plus qu'un travail de recherche colossal et la porte d'entrée vers une carrière en psychologie; il s'agit avant tout d'un désir de venir en aide à ces adolescents qui vivent une profonde détresse et dont certains contemplant le suicide. Le thème principal de cette recherche, la problématique suicidaire, constitue un sujet qui me tient à cœur puisque par une soirée d'été 2002, une jeune fille très attachante que je côtoyais a mis fin drastiquement à la souffrance qui l'habitait. J'aurais tant voulu qu'elle envisage que malgré toute cette souffrance, il existait une solution qui n'impliquait pas le suicide... Conséquemment, cette thèse est réalisée afin de tenter de prévenir que d'autres adolescents s'enlèvent la vie. Je souhaite que cette recherche doctorale conscientise les adultes, les parents, et les intervenants à la souffrance des adolescents et qu'ils se préoccupent davantage de la santé mentale de ces jeunes. Petite étoile, tu m'as accompagnée à chaque étape, à chaque jour de ce parcours doctoral. Merci.

REMERCIEMENTS

L'achèvement de ce doctorat marque la fin d'un périple stimulant et enrichissant que je n'aurais pu accomplir sans la participation de plusieurs personnes qui m'ont épaulée et encouragée durant ces années.

Tout d'abord, mes parents, Monique et Michel, je vous remercie des valeurs que vous m'avez inculquées, des possibilités que vous m'avez offertes, de votre soutien dans mes projets et de votre amour inconditionnel. Grâce à vous, j'ai réussi à me rendre au bout de

cette aventure. Vous avez toujours privilégié le bonheur de vos enfants et pour cela, je vous témoigne toute ma reconnaissance. Maman, ma psy à moi, je te remercie d'être si compréhensive, de m'avoir apaisée à maintes reprises, et surtout, de me montrer le droit chemin lorsque je le perds de vue. Maman et papa, vous faites de moi une personne épanouie.

Rémi, mon équilibre, je te remercie de ta patience et de ton dévouement à mon égard à travers les hauts et les bas engendrés par ce doctorat. Merci de désamorcer les situations les plus anxiogènes avec ton sens de l'humour; tu illumines mon quotidien.

Dans la réalisation de ce doctorat, j'ai eu le privilège d'avoir deux mentors exceptionnels. Martine Hébert, ma directrice, dont la rigueur, les encouragements, et les bons conseils m'ont amenée à me dépasser et à croire de plus en plus en mes capacités. Martine, depuis le début de ce doctorat, tu constitues pour moi une grande source d'inspiration et tu le demeureras dans le futur. François Chagnon, mon co-directeur, ton implication dans ce projet m'a permis de me sentir en confiance durant toutes ces années. Tes commentaires, toujours pertinents, m'ont forcée à pousser ma réflexion et ont contribué à développer mes habiletés de chercheuse. Me destinant avant tout à une carrière de clinicienne à mon entrée au doctorat, Martine et François, en travaillant avec vous, vous m'avez fait aimer la recherche. Je conserve précieusement tous les apprentissages réalisés à vos côtés.

Mes copines d'enfance, qui ont été présentes pour me permettre de relaxer dans les moments où c'était nécessaire et qui m'ont permis de décrocher en me faisant rire, je les remercie de leur soutien. De ce doctorat sont nées deux grandes amitiés. Anne Choquette, depuis le premier jour de cette aventure, tu occupes une place importante dans ma vie. Ta loyauté en amitié est sans aucun doute ce qui fait de toi une amie inestimable. J'espère sincèrement que nos projets communs nous mèneront loin. Geneviève Beaudoin, la vigueur avec laquelle tu surmontes les obstacles ainsi que ta persévérance m'ont beaucoup inspirée au fil de ce doctorat. Anne et Geneviève, vous êtes parmi ce que je retire de plus positif de cette expérience doctorale. Merci de votre soutien, de nos échanges, et de vos habiletés en restructuration cognitive! Vous embellissez ma vie.

Je remercie mon frère, Jérôme, et tous les membres de ma famille qui se sont informés régulièrement de mes avancées tout en réitérant leur soutien. Grand-maman, ma bonne étoile, je t'ai sollicitée à plusieurs reprises durant ces trois dernières années afin que tu me donnes le courage de continuer alors que la motivation me manquait. Tu es plus présente que jamais à mes côtés...

Je tiens aussi à remercier les bénévoles qui ont contribué à la réalisation de ce projet. Les longs trajets effectués sur la route avec vous ont été pour moi l'occasion de connaître des personnes enrichissantes. Ce doctorat a aussi été grandement facilité par des personnes qui se dévouent en partageant leur expertise en statistiques et ce, avec beaucoup de patience, notamment Manon Robichaud, Pierre McDuff et Jean Bégin. À chacun d'entre vous, merci de votre précieuse collaboration.

Finalement, à toutes ces adolescentes qui ont accepté de dévoiler une partie de leur vécu, je tiens à leur témoigner toute ma gratitude et leur mentionner que leur résilience m'a grandement encouragée à poursuivre ce doctorat. Je remercie aussi les intervenants des Centres jeunesse de Montréal et de la Montérégie, de même que ceux du CIASF, qui ont accepté de participer à ce projet.

Je suis extrêmement choyée d'être entourée de personnes aussi exceptionnelles que vous tous. Sincèrement, merci.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iv
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX	xii
LISTE DES ACRONYMES.....	xiii
RÉSUMÉ.....	xiv
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Définition de l'agression sexuelle	3
1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle et profils des victimes	4
1.3 Dépression à l'adolescence	6
1.3.1 Dépression chez les victimes d'agression sexuelle.....	7
1.4 Problématique suicidaire à l'adolescence	8
1.4.1 Problématique suicidaire chez les victimes d'agression sexuelle.....	10
1.5 Modèle conceptuel de la problématique suicidaire chez les victimes d'agression sexuelle.....	11
1.5.1 Théorie psychologique-interpersonnelle.....	12
1.6 Limites des études menées à ce jour	14
1.7 Objectifs de la thèse.....	16
1.8 Population à l'étude	16
CHAPITRE II	
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS, IDÉATIONS SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ DES ADOLESCENTS AYANT VÉCU UNE AGRESSION SEXUELLE (ARTICLE 1)	18
Résumé.....	19
2.1 Introduction.....	20

2.2	La dépression	21
2.3	La problématique suicidaire.....	23
2.3.1	À l'échelle mondiale.....	23
2.3.2	À l'ensemble de la population québécoise.....	23
2.3.3	À l'adolescence	24
2.4	Facteurs de risque liés à la problématique suicidaire à l'adolescence	26
2.5	Impact de la maltraitance sur la dépression et la problématique suicidaire chez les adolescents	28
2.6	La théorie psychologique-interpersonnelle	31
2.6.1	Les comportements suicidaires chez les survivants d'une agression sexuelle expliqués à l'aide de la théorie psychologique-interpersonnelle.....	35
2.7	Transmission familiale des comportements suicidaires chez les survivants d'une agression sexuelle	39
2.8	Facteurs de protection chez les survivants d'une agression sexuelle.....	40
2.9	Interventions à préconiser auprès des survivants d'une agression sexuelle à l'enfance	41
2.10	Limites des études et pistes prioritaires pour la recherche.....	44
2.11	Conclusion	45
	Appendices	47
CHAPITRE III		
IDENTIFICATION OF SEXUALLY ABUSED FEMALE ADOLESCENTS AT RISK FOR SUICIDAL IDEATIONS: A CLASSIFICATION AND REGRESSION TREE ANALYSIS (ARTICLE 2).....		
		49
	Résumé.....	50
	Abstract	51
3.1	Introduction.....	52
3.1.1	Purpose of the study	56
3.2	Method.....	57
3.2.1	Participants.....	57
3.2.2	Procedures.....	58
3.2.3	Measures	59
3.3	Results.....	60
3.3.1	Clinical profiles	63

3.4	Discussion	65
3.4.1	Practice implications.....	67
3.4.2	Strengths and limitations of the study.....	69
CHAPITRE IV		
PREDICTING SUICIDAL IDEATIONS IN SEXUALLY ABUSED		
ADOLESCENTS: A 12-MONTH PROSPECTIVE STUDY (ARTICLE 3).....		
		72
	Résumé.....	73
	Abstract	74
4.1	Introduction.....	75
4.2	Method.....	76
4.2.1	Participants and procedures.....	76
4.2.2	Measures	77
4.3	Results.....	78
4.4	Discussion.....	80
CHAPITRE V		
DISCUSSION GÉNÉRALE.....		
		83
5.1	Intégration des résultats	84
5.1.1	La prévalence de la dépression et des idées suicidaires chez les victimes d'agression sexuelle.....	84
5.1.2	Facteurs liés à la problématique suicidaire chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle.....	86
5.1.3	Profils des adolescentes suicidaires	87
5.1.4	Prédiction des idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle	90
5.2	Autres contributions de la thèse	92
5.3	Limites de l'étude et perspectives de recherche	95
5.4	Conclusion et implications pour l'intervention	97
5.4.1	Interventions pour les adolescents suicidaires.....	98
5.4.2	Interventions pour les victimes d'agression sexuelle.....	100
5.4.3	Interventions pour les adolescentes victimes d'agression sexuelle étant suicidaires	101

APPENDICE A	
FORUMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PARENT	103
APPENDICE B	
FORUMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ADOLESCENTE.....	106
APPENDICE C	
LETTRE D'ACCEPTATION DU JOURNAL OF CHILD SEXUAL ABUSE.....	109
RÉFÉRENCES	111

LISTE DES FIGURES

Figure

1.1	La théorie psychologique-interpersonnelle	34
3.1	Classification and Regression Tree for Suicidal Ideations Among Survivors of Child Sexual Abuse	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

2.1	Éléments clé de la recension des écrits	47
2.2	Implications pour la pratique.....	48
3.1	Characteristics of Child Sexual Abuse.....	58
3.2	Prevalence of Symptoms	61
4.1	Prevalence of Symptoms at Time 1 (n=74) and Time 2 (n=52)	78
4.2	Negative Binomial Regression Analysis.....	79

LISTE DES ACRONYMES

AS	Agression sexuelle
CSA	Child Sexual Abuse
CIASF	Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille
CJ	Centre Jeunesse
DBT	Dialectical behavior therapy
DBT-A	Dialectical behavior therapy-adolescents
DBT-PTSD	Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder
IS	Idées suicidaires
PTS	Post-traumatic stress
PTSD	Post-traumatic stress disorder
SI	Suicidal ideations
TF-CBT	Trauma-focused cognitive behavioral therapy

RÉSUMÉ

Cette thèse de doctorat porte sur les conséquences observées chez les adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle, afin d'orienter les pratiques en matière d'évaluation et d'intervention. Des études ont démontré que l'agression sexuelle était liée à de nombreuses problématiques de santé mentale. Toutefois, plusieurs des connaissances relatives à ce domaine découlent d'études auprès de populations adultes, alors que les adolescents présentent des caractéristiques développementales qui leur sont propres. Ainsi, cette thèse s'est intéressée à la présence de deux problématiques chez des victimes adolescentes, soit la dépression et les idées suicidaires, et ce, en vue de faciliter l'identification des victimes à risque suicidaire en documentant les différents profils cliniques de ces victimes.

Les participantes à cette étude ont été recrutées aux Centres jeunesse de Montréal et de la Montérégie, de même qu'au Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille à Gatineau. Les participantes, de jeunes filles âgées de 12 à 17 ans lors de la première évaluation, ont été suivies sur une période d'un an. Cette thèse doctorale regroupe trois articles, dont une recension des écrits portant sur l'agression sexuelle et la problématique suicidaire et deux articles empiriques ayant des objectifs distincts.

Le premier article, la recension des écrits, aborde l'agression sexuelle et la problématique suicidaire individuellement et les intègre par la suite afin de démontrer les liens les unissant, de même que les facteurs de protection et de risque pour le développement d'une problématique suicidaire chez les victimes adolescentes. Un modèle conceptuel des comportements suicidaires, la théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner, est présenté. En dernier lieu, cet article adresse les interventions offertes aux adolescentes victimes d'agression sexuelle aux prises avec des idées suicidaires : la *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* et la *Dialectical Behavior Therapy*. De plus, quelques recommandations sont émises relativement aux recherches futures dans ces domaines, notamment d'avoir recours à une définition universelle de l'AS, à des études longitudinales, à des échantillons de victimes adolescentes et ce, tout en contrôlant pour certaines variables telles que la présence d'agression physique et l'environnement familial.

Le second article, de type empirique, a exploré les profils cliniques de 77 adolescentes victimes d'agression sexuelle dans le but de faciliter l'identification des victimes présentant des idées suicidaires. Un arbre de classification et de régression a été généré à partir des données récoltées et cinq profils distincts ont été documentés. Les résultats ont démontré que la dépression, les sentiments de désespoir, et le trouble de stress post-traumatique lié à l'agression sexuelle constituaient les trois variables départageant les différents profils. Les résultats offrent des pistes pertinentes quant à l'identification des victimes à risque suicidaire.

Le troisième article illustre l'aspect longitudinal de cette thèse et il avait pour objectif principal de prédire les idées suicidaires sur une période d'un an auprès des 52 adolescentes ayant accepté de participer à une seconde évaluation. Pour ce faire, des facteurs prédictifs

issus de la première évaluation ont été inclus dans une régression binomiale inversée. Les résultats ont indiqué que chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle, trois variables permettaient de prédire les idées suicidaires, soit l'âge de la participante, les symptômes dépressifs, de même que les symptômes de stress post-traumatique engendrés par l'agression sexuelle. Dans ce contexte, contrairement à ce que rapporte la littérature, la présence d'une tentative de suicide antérieure n'obtenait aucune valeur prédictive relativement aux idées suicidaires. Les résultats sont discutés en termes d'intervention à préconiser auprès des victimes adolescentes, notamment la *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, la *Dialectical Behavior Therapy* pour adolescents, de même que la *Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder*.

En conclusion, cette thèse oriente les pratiques en matière d'évaluation et d'intervention pour les adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle. Les résultats indiquent que les adolescentes victimes d'agression sexuelle constituent une population à risque suicidaire et qu'ainsi, il est impératif de s'intéresser aux symptômes dépressifs et particulièrement aux symptômes de stress post-traumatique découlant de l'agression sexuelle vécue dans les traitements de ces victimes.

Mots clés : agression sexuelle, dépression, idées suicidaires, adolescentes, stress post-traumatique

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'AS à l'enfance constitue une problématique universelle pour laquelle la prévention et l'intervention devraient constituer des priorités considérant les nombreuses conséquences documentées chez les victimes (Honor, 2010; Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993; Putnam, 2003). Cette thèse vise à contribuer à ce domaine de recherche afin de tenter d'améliorer le sort de nombreux jeunes portant en eux une souffrance engendrée par la violence sexuelle. L'objectif est donc de faciliter l'identification d'adolescentes susceptibles d'être aux prises avec des conséquences sévères et ce, afin d'orienter les pratiques en matière d'évaluation et d'intervention.

Cette thèse comporte quatre sections. La première section consiste en une recension des écrits portant sur les connaissances actuelles en matière d'AS à l'enfance, des conséquences qui lui sont associées, et plus spécifiquement, sur les liens qu'elle entretient avec la dépression et la problématique suicidaire. Dans ce contexte, la problématique suicidaire fait référence aux idées suicidaires et aux comportements suicidaires, notamment les tentatives de suicide et les suicides. On y présente par la suite un modèle conceptuel du développement de la problématique suicidaire chez des adolescents victimes d'AS, ainsi que les limites des études déjà réalisées dans ce domaine. Les objectifs de cette recherche doctorale concluront cette première partie.

La seconde section regroupe trois chapitres présentant les trois articles rédigés dans le cadre de la présente recherche doctorale. Le premier article est un chapitre à paraître dans un livre édité sur l'agression sexuelle *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome II* qui

sera publié aux Presses de l'Université du Québec. Ce chapitre s'intitule *Symptômes dépressifs, idéations suicidaires et tentatives de suicide chez des adolescents ayant vécu une agression sexuelle*. Ce chapitre constitue une recension des écrits sur la présence concomitante de l'AS et de la dépression et aussi de l'AS et de la problématique suicidaire (Brabant, Hébert et Chagnon, 2012). Le deuxième article, *Identification of Sexually Abused Female Adolescents at Risk for Suicidal Ideations: A Classification and Regression Tree Analysis*, est un article empirique présentant les résultats obtenus lors de la première évaluation avec les participantes. L'objectif de cet article était de documenter la diversité des profils cliniques des adolescentes en ce qui concerne les idées suicidaires. Pour ce faire, un arbre de classification et de régression a été généré sur la base des symptômes présentés par les participantes, notamment les symptômes dépressifs et les symptômes de stress post-traumatique. Cet article a été accepté pour publication dans la revue *Journal of Child Sexual Abuse* le 12 octobre 2011 (Brabant, Hébert et Chagnon). Le troisième article, *Predicting Suicidal Ideations in Sexually Abused Adolescents: A 12-Month Prospective Study*, est une communication brève incluant des données empiriques portant sur l'aspect prospectif du projet de recherche doctorale. L'objectif de cette analyse était de prédire la présence d'idées suicidaires 12 mois suivant la première passation (Temps 2) et ce, à l'aide de facteurs prédictifs mesurés au Temps 1. Ainsi, une régression binomiale inversée a été réalisée et a permis d'identifier ces prédicteurs. Cet article a été soumis au *Journal of Child Sexual Abuse* en juin 2012 (Brabant, Hébert et Chagnon).

Ensuite, la troisième section de cette thèse comporte une synthèse des résultats, une discussion générale et les implications des résultats quant à l'évaluation et aux interventions auprès des adolescentes ayant dévoilé une AS. Finalement, la dernière section de la thèse comprend les appendices, notamment les formulaires de consentement, ainsi que les lettres rédigées par les éditeurs où les articles ont été soumis. Les références consultées pour réaliser cette démarche complètent cette section.

1.1 Définition de l'agression sexuelle

Il n'existe aucune définition de l'AS qui fasse l'unanimité et celle-ci varie d'une étude à l'autre. Certains auteurs emploient une définition restreinte et définissent l'AS comme étant un acte impliquant nécessairement un contact physique sexuel entre la victime et l'agresseur (Eisenberg, Ackard et Resnick, 2007; Fletcher, 2009; Lipschitz *et al.*, 1999; Ystgaard *et al.*, 2004), alors que d'autres utilisent une définition plus large de l'AS incluant notamment l'exhibitionnisme ou l'exposition à du contenu pornographique (Fergusson, Boden et Horwood, 2008; Sigfusdottir *et al.*, 2008). Au Québec, en 2001, un plan d'action gouvernemental en matière d'AS a défini l'AS comme suit:

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 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. (Gouvernement du Québec, 2001)

La diversité des définitions de l'AS et les méthodologies de recherche utilisées au sein des études traitant de l'AS, de même que les croyances culturelles, entraînent une grande fluctuation au niveau de la mesure de la prévalence de l'AS (Stoltenborgh *et al.*, 2011; Yancey, Hansen et Naufel, 2011). Deux méta-analyses récentes ont tenté d'estimer la prévalence des AS à l'enfance (Pereda *et al.*, 2009; Stoltenborgh *et al.*, 2011). L'une d'elles regroupait 217 publications provenant de différents pays et ayant été publiées entre 1980-2008 et elle estimait la prévalence de l'AS à 18% chez les jeunes filles et à 7,6% chez les garçons (Stoltenborgh *et al.*, 2011). La seconde a estimé une prévalence similaire, soit 19,2% chez les filles et 7,4% chez les garçons et ce, à l'aide des données provenant de 65 articles publiés (Pereda *et al.*, 2009).

Au Québec, les données d'une enquête auprès d'adultes indiquent que près d'une femme sur cinq et d'un homme sur dix auraient subi des AS avant l'âge de 18 ans (Hébert *et al.*, 2009). Ces statistiques confirment que la prévalence de l'AS est plus élevée chez les

femmes comparativement aux hommes. Il est possible que l'AS soit réellement plus fréquente chez les jeunes filles que chez les garçons; soulignons cependant que Stoltenborgh *et al.* (2011) ont répertorié plusieurs facteurs pouvant expliquer la prévalence plus faible observée chez les garçons. Ils ont notamment proposé que certaines victimes masculines craignent d'être perçues comme étant homosexuelles, l'agresseur impliqué étant un homme dans la vaste majorité des cas, ou encore qu'on leur attribue le rôle de l'instigateur plutôt que celui de la victime. Ceci aurait pour effet d'influencer négativement le dévoilement. Les normes sociales contribuent probablement aussi à retarder ou à inhiber le dévoilement des garçons. Par exemple, un garçon qui a intégré, lors de ses expériences antérieures, qu'un homme est supposé être en mesure de se protéger, peut percevoir son AS par une femme comme étant un échec personnel et ainsi tarder à dévoiler celle-ci (Hecht et Hansen, 1999). Malgré ces réticences à dévoiler l'AS, les données de prévalence indiquent que plusieurs personnes sont victimes de violence sexuelle et sont, de ce fait, plus fortement exposées au risque de souffrir de diverses conséquences négatives en lien avec l'AS vécue.

1.2 Conséquences associées à l'agression sexuelle et profils des victimes

Les conséquences de l'AS ont été largement investiguées au cours des 20 dernières années (Hornor, 2010; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Kisiel et Lyons, 2001; Paolucci, Genuis et Violato, 2001; Putnam, 2003; Tyler, 2002). L'ensemble de la recherche dans ce domaine montre les effets négatifs de l'AS sur la santé psychologique et physique des enfants et des adolescents, de même que sur leur développement et leur bien-être une fois adulte. Parmi les conséquences rapportées par les victimes adolescentes, on note la dépression, le trouble de stress post-traumatique, la consommation de substances, les fugues, les délits, et les comportements autodestructeurs et suicidaires (Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Tyler, 2002).

À l'adolescence, le déclenchement de la puberté entraîne plusieurs changements psychologiques (p.ex., désir sexuel) et physiologiques (p.ex., apparition de la pilosité). Toutefois, le développement sexuel des victimes d'AS peut être assombri par le trauma sexuel vécu. À cet effet, il a été confirmé que comparativement à des personnes n'ayant pas

vécu d'AS, les victimes présentent davantage de préoccupations liées à la sexualité (p.ex., obsessions sexuelles, masturbation excessive), elles sont significativement plus jeunes lors de leur première relation sexuelle consentante de même qu'au moment de donner naissance à leur premier enfant, et elles sont aussi davantage à risque d'avoir un enfant à l'adolescence (Noll, Trickett et Putnam, 2003). Ainsi, l'AS semble être un facteur lié à des activités sexuelles précoces et à risque (Noll *et al.*, 2003).

Considérant l'ampleur des conséquences de l'AS, divers modèles conceptuels ont été proposés afin d'expliquer le développement de telles séquelles (Barker-Collo et Read, 2003; Finkelhor et Browne, 1985; Freeman et Morris, 2001; Hulme, 2004; Spaccarelli, 1994). Entre autres, certains auteurs suggèrent que les conséquences peuvent être liées au fait que les enfants ayant vécu un trauma consécutif à l'AS présentent des distorsions cognitives, notamment des attentes négatives relativement aux autres et à eux-mêmes, ce qui contribuerait au maintien des conséquences de l'AS, particulièrement au trouble de stress post-traumatique, à la dépression et aux difficultés comportementales (Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006). De plus, le développement d'une image de soi négative suite à une AS influencerait négativement le choix des amis ou des partenaires amoureux, ou encore engendrerait des comportements autodestructeurs (p.ex., automutilation, consommation de drogues, pratiques sexuelles risquées) (Cohen *et al.*, 2006). Les caractéristiques de l'AS auraient aussi un impact sur les victimes. En effet, la durée, les gestes impliqués et le lien à l'agresseur sont liées à la sévérité des problématiques rapportées suite à une AS (Cantón-Cortés et Cantón, 2010; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Putnam, 2003; Tyler, 2002).

Nonobstant les modèles conceptuels proposés afin d'expliquer les séquelles de l'AS, il n'existe pas de syndrome spécifique qui pourrait caractériser les victimes d'AS à l'enfance. Les données obtenues à ce jour indiquent plutôt qu'il y a une grande variété de symptômes et qu'aucun de ceux-ci n'est observable chez une grande majorité d'enfants et d'adolescents ayant vécu une AS (Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Paolucci *et al.*, 2001). L'identification de victimes davantage à risque de souffrir de conséquences sévères suite à une AS est donc complexifiée par l'absence de profils cliniques. En effet, puisqu'il n'existe aucun indice

permettant de déceler ces victimes pour qui une intervention rapide axée sur les besoins individuels des survivants serait nécessaire, plusieurs victimes sont davantage à risque d'être aux prises avec des conséquences à long terme. Ainsi, des études portant sur les symptômes et les profils des adolescents victimes d'AS doivent être réalisées afin de mieux déceler ces victimes et orienter leur traitement.

La présente thèse s'intéresse principalement à deux des conséquences les plus associées à l'AS, soit la dépression et la problématique suicidaire, plus particulièrement les idées suicidaires (Paolucci *et al.*, 2001). Il importe en premier lieu de démontrer la pertinence d'investiguer la présence de ces problématiques chez les victimes d'AS. Ainsi, les prochaines sections portent sur les liens unissant l'AS à la dépression et à la problématique suicidaire.

1.3 Dépression à l'adolescence

À travers le monde, la dépression est la deuxième cause d'invalidité chez les personnes âgées de 15 à 44 ans (World Health Organization, 2011a). La dépression fait partie de la vaste catégorie des troubles de l'humeur répertoriés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2000). La terminologie concernant les troubles de l'humeur étant spécifique, il importe de distinguer l'épisode dépressif majeur du trouble dépressif majeur. L'épisode dépressif majeur se caractérise notamment par la présence de symptômes tels qu'une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir durant une période d'au moins deux semaines, ce qui interfère avec le fonctionnement habituel de l'individu. Cet épisode peut se produire dans le cadre de différents troubles de santé mentale (p. ex., schizophrénie). À l'inverse, le trouble dépressif majeur, aussi appelé dépression, ne peut être dû à une autre condition de santé mentale et il inclut la présence d'au moins un épisode dépressif majeur.

Aux États-Unis, la prévalence à vie des troubles de l'humeur chez les adolescents de 13 à 18 ans a été établie à 14% (Merikangas *et al.*, 2010), alors qu'au Canada, selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé et bien-être*, 8% des

adolescents et des jeunes adultes (15-24 ans) avaient souffert d'un épisode dépressif majeur dans les 12 mois précédant l'enquête (Statistique Canada, 2002). L'épisode dépressif est plutôt rare à l'enfance et il se manifeste plus fréquemment à l'adolescence (Kessler, Avenevoli et Merikangas, 2001). Une dépression à l'adolescence engendre des conséquences développementales qui augmentent le risque d'être exposé à des événements stressants qui pourraient, à leur tour, déclencher d'autres épisodes dépressifs (Kessler *et al.*, 2001). Ainsi, les épisodes dépressifs à l'adolescence sont associés à des épisodes récurrents à l'âge adulte (Kessler *et al.*, 2001).

Les théories cognitives de la dépression postulent que certains individus possèdent une vulnérabilité cognitive qui les prédispose au développement d'une dépression lorsqu'ils sont confrontés à un événement stressant. Cette vulnérabilité se traduirait par des distorsions cognitives en ce qui concerne les interprétations et les attentes liées aux sens de ces événements, ce qui expliquerait la présence d'épisodes récurrents si l'individu ne possède pas les capacités requises pour faire face à ce stress (Carter et Garber, 2011). Puisque la dépression constitue la conséquence la plus rapportée par les victimes d'AS (Paolucci *et al.*, 2001) et que plusieurs victimes présentent certaines distorsions cognitives (Cohen *et al.*, 2006), il importe de dresser le bilan des connaissances sur la présence concomitante de ces deux problématiques.

1.3.1 Dépression chez les victimes d'agression sexuelle.

Comparativement aux divers types de maltraitance à l'enfance, l'AS serait davantage associée à un risque accru de dépression et de tentatives de suicide (Brezo *et al.*, 2008; Dube *et al.*, 2001; Fergusson, Beautrais et Horwood, 2003; Goldsmith, 2002). Une méta-analyse regroupant 37 études a examiné les liens unissant l'AS à six conséquences, notamment le trouble de stress post-traumatique, la dépression, et le suicide. Les conclusions confirment que l'AS est plus fortement liée à deux problématiques, soit la dépression et le suicide (Paolucci *et al.*, 2001). En effet, la prévalence de symptômes dépressifs est plus élevée chez les victimes d'AS comparativement à la population générale (Brown *et al.*, 1999; Choquet *et*

al., 1997; Fletcher, 2009). Il a aussi été documenté auprès d'adolescents issus du milieu scolaire, que l'AS à l'enfance augmentait le risque de dépression à l'adolescence et ce, davantage chez les filles que chez les garçons (Fletcher, 2009). On explique la présence de symptômes dépressifs chez les victimes par le trauma de l'AS qui engendre une perte soudaine du sentiment de confiance envers les autres et l'environnement, et aussi aux pertes concrètes qui en découlent, notamment la virginité (Cohen *et al.*, 2006).

En plus des conséquences qui se manifestent dans un court délai suite à l'AS, ce trauma peut engendrer des conséquences à long terme. En effet, la prévalence à vie de la dépression majeure est trois à cinq fois supérieure chez les victimes comparativement aux non-victimes. Qui plus est, la dépression se manifeste à un plus jeune âge chez de jeunes adultes ayant été victimes de maltraitance durant leur enfance, et l'AS à l'enfance permet de prédire la présence de troubles dépressifs majeurs chroniques à l'âge adulte (Aglan, Kerfoot et Pickles, 2008; Putnam, 2003; Widom, DuMont et Czaja, 2007).

La dépression et la problématique suicidaire sont fréquemment investiguées simultanément dans de nombreuses études puisque la problématique suicidaire constitue l'une des complications les plus sérieuses de la dépression (Bergen *et al.*, 2003; Fergusson *et al.*, 2003; Gibb, Andover et Beach, 2006). On estime que les adolescents dépressifs ont un taux d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide respectivement quatre et six fois supérieur à celui des adolescents ne souffrant pas de dépression (Waldrop *et al.*, 2007). De par leur association, tant la dépression que la problématique suicidaire ont été examinées auprès des adolescentes victimes d'AS dans cette recherche doctorale.

1.4 Problématique suicidaire à l'adolescence

Le suicide constitue l'une des principales causes de décès chez les Canadiens et les Américains âgés de 15 à 24 ans (McIntosh, 2009; Statistique Canada, 2010a). En 2007, au Canada, deux suicides pour 100 000 personnes chez les 10-14 ans et huit suicides pour 100 000 personnes chez les 15-19 ans ont été répertoriés (Statistique Canada, 2010b). Au

Québec, en fonction des données provisoires de 2009, une personne âgée de moins de 15 ans et sept personnes âgées entre 15 et 19 ans se sont suicidées par tranche de 100 000 personnes (Gagné *et al.*, 2011). Bien qu'une baisse du taux de suicide chez les adolescents ait été notée entre 1999 et 2008 (Gagné et St-Laurent, 2010), en 2007, le suicide représentait 12% des décès chez les jeunes filles et 25% des décès chez les garçons (Institut de la statistique du Québec, 2010). De plus, les données issues de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010* ont révélé qu'environ le quart des adolescents (12-17 ans), davantage de filles que de garçons, ont obtenu un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, ce qui confirme que la santé mentale de plusieurs adolescents est précaire (Bordeleau, Cazale et Du Mays, 2011). Tout comme dans la population adulte, il existe une différence liée au sexe des individus dans les taux de suicide, avec une prédominance du suicide chez les garçons. Cette disparité s'expliquerait notamment par le fait que la probabilité d'avoir plusieurs facteurs de risque (p.ex., trouble d'abus d'alcool combiné à un trouble de l'humeur) serait plus grande chez les individus de sexe masculin comparativement aux jeunes filles (Bridge, Goldstein et Brent, 2006).

Au-delà du suicide, les idées suicidaires et les tentatives de suicide constituent des problématiques sévères et leur prévalence est inquiétante. L'Organisation mondiale de la santé estime que les tentatives de suicide sont 20 fois plus fréquentes que les suicides (World Health Organization, 2011b). Les données d'une recension de la littérature internationale indiquent que 29% et 10% des adolescents ont respectivement déjà pensé à se suicider et fait une tentative de suicide (Evans *et al.*, 2005). Bien que les taux de suicide soient plus élevés chez les personnes de sexe masculin, les adolescentes présentent une prévalence supérieure d'idées et de tentatives suicidaires (Evans *et al.*, 2005; Fergusson, Woodward et Horwood, 2000; Gagné et St-Laurent, 2009; Herrera *et al.*, 2006; Wunderlich *et al.*, 2001). De plus, ces dernières attenteraient à leur vie à un plus jeune âge comparativement aux garçons (Wunderlich *et al.*, 2001).

Plusieurs facteurs de risque associés à une problématique suicidaire ont été identifiés à l'aide d'autopsies psychologiques. Cette méthodologie de recherche permet de reconstituer

les éléments de la vie d'une personne décédée par suicide avant l'événement et ce, afin de colliger des informations relativement aux circonstances d'un suicide et d'identifier les raisons ayant possiblement mené un individu à poser ce geste fatal (Hawton *et al.*, 1998; Séguin *et al.*, 2007). Pour ce faire, diverses sources d'informations sont mises à profit telles que le dossier médical, les professionnels ayant côtoyé la personne décédée et surtout, les membres de la famille et l'entourage de l'individu (Hawton *et al.*, 1998). Une méta-analyse regroupant 27 études internationales ayant utilisé des autopsies psychologiques a indiqué que 87% des adolescents et adultes qui s'étaient suicidés souffraient d'un trouble de santé mentale et que dans 43% des cas, il s'agissait d'un trouble de l'humeur (Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki, 2004), ce qui confirme les liens unissant la dépression à la problématique suicidaire. Par ailleurs, chez des adolescents s'étant suicidés, 62% des jeunes filles et 37% des garçons avaient fait une tentative de suicide antérieurement (Brent *et al.*, 1999). On estime que la présence d'une tentative de suicide augmente de 60 fois le risque qu'une adolescente se suicide (Brent *et al.*, 1999). Conséquemment, une tentative de suicide antérieure demeure, selon plusieurs auteurs, le meilleur facteur prédictif du risque suicidaire tant chez les garçons que chez les filles (Brent *et al.*, 1999; Bridge, Goldstein et Brent, 2006).

Hormis les facteurs de risque mentionnés précédemment, de nombreuses études ont documenté que l'AS était liée aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide (Ackard et Neumark-Sztainer, 2003; Choquet *et al.*, 1997; Fergusson, Boden et Horwood, 2008; Fergusson *et al.*, 2000; Garnefski et Arends, 1998). La section suivante dresse donc l'état des connaissances à ce propos.

1.4.1 Problématique suicidaire chez les victimes d'agression sexuelle

En plus d'être liée au développement de symptômes dépressifs, l'AS est associée aux comportements suicidaires tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte (Bergen *et al.*, 2003; Eisenberg *et al.*, 2007; Rich *et al.*, 2005). Comparativement aux autres formes de maltraitance se produisant durant l'enfance, telles que la négligence et les agressions physiques, l'AS serait le type d'agression engendrant le plus haut risque de dépression et de

tentatives de suicide (Brown *et al.*, 1999; Dube *et al.*, 2001; Fergusson *et al.*, 2003; Goldsmith *et al.*, 2002; Waldrop *et al.*, 2007). On estime que les adolescents rapportant une AS sont respectivement cinq et huit fois plus à risque d'être aux prises avec des idées suicidaires et de faire des tentatives de suicide répétitives (Brown *et al.*, 1999). Martin, Bergen, Richardson, Roeger, et Allison (2004) ont mentionné que 73% des adolescents issus du milieu scolaire qui ont été victimes d'AS rapportent avoir déjà eu des idées suicidaires comparativement à 25% pour les non-victimes. En outre, 55% des victimes et 12% des non-victimes prétendent avoir déjà élaboré un plan suicidaire et 24% des victimes comparativement à 5% des non-victimes affirment avoir déjà fait une tentative de suicide. Au sein de personnes âgées de 15-24 ans souffrant d'au moins un trouble psychiatrique, entre 8% et 12% des tentatives de suicide sérieuses pouvaient être attribuées à une AS durant l'enfance et ce indépendamment des troubles psychiatriques (Molnar, Berkman et Buka, 2001). Des taux supérieurs ont été estimés par Brown *et al.* (1999) auprès de jeunes adultes sélectionnés aléatoirement au sein de la population, ils ont conclu qu'entre 16,5% et 19,5% des tentatives de suicide pouvaient être liées à des AS dans l'enfance.

Tout comme pour la dépression, l'impact de l'AS sur les idées suicidaires pourrait perdurer. En effet, la prévalence à vie des idées suicidaires et des tentatives de suicide est plus élevée chez les adultes rapportant une AS à l'enfance; on l'estime respectivement à 49,6% et à 14,8% (Brezo *et al.*, 2008). Cette prévalence serait influencée par certains facteurs, notamment les caractéristiques de l'AS (p.ex., lien à l'agresseur, agresseurs multiples) qui ont un impact sur le risque suicidaire et qui sont liées à un plus grand nombre de pensées liées à la mort (Danielson *et al.*, 2005; Plunkett *et al.*, 2001). La prochaine section aborde l'association entre l'AS à la prévalence accrue de la problématique suicidaire.

1.5 Modèle conceptuel de la problématique suicidaire chez les victimes d'agression sexuelle

Les études ont confirmé les liens existant entre l'AS et une vulnérabilité à la dépression, aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide (Brent *et al.*, 1999; Brown *et*

al., 1999; Rhodes *et al.*, 2011). Toutefois, les mécanismes de développement de ces problématiques chez les victimes d'AS demeurent ambigus. En effet, les recherches ont mené à des résultats contradictoires. Si certains auteurs ont documenté que l'AS avait un effet indépendant sur la dépression chez les adolescents (Esposito et Clum, 2002; Evans, Hawton et Rodham, 2005; Turner, Finkelhor et Ormrod, 2006), l'existence de médiateurs (p.ex., l'évitement) a aussi été démontrée (Bal *et al.*, 2003). En ce qui concerne la prévalence de problématiques suicidaires supérieure chez les victimes d'AS (Brown *et al.*, 1999; Martin *et al.*, 2004; Waldrop *et al.*, 2007), certains auteurs ont documenté l'effet indépendant de l'AS sur la problématique suicidaire chez les adolescents et ce, même en contrôlant statistiquement l'effet de la dépression (Esposito et Clum, 2002; Evans, Hawton et Rodham, 2005; Turner *et al.*, 2006; Waldrop *et al.*, 2007), alors que d'autres auteurs ont documenté qu'elle était liée à la dépression qui agissait en tant que médiateur dans ce lien (Martin *et al.*, 2004; Sigfusdottir *et al.*, 2008). D'ailleurs, la dépression ne serait pas la seule variable médiatrice en cause puisque le désespoir et des dysfonctions familiales serviraient aussi de médiateurs entre l'AS et la problématique suicidaire (Martin *et al.*, 2004). Conséquemment, davantage d'études doivent être réalisées afin de mieux cerner les mécanismes de développement de la dépression et de la problématique suicidaire chez les victimes d'AS. Toutefois, il importe de comprendre auparavant le développement d'une problématique suicidaire chez la population en général.

1.5.1. Théorie psychologique-interpersonnelle

Afin de conceptualiser le développement de la problématique suicidaire, Joiner (2005) a élaboré la théorie psychologique-interpersonnelle. Selon cette théorie, deux composantes sont essentielles pour mener à un suicide: le désir suicidaire et la capacité de s'infliger une blessure mortelle (Joiner, 2005). Le désir suicidaire se développerait en présence d'un besoin non-comblé d'appartenance à d'autres individus et aussi de la perception d'être un fardeau pour son entourage (d'être inefficace) (Joiner, 2005; Van Orden *et al.*, 2008). Quant à elle, la capacité de se donner la mort découlerait d'une exposition à des

souffrances qui contribuerait au développement d'une tolérance à la douleur et à une diminution de la peur associée aux comportements autodestructeurs et à la mort (Joiner *et al.*, 2007; Ribeiro et Joiner, 2009). Selon Joiner (2005), la combinaison de ces deux composantes, soit le désir suicidaire et la capacité de s'infliger une blessure létale, serait indispensable pour mener à des comportements suicidaires.

Cette théorie repose sur le travail préalable de divers théoriciens, dont Baumeister, Shneidman et Beck, qui ont élaboré des théories pour expliquer le suicide. Pour sa part, Baumeister (1990) a développé un modèle théorique de la fuite de soi par le suicide. Ce modèle stipule que constatant une différence négative prononcée entre ses attentes et les événements tels qu'ils se produisent réellement, l'individu se blâmerait et se culpabiliserait et il développerait ainsi des affects négatifs. Ceux-ci mèneraient ultérieurement à une « déconstruction cognitive » (i.e. à un état mental amoindri axé sur la pensée concrète où l'individu tente d'arriver à l'accomplissement de tâches et d'objectifs simples dans un délai rapproché) dans le but d'échapper à cette détresse psychologique. Joiner (2005) mentionne que la perception d'être un fardeau et les besoins d'appartenance non-comblés résultent, tout comme la détresse psychologique de Baumeister, de la déception face aux attentes et contribuent ainsi au développement de sentiments d'inefficacité.

Shneidman (1996) s'est intéressé aux besoins psychologiques non-comblés qui, selon lui, engendrent une douleur psychologique. Pour sa part, Beck et ses collègues (Beck *et al.*, 1990; Beck *et al.*, 1985; Weishaar et Beck, 1992) faisaient plutôt référence au désespoir pour décrire un concept similaire à la douleur psychologique élaborée par Shneidman. Joiner prétend que le désespoir, tel qu'expliqué par Beck et ses collègues, n'est pas suffisant pour expliquer le suicide, puisque peu de personnes désespérées se suicident. Il affirme aussi que la liste des besoins de Schneider menant à une douleur psychologique est trop générale. Ainsi, Joiner, en lien avec sa théorie psychologique-interpersonnelle, a proposé que le désespoir se rapportait particulièrement à un désir d'appartenance non-comblé et à la perception d'être un fardeau pour son entourage et que, qui plus est, ces deux composantes constituaient deux catégories pouvant englober tous les besoins psychologiques de la théorie

de Shneidman. De plus, Shneidman avait inclus le concept de létalité dans sa théorie et Joiner l'a intégré dans sa théorie psychologique-interpersonnelle : la capacité de s'infliger une blessure mortelle. Ainsi, la théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner constitue une amélioration des théories élaborées précédemment, puisqu'elle clarifie davantage les notions pouvant mener à des comportements suicidaires. D'ailleurs, cette théorie et ses trois composantes ont été validées auprès d'adultes lors de plusieurs études (Anestis et Joiner, 2011; Joiner *et al.*, 2007; Joiner *et al.*, 2009; Van Orden *et al.*, 2008).

Appliquée à l'AS, la théorie psychologique-interpersonnelle stipule que des AS sévères ayant suscité de la douleur et de la peur peuvent augmenter le risque de comportements suicidaires de par la violence et la douleur faite au corps et de la peur vécue par les victimes lors des AS. Conséquemment, une plus grande capacité de s'infliger une blessure mortelle se développerait chez les victimes. L'AS contribue probablement à diminuer le sentiment d'appartenance des victimes à leur famille ou à leur entourage (p.ex., lors d'une AS intrafamiliale), et aussi à diminuer leur sentiment d'efficacité (perception d'être un fardeau) ce qui pourrait expliquer leur désir suicidaire. Ainsi, des victimes d'AS peuvent avoir simultanément un désir suicidaire et la capacité de s'infliger une blessure mortelle, ce qui augmente le risque suicidaire (Joiner, 2005).

1.6 Limites des études menées à ce jour

En résumé, plusieurs études ont documenté un risque accru de dépression et de problématique suicidaire chez les victimes d'AS. Cependant, peu d'études ont documenté les caractéristiques des adolescentes victimes d'AS à risque de souffrir de dépression ou d'entretenir des idées suicidaires. Pourtant, l'identification de ces victimes pourrait permettre d'offrir des lignes directrices aux praticiens afin de dépister les jeunes suicidaires, et aussi d'être en mesure de leur offrir un traitement adapté à leurs besoins. Toutefois, puisque les profils des victimes d'AS sont hétérogènes, cette tâche d'identification est complexe. Qui plus est, à ce jour, une majorité des études ayant investigué les variables liées à la dépression et aux idées suicidaires chez les victimes d'AS l'ont fait auprès d'échantillons regroupant

fréquemment des adultes et non des adolescentes. Or l'adolescence comporte plusieurs spécificités et il est difficile de savoir si les résultats obtenus auprès de populations adultes s'appliquent aussi aux adolescents ayant été victimes d'AS. Par ailleurs, peu de recherches ayant documenté ce qui caractérisait les adolescents victimes d'AS qui sont davantage à risque d'être aux prises avec des idées suicidaires ont été effectuées. En effet, peu d'études sont réalisées auprès d'échantillons constitués uniquement de victimes d'AS; la plupart des études investiguant plutôt des adolescents issus de la population générale ou du milieu scolaire et ainsi, elles n'ont conclu qu'à une association entre l'AS et la dépression et les idées suicidaires.

De plus, en l'absence d'une définition universelle de l'AS, plusieurs études emploient une définition restreinte ou incomplète de ce phénomène, ce qui empêche les comparaisons entre les diverses études et engendre des divergences au niveau des résultats. Finalement, l'utilisation de mesures validées afin d'investiguer les idées suicidaires est peu fréquente et plus souvent qu'autrement, les études s'attardent davantage à la présence de tentatives de suicide plutôt qu'aux idées suicidaires, bien que celles-ci aient été identifiées comme étant des précurseurs de tentatives de suicide (Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1996; Mann *et al.*, 2008).

Documenter les profils des adolescents victimes d'AS à risque d'être aux prises avec une dépression ou une problématique suicidaire permettrait d'orienter l'évaluation et d'offrir des pistes relativement aux interventions à préconiser auprès des survivants. De telles études pourraient, par le fait même, identifier les facteurs prédictifs de ces problématiques chez les victimes d'AS. Par contre, afin d'augmenter la rigueur méthodologique de ces études, les chercheurs devraient avoir recours à une définition de l'AS incluant plusieurs types d'AS et également à l'utilisation de mesures validées afin de pouvoir documenter les caractéristiques des adolescents victimes d'AS aux prises avec des idées suicidaires.

1.7 Objectifs de la thèse

L'AS à l'enfance constitue une problématique sérieuse pour laquelle il est impératif d'être en mesure de prévenir les conséquences dommageables à court et à long terme. Cette thèse a deux objectifs principaux. Le premier vise l'identification des adolescentes survivantes d'une AS à risque suicidaire, ce qui englobe les adolescentes suicidaires, de même que celles étant à risque de le devenir, et ce, afin d'orienter le dépistage et le traitement de la problématique suicidaire chez cette population. Spécifiquement, il s'agit de documenter le profil clinique des adolescentes entretenant des idées suicidaires en ce qui concerne leur symptomatologie. Le deuxième objectif porte sur la prédiction des idées suicidaires suite à une période de 12 mois et ce, en fonction des variables mesurées lors de la première évaluation.

La définition de l'AS qui a été employée dans cette thèse inclut toute expérience sexuelle impliquant un contact physique sans pénétration ou force (p.ex., caresse ou frottement), une expérience sexuelle impliquant un contact physique avec pénétration ou force, (p.ex., pénétration digitale, relation orale, anale), un acte sexuel impliquant plus d'un agresseur, ou encore une expérience sexuelle sans contact physique (p.ex., exhibitionnisme).

1.8 Population à l'étude

Bien que les garçons souffrent de plusieurs difficultés suite à une AS (Garnefski et Arends, 1998; Martin *et al.*, 2004), la population à l'étude est constituée uniquement d'adolescentes. Les AS chez les garçons étant moins prévalentes (Pereda *et al.*, 2009; Stoltenborgh *et al.*, 2011) et les dévoilements, moins fréquents que chez les jeunes filles (Hébert *et al.*, 2009), il est peu probable qu'un nombre suffisant de garçons victimes aurait été obtenu afin que les résultats soient significatifs et généralisables à d'autres populations. Les jeunes filles sélectionnées pour cette étude ont été recrutées au Centre jeunesse de Montréal, au Centre jeunesse de la Montérégie et aussi au Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) de Gatineau. Il a été documenté que les adolescents hébergés

en Centre jeunesse sont plus nombreux à être aux prises avec un désir suicidaire modéré à élevé comparativement à la population en général (Pronovost et Leclerc, 2002) et au Québec, en 1995-1996, les adolescents étant ou ayant été sous la protection de la jeunesse ou la loi des jeunes contrevenants constituaient plus du tiers des suicides chez les adolescents (Farand *et al.*, 2004). Au total, 77 adolescentes âgées entre 12 et 17 ans ont complété un questionnaire auto-rapporté en présence d'une assistante de recherche. Cette étude comportant un volet longitudinal, une seconde passation a été réalisée suite à un délai d'environ 52 semaines (Temps 2).

Cette recherche doctorale a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal, de même que par les différents milieux collaborant à ce projet. Outre les considérations habituelles, les participantes ont été informées que leur participation était volontaire et qu'elles pouvaient se retirer du projet de recherche en tout temps.

De plus, puisque cette thèse traite de la problématique suicidaire, il était essentiel d'assurer la sécurité des participantes. Ainsi, lorsqu'une adolescente présentait un risque suicidaire, tel qu'évalué par un instrument de mesure validé, l'intervenant responsable de la participante (au Centre jeunesse ou au Centre d'intervention) en était avisé dans les 24 heures suivant la passation. Chacune des participantes a aussi été contactée par téléphone au cours de la semaine suivant la rencontre afin de vérifier si la passation du questionnaire n'avait pas engendré d'idées suicidaires ou de problématique nécessitant une intervention. Si tel était le cas, l'intervenant en était aussi avisé. Par souci de contribuer à l'élaboration de services adaptés aux besoins des participantes et afin de favoriser leur bien-être, les intervenants des participantes ont reçu un rapport-synthèse dressant un profil psychologique des adolescentes en lien avec les questionnaires complétés. Ce rapport était transmis à l'intervenant avec le consentement de l'adolescente.

CHAPITRE II

SYMPTÔMES DÉPRESSIFS, IDÉATIONS SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ DES ADOLESCENTS AYANT VÉCU UNE AGRESSION SEXUELLE

Marie-Eve Brabant¹, Martine Hébert² et François Chagnon¹

¹Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Qc, Canada

²Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Qc, Canada

Article publié dans *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome II*, M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.

RÉSUMÉ

Dans plusieurs pays, la dépression, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide à l'adolescence constituent des problèmes sociaux majeurs. Ces difficultés ont été documentées chez les victimes de maltraitance durant l'enfance, particulièrement chez les survivants d'une agression sexuelle. Ce chapitre dresse un survol des connaissances scientifiques sur la dépression et la problématique suicidaire chez les adolescents ayant vécu une agression sexuelle. Les facteurs de protection et de risque en cause dans le développement de la problématique suicidaire sont abordés. Un modèle conceptuel du suicide est présenté afin d'expliquer les idées suicidaires, les tentatives suicidaires et les suicides chez les survivants d'une agression sexuelle. Finalement, des pistes d'intervention auprès de cette clientèle et des recommandations pour les recherches futures dans ce domaine sont détaillées.

Mots clés : agression sexuelle, dépression, idées suicidaires, adolescence

2.1 Introduction

Ce chapitre explore la présence de problématiques concomitantes susceptibles d'affecter bon nombre d'adolescents, soit l'agression sexuelle, la dépression, les idées suicidaires et les comportements suicidaires. La pertinence d'examiner ces problématiques simultanément s'appuie sur les recherches portant sur les conséquences associées à l'agression sexuelle vécue pendant l'enfance. En effet, il a été démontré que la dépression figure parmi les conséquences les plus souvent rapportées par les survivants d'une agression sexuelle à l'enfance, tant chez les adultes (Paolucci, Genuis et Violato, 2001) que chez les adolescents (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993). De plus, on rapporte une prévalence plus élevée de problématiques suicidaires chez les survivants d'une agression sexuelle (Brown *et al.*, 1999; Martin *et al.*, 2004; Waldrop *et al.*, 2007) et la dépression serait un médiateur dans ce lien (Martin *et al.*, 2004). Ainsi, il importe de mieux comprendre les liens unissant ces problématiques. Dans ce chapitre, l'étude simultanée de ces variables permettra de dresser le bilan des connaissances chez les adolescents et en plus, d'offrir des pistes d'intervention pour les praticiens œuvrant auprès des adolescents à risque.

Ce chapitre comprend neuf sections. Dans un premier temps, la dépression à l'adolescence sera explorée, suivie du suicide à l'échelle mondiale et au Québec, de la problématique suicidaire chez les adolescents et des facteurs de risque associés aux comportements suicidaires. Une fois ces faits exposés, les liens unissant la problématique suicidaire aux survivants adolescents d'une agression sexuelle seront présentés. La section suivante exposera un modèle théorique portant sur les comportements suicidaires et permettra d'expliquer la présence de ces comportements chez les survivants adolescents. Ensuite, la question de la transmission familiale des comportements suicidaires sera abordée, tout comme les facteurs de protection face à la problématique suicidaire chez les survivants d'une agression sexuelle. Finalement, les dernières sections de ce chapitre porteront sur les interventions à préconiser auprès de personnes rapportant une agression sexuelle et étant à risque suicidaire, sur les limites des études menées à ce jour et sur des perspectives à envisager pour les recherches futures. Il est important de noter que les études répertoriées dans ce chapitre ont été réalisées auprès de populations adolescentes, à l'exception des

sections portant sur la population en générale ou lorsque les auteurs ont spécifié que des adultes faisaient partie de la population à l'étude.

2.2 La dépression

L'organisation mondiale de la santé (2011a) estime que 121 millions de personnes souffrent de dépression à travers le monde et qu'elle constitue par ailleurs l'une des causes majeures d'incapacité. Dans le cadre d'une vaste étude américaine, 10 123 adolescents âgés de 13 à 18 ans ont participé à une entrevue structurée. À l'aide des données recueillies, la prévalence à vie des troubles de l'humeur chez cette population a été établie à 14% (Merikangas *et al.*, 2010). La dépression est un trouble de santé mentale faisant partie des troubles de l'humeur répertoriés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000). L'épisode dépressif se caractérise, entre autres, par une humeur dépressive, une perte d'intérêt, une perte d'appétit et des symptômes de fatigue. La prévalence de l'épisode dépressif majeur, peu fréquent à l'enfance, augmente de façon marquée durant l'adolescence (Kessler, Avenevoli et Merikangas, 2001).

Par ailleurs, une étude rétrospective a identifié qu'au moins 50% des jeunes qui avait eu un épisode dépressif majeur avaient aussi souffert d'épisodes récurrents à l'âge adulte (Kessler *et al.*, 2001). Ce résultat s'expliquerait par le fait que souffrir de dépression à l'adolescence serait susceptible d'engendrer des conséquences sur le développement qui, à leur tour, pourraient susciter une vulnérabilité face à l'exposition à d'autres événements stressants dans les années subséquentes. Un cycle morbide pourrait ainsi s'installer si l'individu ne possède pas la capacité d'adaptation requise pour faire face à ces événements, puisque ceux-ci peuvent déclencher un autre épisode dépressif. Il peut donc en découler plusieurs événements de vie négatifs et des épisodes dépressifs fréquents qui risquent d'entraîner les adolescents vers des troubles de santé mentale de plus en plus sévères (Kessler *et al.*, 2001). Toutefois, certains auteurs stipulent qu'un épisode dépressif ne serait pas systématiquement lié à de conséquences à long terme et que ce serait plutôt un épisode dépressif à un jeune âge combiné à un historique de troubles anxieux et à des difficultés

interpersonnelles avec les pairs qui prédisposeraient un adolescent à souffrir d'une dépression à l'âge adulte (Hammen *et al.*, 2008).

En considérant les conséquences de la dépression à court et à long terme, il devient primordial d'intervenir auprès des jeunes affichant des symptômes de dépression afin de mettre un terme au cycle des troubles de santé mentale qui pourrait s'installer et de ce fait, limiter les impacts négatifs sur leur vie adulte.

La dépression peut entraîner de sérieuses complications chez les jeunes adultes, notamment les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide (Fergusson, Beautrais et Horwood, 2003; Gibb, Andover et Beach, 2006). En 2002, l'*Institute of Medicine* a défini la terminologie utilisée lorsque l'on parle de problématique suicidaire. Ainsi, une idée suicidaire fait référence à la pensée de s'enlever la vie ou de se blesser; la tentative de suicide se définit par un geste destructeur auto-infligé et qui n'entraîne pas la mort, mais qui implique un désir explicite ou inféré de mort; et un suicide constitue un acte destructeur auto-infligé incluant un désir explicite ou inféré de mort et qui est létal (Goldsmith *et al.*, 2002). Finalement, le terme *comportements suicidaires* est employé dans ce chapitre et fait référence aux tentatives de suicide et aux suicides.

Bien qu'on note une association entre la dépression et le suicide, une minorité des personnes qui souffrent de dépression décèderont par suicide, soit 7% des hommes et 1% des femmes. Toutefois, cette association est davantage importante dans le cas des idéations et des tentatives suicidaires (Blair-West *et al.*, 1999). En effet, les adolescents dépressifs ont un taux d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide respectivement quatre et six fois supérieur à celui des adolescents n'étant pas dépressifs (Waldrop *et al.*, 2007). Afin de saisir toute l'ampleur de la problématique suicidaire, il importe d'exposer les faits s'y rattachant. La section suivante présente les données récentes relativement au suicide à travers le monde, au Québec et chez les adolescents.

2.3 La problématique suicidaire

2.3.1 À l'échelle mondiale

À travers le monde, un suicide se produit à toutes les 40 secondes (Krug *et al.*, 2002). Le suicide existe dans tous les pays, bien que les méthodes utilisées et les caractéristiques associées varient en fonction de l'environnement et des cultures propres à chacun d'eux (Ajdacic-Gross *et al.*, 2008), ce qui donne lieu à une grande variabilité dans les taux de suicide. En 2004, toute population confondue, le Japon avait le taux de suicide le plus élevé, avec 19 suicides par 100 000 personnes; pour la même année, le Canada affichait un taux plus faible, soit 10 par 100 000 personnes (St-Laurent et Gagné, 2008). Les plus récentes données pour le Canada datent de 2007 et indiquent un taux de 11 suicides par 100 000 personnes (Statistique Canada, 2010). À l'échelle mondiale, plus d'hommes que de femmes se suicident, à l'exception de l'Inde et de la Chine où aucune différence liée au sexe n'est observée (Nock *et al.*, 2008b). Ces taux de suicide ne reflètent qu'une infime partie du fléau que constitue cette problématique. En effet, la prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est plus élevée que le nombre de suicides et elle est difficilement mesurable, car ces deux phénomènes ne sont pas systématiquement signalés aux autorités.

Une vaste étude réalisée auprès de 84 850 adultes recrutés dans 17 pays et ayant participé à une entrevue a permis de documenter une prévalence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide respectivement de 9% et 3% (Nock *et al.*, 2008a). Aux États-Unis, on compterait 16 tentatives suicidaires pour chaque suicide (Silverman, 2006). Le problème prend donc toute son ampleur et touche un nombre élevé d'individus lorsque l'on considère, en plus des suicides, les personnes aux prises avec des idéations suicidaires ou posant des gestes suicidaires n'entraînant pas la mort.

2.3.2 À l'ensemble de la population québécoise.

Au Québec, environ trois personnes par jour s'enlèvent la vie, et toute population confondue, il s'agit de la province canadienne affichant le plus haut taux de suicide (Association québécoise de la prévention du suicide, 1997-2009). En 2009, selon les données

provisoires, le taux de suicide était de 14 par 100 000 personnes pour l'ensemble de la population, ce qui correspond à 1 068 suicides¹. Malgré ce sombre constat, on observe toutefois une diminution du taux de suicide depuis les années 2000 (Gagné *et al.*, 2011). Cette baisse est attribuable majoritairement à la réduction du nombre de suicides chez les hommes (notamment les jeunes hommes), de même qu'à une légère baisse chez les femmes, à l'exception des femmes âgées de plus de 50 ans, pour lesquelles aucune baisse significative n'est notée (Gagné et St-Laurent, 2009).

De manière générale, plus d'hommes que de femmes se suicident. Au Québec, en 2009, le ratio hommes/femmes était de 3,6 (830) :1 (233) (Gagné *et al.*, 2011). Par le passé, on attribuait le taux de suicides supérieur chez les hommes à l'utilisation de moyens plus létaux pour s'enlever la vie (p. ex., pendaison et armes à feu) que ceux employés par les femmes (p. ex., intoxication à l'aide de médicaments). Toutefois, depuis quelques années, on constate que les jeunes femmes optent davantage pour des moyens plus susceptibles d'entraîner la mort (St-Laurent et Gagné, 2008).

2.3.3 À l'adolescence

En plus de varier selon le sexe, les taux de suicide fluctuent en fonction de l'âge des individus. À l'adolescence, les taux de suicide sont généralement répertoriés en deux groupes d'âges. Au Canada, en 2007, le taux de suicide chez les 10-14 ans était de 2 pour 100 000 personnes, alors que chez les 15-19 ans, le taux était de 8 pour 100 000 personnes (Statistique Canada, 2010). Chez les 15 à 19 ans, on retrouve six fois plus de garçons que de filles parmi les gens s'étant suicidés et ce ratio augmente à partir de la prépuberté et ce, jusqu'au début de l'âge adulte (King et Apter, 2003). L'incidence du suicide croît vers la fin de l'adolescence et jusqu'au début de la vingtaine. Cette hausse s'expliquerait non seulement par la probabilité de développer une psychopathologie qui augmente avec l'âge, mais aussi par le fait que les adolescents plus âgés affichent une intention suicidaire plus élevée et qu'ils sont aussi plus

¹ Taux ajustés selon la structure par âge de la population du Québec en 2001.

susceptibles d'être intoxiqués par l'alcool ou des drogues au moment d'attenter à leur vie comparativement aux adolescents plus jeunes (Brent *et al.*, 1999). D'ailleurs, il est intéressant de constater une diminution de la consommation de drogues et une tendance à la diminution de consommation d'alcool chez les jeunes au cours de la dernière décennie, ce qui pourrait expliquer, en partie, la diminution des taux de suicide chez cette population (Statistique Canada, 2011a, 2011b).

Au Québec, les données provisoires de 2009 indiquent que le taux de suicide pour 100 000 personnes chez les adolescents de moins de 15 ans était de 1 suicide et chez les 15-19 ans, de 7 suicides (Gagné *et al.*, 2011). Alors que le suicide constituait la cause la plus importante de mortalité chez les 15-19 ans au cours des années passées (St-Laurent et Gagné, 2007), il a maintenant été relayé au deuxième rang, derrière les accidents de véhicules à moteur (Institut de la statistique du Québec, 2010), puisqu'une baisse du taux de suicide chez les adolescents a été enregistrée entre 1999 et 2008 (Gagné et St-Laurent, 2010). Toutefois, les statistiques indiquent que le suicide demeure une cause importante de mortalité chez les adolescents de 15-19 ans au Québec, puisque selon les données de 2007, le suicide représentait 12% de tous les décès chez les jeunes filles et 25% des décès des garçons (Institut de la statistique du Québec, 2010). Tout comme dans la population adulte, il existe une différence liée au sexe dans les taux de suicide : chez les garçons la probabilité d'avoir plusieurs facteurs de risque (p.ex., trouble d'abus d'alcool combiné à un trouble de l'humeur) serait plus grande que chez les jeunes filles (Bridge, Goldstein et Brent, 2006).

Lorsque l'on considère les problématiques liées au suicide, une recension de la littérature internationale regroupant 128 études a indiqué qu'en moyenne, au cours de leur vie, 29% des adolescents avaient déjà pensé à se suicider et 10% avaient déjà fait une tentative de suicide (Evans *et al.*, 2005). Le risque de tentatives de suicide est augmenté chez les adolescents qui rapportent des idéations suicidaires récurrentes et impliquant une préparation ou une intention élevée (Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1996). À l'inverse du suicide qui est plus fréquent chez les individus de sexe masculin, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont davantage prévalentes chez les jeunes filles (Evans *et al.*, 2005; Fergusson, Woodward et Horwood, 2000; Gagné et St-Laurent, 2009; Wunderlich *et al.*, 2001). De plus, chez celles-ci, les tentatives de suicide surviennent à un plus jeune âge

comparativement aux garçons (Wunderlich *et al.*, 2001) et à l'échelle internationale, les adolescentes constituent la population tentant le plus fréquemment de s'enlever la vie (Herrera *et al.*, 2006).

Les statistiques ci-haut mentionnées indiquent que malgré la diminution du taux de suicide des dernières années, les idéations suicidaires, les tentatives suicidaires et les suicides chez les adolescents demeurent une problématique importante qui entraîne des conséquences sérieuses. Ainsi, il est essentiel de développer des interventions préventives et des traitements pour contrer ce fléau. Afin d'être en mesure de développer et d'instaurer de telles interventions, il importe d'identifier les facteurs susceptibles d'être liés au suicide d'un individu.

2.4 Facteurs de risque liés à la problématique suicidaire à l'adolescence.

Les recherches montrent que plusieurs facteurs augmentent le risque de faire une tentative de suicide à l'adolescence. Parmi ceux-ci, on retrouve: souffrir d'une psychopathologie, être confronté à des événements de vie négatifs, consommer régulièrement de l'alcool ou des drogues, vivre des conflits familiaux ou en être témoin, avoir des échecs scolaires, avoir des problèmes de santé physique, être de sexe féminin, avoir des sentiments de désespoir, de colère, d'hostilité, avoir des déficits dans ses habiletés de résolution de problèmes et être impulsif (Hacker *et al.*, 2006; Silverman, 2006). Dans une étude longitudinale auprès de 659 familles américaines dans laquelle les auteurs ont contrôlé l'âge, le sexe et les symptômes psychiatriques chez l'adolescent et chez les parents, divers types de difficultés interpersonnelles étaient liées au risque éventuel de faire une tentative de suicide à l'adolescence : une difficulté à se faire des amis, des conflits fréquents avec des personnes en autorité et avec les pairs, de la cruauté envers les pairs, le refus fréquent de partager, l'isolement social et l'absence d'amis proches (Johnson *et al.*, 2002). D'ailleurs, dans une autre étude réalisée auprès de personnes âgées de 13 à 20 ans et ayant fait une tentative de suicide, 75% des participants avaient attenté à leur vie dans un contexte de rupture amoureuse ou d'une dispute avec un membre de la famille ou un partenaire amoureux (Vajda et Steinbeck, 2000). Cette liste de facteurs de risque n'est certes pas exhaustive, puisque bien que plusieurs études aient été réalisées dans ce domaine, la problématique suicidaire à

l'adolescence demeure complexe et peut être influencée par un grand nombre de facteurs individuels et environnementaux.

Malgré le risque accru de suicide en présence de ces facteurs, une tentative de suicide antérieure est en soi le facteur qui augmente le plus le risque de suicide (Brent *et al.*, 1999; Bridge *et al.*, 2006). D'ailleurs, Lewinsohn *et al.* (1996) ont mentionné que la phase des six premiers mois suivant une tentative constituait la période la plus risquée pour une récurrence. Ce risque diminue au cours des deux années subséquentes, mais il reste tout de même plus élevé que celui de la population générale durant cette période. Hardt *et al.* (2006) abondent dans le même sens en précisant qu'il est essentiel d'effectuer un suivi auprès d'un individu au cours des semaines suivant un passage à l'acte, puisque le risque de récurrence est plus grand durant cette période.

En surcroît des facteurs de risque répertoriés ci-haut, les recherches montrent que les troubles dépressifs, les troubles de comportement et l'abus de substance forment une triade particulièrement dangereuse pour le développement d'une problématique suicidaire à l'adolescence (Shaffer et Pfeffer, 2001). Chez les jeunes, le risque de suicide augmente avec l'âge, puisque la probabilité d'avoir un trouble de l'humeur comorbide avec un trouble de comportement ou d'abus de substance s'accroît au fil des ans (Brent *et al.*, 1999). En effet, une étude a révélé qu'au sein d'un échantillon d'adolescents et de jeunes adultes, les participants âgés de plus de 18 ans étaient quatre fois plus susceptibles de tenter de s'enlever la vie que les participants de moins de 18 ans (Hacker *et al.*, 2006), ce qui s'expliquerait par la combinaison d'un trouble de l'humeur et de l'abus de substance qui est moins fréquente chez les plus jeunes et aussi par l'accroissement de la maturité cognitive qui est requise pour attenter à sa vie (Brent *et al.*, 1999). D'ailleurs, Brent *et al.* (1999) ont réalisé des autopsies psychologiques afin de comparer deux groupes adolescents s'étant suicidés (<16 ans et ≥16 ans) à un groupe contrôle issu de la population en général. Ils ont déterminé que les adolescents âgés de 16 ans ou plus qui présentaient un trouble de l'humeur combiné à un trouble d'abus de substance étaient 50 fois plus à risque de se suicider.

En considérant la prévalence élevée de la dépression, des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides chez les jeunes, il devient essentiel d'identifier les

populations davantage à risque d'être aux prises avec l'une de ces problématiques. Des études réalisées au cours des dernières années ont documenté les liens existant entre des expériences de maltraitance, la dépression, les idéations suicidaires et les comportements suicidaires et ont démontré que les victimes de maltraitance constituaient une population particulièrement à risque (Brown *et al.*, 1999; Martin *et al.*, 2004). Conséquemment, les prochaines sections dressent un bilan des connaissances concernant les associations entre la maltraitance, la dépression, les idéations suicidaires et les comportements suicidaires.

2.5 Impact de la maltraitance sur la dépression et la problématique suicidaire chez les adolescents

La présence d'expériences aversives durant l'enfance peut accentuer les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires, et augmenter considérablement le risque de faire des tentatives de suicide au cours de la vie (Dube *et al.*, 2001). L'une des explications pour ces liens est que les enfants ayant vécu un trauma ou de la maltraitance sont plus susceptibles de démontrer des problèmes au niveau de leur autorégulation émotionnelle et comportementale, ce qui les rendraient plus à risque de tenter de s'enlever la vie et aussi de se suicider (Brent *et al.*, 1999; Dube *et al.*, 2001). Dans l'étude longitudinale de Brown et ses collègues (1999), des adolescents sélectionnés au hasard dans la population de l'état de New York ont participé à une entrevue individuelle. Ceux ayant subi des agressions physiques, sexuelles ou de la négligence étaient trois à quatre fois plus à risque de devenir dépressifs ou suicidaires que les non-victimes. De plus, en comparant de jeunes adultes victimes de maltraitance durant l'enfance à un groupe contrôle, il a été observé que la dépression chez ces victimes se manifestait à un plus jeune âge (Widom, DuMont et Czaja, 2007).

De nombreuses études ont rapporté que les victimes d'agression sexuelle étaient particulièrement vulnérables à la dépression, aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide (Brent *et al.*, 1999; Brown *et al.*, 1999; Molnar, Berkman et Buka, 2001; Silverman, Reinherz et Giaconia, 1996). L'agression sexuelle constitue d'ailleurs le type d'agression engendrant le plus haut risque de dépression et de tentatives de suicide comparativement aux autres formes de maltraitance subie durant l'enfance, telles que la négligence et les agressions physiques (Brown *et al.*, 1999; Dube *et al.*, 2001; Fergusson *et al.*, 2003; Goldsmith *et al.*,

2002; Waldrop *et al.*, 2007). Des études ont révélé que l'agression sexuelle était liée au développement de symptômes dépressifs et aux comportements autodestructeurs et suicidaires à l'adolescence (Bergen *et al.*, 2003; Eisenberg, Ackard et Resnick, 2007) et aussi à l'âge adulte (Rich *et al.*, 2005) et qu'une agression sexuelle durant l'enfance permettait de prédire des troubles dépressifs majeurs chroniques à l'âge adulte (Aglan, Kerfoot et Pickles, 2008).

À l'aide des données recueillies dans leur étude longitudinale, Brown *et al.* (1999) ont estimé le risque de tentative de suicide attribuable à l'agression sexuelle dans la population et ont suggéré qu'entre 17% et 19% des tentatives chez les jeunes adultes étaient liées à des agressions sexuelles et que l'agression sexuelle augmenterait la vulnérabilité des adolescents en matière de tentatives de suicide répétitives. D'autres auteurs se sont attardés aux comportements suicidaires chez des étudiants (16-19 ans) et parmi ceux-ci, 36% des filles et 18% des garçons rapportaient avoir vécu au moins un épisode d'agression sexuelle. Ces auteurs ont conclu que les comportements suicidaires étaient associés à une agression sexuelle tant chez les garçons que chez les filles et que l'effet de l'agression sexuelle sur les comportements suicidaires était facilité par une humeur dépressive (Sigfusdottir *et al.*, 2008).

Comparativement aux victimes d'agression sexuelle de sexe féminin, les garçons ayant été victimes d'agression sexuelle ont une fréquence de tentatives de suicide significativement plus élevée (Garnefski et Arends, 1998; Martin *et al.*, 2004). La situation est donc à l'opposé de ce qui est habituellement observé dans la population adolescente en général, où les jeunes filles font davantage de tentatives suicidaires. On peut donc avancer l'hypothèse que les garçons vivent une plus grande difficulté d'adaptation face à l'agression sexuelle comparativement aux jeunes filles, ce qui expliquerait la fréquence plus élevée de comportements suicidaires (Martin *et al.*, 2004). Par contre, un nombre supérieur d'adolescentes penseraient à s'automutiler suite à une agression sexuelle (Danielson *et al.*, 2005).

La prévalence d'idéations suicidaires chez les victimes d'agression sexuelle est difficile à déterminer avec précision puisque la méthodologie des recherches, de même que les caractéristiques des agressions sexuelles vécues et la présence d'autres types d'agression

peuvent varier et ainsi influencer l'intensité du risque suicidaire. Par contre, dans leur étude auprès de 2485 adolescents âgés en moyenne de 14 ans ayant complété un questionnaire auto-rapporté, Martin *et al.* (2004) ont documenté que 73% des adolescents qui avaient été victimes d'agression sexuelle rapportaient avoir des idéations suicidaires comparativement à 25% pour les non-victimes. En outre, 55% des survivants et 12% des non-victimes prétendaient avoir élaboré un plan suicidaire et 24% des survivants comparativement à 5% des non-victimes mentionnaient avoir déjà fait une tentative de suicide. D'ailleurs, les survivants d'une agression sexuelle étaient cinq fois plus à risque d'entretenir des idéations suicidaires et huit fois plus à risque de faire des tentatives de suicide répétitives que les non-victimes (Brown *et al.*, 1999).

Malheureusement, l'agression sexuelle se produit fréquemment de manière concomitante avec d'autres types de mauvais traitements (Arata *et al.*, 2007). Les effets de la présence simultanée de divers types de maltraitance seraient additifs. Donc, vivre plusieurs types d'agression engendrerait des conséquences psychologiques plus sévères (Arata *et al.*, 2007). Les données issues d'un échantillon de collégiennes (18-24 ans) ayant complété des mesures auto-rapportées ont corroboré ce lien et ont démontré qu'être victime d'agression sexuelle en plus d'autres types d'agression était lié à un niveau supérieur d'idéations suicidaires chez les jeunes femmes (Gutierrez, Thakkar et Kuczen, 2000). D'ailleurs, des adolescents et des jeunes adultes ayant vécu plusieurs difficultés durant leur enfance et leur adolescence (agression sexuelle, agression verbale de la part de la mère, conflits sévères avec la famille) sont davantage à risque de développer une problématique suicidaire (Johnson *et al.*, 2002).

À la lumière des faits rapportés, on constate que plusieurs facteurs sont liés à l'agression sexuelle, à la dépression, aux idéations suicidaires et aux comportements suicidaires. Toutefois, afin de saisir le rôle de l'agression sexuelle sur la santé mentale des survivants adolescents, il importe de comprendre préalablement le développement de la dépression et de la problématique suicidaire chez les adolescents en général. Des modèles conceptuels pour expliquer le développement et le maintien de ces problématiques ont été élaborés. L'un de ces modèles est présenté dans la section suivante et par la suite, il est mis en lien avec l'agression sexuelle.

2.6 La théorie psychologique-interpersonnelle

Tel que mentionné précédemment, le suicide à l'adolescence constitue une problématique inquiétante puisque les statistiques confirment qu'il est parmi les trois premières causes de décès chez les individus de 10 à 45 ans et ce, dans plusieurs pays (World Health Organization, 2011b). De nombreux auteurs ont proposés des modèles et des théories afin d'offrir des explications relativement à l'apparition et au maintien d'une problématique suicidaire chez les adolescents et ainsi orienter les interventions (Beautrais, 2003; Bridge *et al.*, 2006). Toutefois, au cours des dernières années, la théorie psychologique-interpersonnelle du comportement suicidaire de Joiner (2005) a suscité l'intérêt de la communauté scientifique s'intéressant au suicide et a fait l'objet de plusieurs études (Anestis et Joiner, 2011; Joiner *et al.*, 2007; Joiner *et al.*, 2009b; Van Orden *et al.*, 2008a). Cette théorie stipule que deux composantes sont nécessaires pour mener à un suicide soit : le désir suicidaire et la capacité de s'infliger une blessure mortelle (Joiner, 2005).

Tout d'abord, le désir suicidaire découlerait de la présence combinée d'un besoin d'appartenance à d'autres individus qui est non-comblé et aussi de la perception d'être un fardeau pour son entourage (Van Orden *et al.*, 2008a). En ce qui concerne la capacité de se suicider, il semble que plus une personne a subi de souffrances ou été exposée à de la violence, plus elle développe une tolérance à la douleur et une diminution de la peur associée aux comportements autodestructeurs et à la mort (Joiner *et al.*, 2007; Ribeiro et Joiner, 2009). Cette capacité peut être acquise directement par des tentatives de suicides antérieures, mais aussi, de manière indirecte, par des comportements risqués suscitant la peur, notamment l'auto-injection de drogues, l'automutilation ou l'exposition à de la violence physique (Joiner, 2005). De plus, un individu fréquemment exposé à la souffrance d'autrui, par exemple, lors d'activités liées au domaine médical, pourrait ainsi acquérir une plus grande capacité de s'infliger une blessure létale (Joiner et Van Orden, 2008). Des expériences impliquant un certain niveau de peur ou de douleur peuvent entraîner cette capacité de se blesser, que l'individu soit la victime, l'agresseur ou témoin de cet événement (Joiner, 2009). Cette capacité de s'enlever la vie serait plus élevée chez les hommes que chez les femmes, entre autres parce que les hommes seraient davantage exposés ou impliqués dans des comportements violents (bagarres, sports, etc.) (Joiner, 2005; Van Orden *et al.*, 2008a).

Additionnellement, l'impulsivité et une psychopathologie peuvent contribuer au risque de comportements suicidaires notamment en augmentant la probabilité qu'un individu soit exposé à de la douleur physique ou à de la peur. Par exemple, une personne ayant un trouble de la conduite peut être exposée à de la violence (Joiner, 2005; Van Orden *et al.*, 2008b), ce qui influencerait indirectement sa capacité de s'infliger une blessure mortelle.

Afin de valider cette théorie, des études auprès de populations adultes ont été réalisées. Ces études sont rapportées ici-bas, mais à notre connaissance, aucune étude auprès d'adolescents n'a encore été effectuée spécifiquement afin de valider cette théorie. Toutefois, Joiner (2011) prétend que les composantes de cette théorie sont universelles et s'appliquent à tous les âges, bien que l'expression des composantes puisse varier en fonction de l'âge. En effet, Joiner a mentionné que la perception d'être un fardeau peut se traduire chez l'adolescent par la pensée qu'il n'a aucune valeur au sein de sa famille, alors que chez l'adulte, il peut s'agir de croire que l'on manque à son devoir de soutenir financièrement la famille.

Une première étude de validation du modèle a regroupé 309 étudiants (17-51 ans, âge moyen = 19 ans) et documenté que l'absence d'un sentiment d'appartenance ($r=.35$) et la perception d'être un fardeau pour son entourage ($r=.50$) étaient significativement corrélées ($p<.01$) aux idéations suicidaires. À l'aide d'une analyse de régression, les auteurs ont déterminé que la combinaison de ces deux facteurs pouvait s'avérer particulièrement dangereuse et mener au développement d'un désir suicidaire (Van Orden *et al.*, 2008a). Une seconde étude réalisée auprès de 815 adultes (19-26 ans) rapportant des symptômes dépressifs a corroboré ces résultats en documentant qu'un faible niveau de soutien parental (sentiment d'appartenance) combiné à la perception de ne pas avoir d'importance pour les autres (être un fardeau) prédisaient la sévérité des idéations suicidaires (Joiner *et al.*, 2009b). En ce qui concerne la capacité de se suicider, 228 adultes (18-54 ans, âge moyen = 26 ans) ayant fait une demande d'intervention dans une clinique externe de santé mentale ont été évalués. Les données ont indiqué que le nombre de tentatives de suicide antérieures était corrélé avec cette capacité de se suicider ($r=.40$, $p<.01$) et qu'il la prédisait, alors que les symptômes dépressifs ($r=-.01$, $p>.05$) ne prédisaient pas cette capacité, ce qui expliquerait que peu de personnes dépressives se suicident (Van Orden *et al.*, 2008a). Ainsi, cette étude

confirme que des expériences douloureuses, telles que des tentatives de suicide, sont liées à une augmentation de la capacité de s'infliger une blessure mortelle.

Une autre étude a investigué les caractéristiques des gens les plus à risque d'avoir des comportements suicidaires. Un échantillon distinct de 153 adultes provenant de la même clinique externe que précédemment (âges similaires) a été sélectionné. La corrélation entre la capacité de se suicider et le risque suicidaire, tel qu'évalué par des cliniciens, s'est avérée non-significative ($r = -.14$, $p > .05$) alors que l'interaction entre la perception d'être un fardeau et la capacité acquise pour un suicide prédisait le risque suicidaire, et ce, de manière plus significative que les scores de dépression (Van Orden *et al.*, 2008a). Ainsi, cette étude confirme que la capacité de s'infliger une blessure mortelle n'est pas suffisante en soi pour prédire le risque suicidaire, et que tel que stipulé dans la théorie psychologique-interpersonnelle, la combinaison de cette capacité avec les variables impliquées dans le désir suicidaire est essentielle pour mener à des comportements suicidaires. Finalement, une étude effectuée auprès d'adultes suicidaires a aussi permis de confirmer l'interaction des trois éléments de la théorie pour prédire les tentatives suicidaires, et ce, même en contrôlant pour la dépression et le désespoir (Joiner *et al.*, 2009b). Par contre, la dépression demeure tout de même une variable importante dans la théorie de Joiner (2005), notamment en jouant un rôle dans le développement du désir suicidaire. Il semble que les gens dépressifs soient à risque d'avoir un besoin d'appartenance non-comblé et aussi d'entretenir la perception d'être un fardeau (Joiner *et al.*, 2009a), entre autres à cause de leur déficit au niveau de leurs habiletés interpersonnelles qui peut entraîner un isolement social ou un rejet social.

En bref, ces études soutiennent la théorie de Joiner (2005) en indiquant que la combinaison d'un besoin d'appartenance non-comblé et de la perception d'être un fardeau peuvent générer un désir suicidaire, que la capacité acquise de s'infliger une blessure mortelle est influencée par les expériences antérieures ayant suscité de la peur ou de la douleur (p. ex., tentative de suicide) qui entraînent une tolérance à la douleur, et que les deux composantes principales de cette théorie, soit le désir suicidaire et la capacité acquise de s'infliger une blessure létale sont essentielles pour mener à des comportements suicidaires. Finalement, Joiner et Van Orden (2008) concluent que plusieurs personnes peuvent avoir un désir de mourir ou la capacité de s'infliger une blessure létale, mais que peu d'individus possèdent les

deux composantes simultanément, ce qui expliquerait les taux plus élevés d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide comparativement aux taux de suicides. La Figure 1.1 illustre la théorie psychologique-interpersonnelle telle qu'élaborée par Joiner (2005) et adaptée par Van Orden *et al.* (2010).

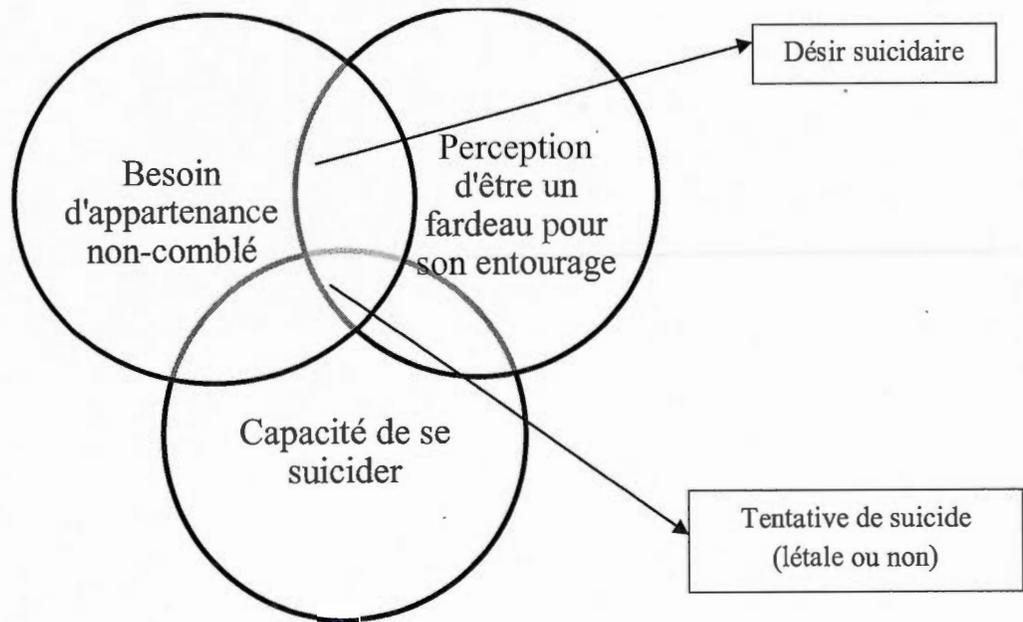


Figure 1.1 La théorie psychologique-interpersonnelle. (Tirée de Joiner, 2005 et Van Orden *et al.*, 2010.)

Sans avoir pour objectif de confirmer la validité de la théorie psychologique-interpersonnelle, diverses études auprès d'adolescents ont identifié que les composantes de cette théorie étaient liées aux comportements suicidaires chez cette population. Entre autres, l'absence de douleur physique suite à un épisode d'automutilation et une histoire de comportements automutilatoires de plus longue durée étaient liées à un taux plus élevé de tentatives de suicide antérieures chez des adolescents admis dans une unité psychiatrique (Nock *et al.*, 2006), ce qui corrobore le développement d'une tolérance à la douleur chez les adolescents s'infligeant une blessure mortelle. De plus, certains auteurs (Hacker *et al.*, 2006; Johnson *et al.*, 2002; Silverman, 2006) ont identifié des facteurs de risque pour les comportements suicidaires, notamment des difficultés interpersonnelles et des conflits familiaux, ce qui pourrait alors faire référence au besoin d'appartenance non-comblé et à la perception d'être un fardeau pour son entourage de la théorie de Joiner (2005).

Puisque selon cette théorie, l'expérience de la violence et de la peur ont un impact sur le développement d'une problématique suicidaire, qu'en est-il des victimes d'agression sexuelle qui ont subi des sévices physiques et psychologiques? La prochaine section offre des explications relativement à la présence de comportements suicidaires chez les survivants d'une agression sexuelle en s'appuyant sur la théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner (2005).

2.6.1 Les comportements suicidaires chez les survivants d'une agression sexuelle expliqués à l'aide de la théorie psychologique-interpersonnelle.

Une étude a documenté que les adolescents survivant d'une agression sexuelle avaient un risque accru d'avoir des idéations suicidaires et cette association demeurait significative même lorsque les chercheurs contrôlaient pour la présence d'un épisode dépressif majeur et donc que l'agression sexuelle contribuait de façon indépendante aux idéations suicidaires (Waldrop *et al.*, 2007). D'ailleurs, plusieurs auteurs se sont attardés aux variables liées à l'agression sexuelle (sévérité, durée, relation à l'agresseur) et ont identifié des liens significatifs avec l'intensité des symptômes psychologiques répertoriés chez les survivants adolescents et adultes (Cantón-Cortés et Cantón, 2010; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Putnam, 2003; Tyler, 2002). En effet, des agressions sexuelles intrafamiliales seraient

liées à davantage de pensées liées à la mort (Danielson *et al.*, 2005) et avoir été victime d'agressions sexuelles de la part de plusieurs agresseurs serait un facteur associé au risque de suicide (Plunkett *et al.*, 2001).

Par ailleurs, les données suggèrent qu'il existe une progression des tentatives de suicide selon un continuum de sévérité des actes impliqués lors de l'agression sexuelle. Dans une étude auprès de personnes âgées de 18 ans, 3% des individus n'ayant pas été victimes d'agression sexuelle avaient fait des tentatives de suicide comparativement à 4% des victimes d'agression sexuelle n'impliquant pas de contacts physiques (p.ex., exhibitionnisme), à 9% des victimes d'agression sexuelle avec contact et à 22% des victimes où l'agression sexuelle impliquait une tentative de pénétration ou une pénétration complète (Lynskey et Fergusson, 1997). Joiner (2005) a affirmé que des agressions sévères durant l'enfance ayant suscité de la douleur et de la peur peuvent engendrer un risque accru de comportements suicidaires et qu'au fil des agressions sexuelles et de la violence subie et donc de la douleur faite à leur corps et de la peur vécue, les victimes d'agression sexuelle développeraient une plus grande tolérance à la douleur, donc une capacité accrue de s'infliger une blessure mortelle. Toutefois, les victimes d'agression sexuelle non-violentes sont aussi à risque de faire des tentatives de suicide, mais celles-ci peuvent être non-létales puisque selon la théorie de Joiner, ces victimes n'auraient pas atteint le seuil de tolérance à la douleur et à la peur requis pour être en mesure de s'infliger une blessure mortelle. Par contre, ce comportement n'est pas sans risque, puisque de par cette tentative non-létale ou par l'exposition à d'autres événements douloureux dans le futur, une tolérance à la douleur peut s'installer et ainsi augmenter dramatiquement le risque de décès par suicide (Joiner *et al.*, 2007). En fonction de cette théorie, il est aussi possible que l'agression sexuelle contribue à diminuer le sentiment d'appartenance de la victime à sa famille ou à son entourage, ce qui pourrait expliquer le désir suicidaire (Joiner, 2005).

Afin de documenter la validité de la théorie psychologique-interpersonnelle auprès des victimes de maltraitance à l'enfance, Joiner *et al.* (2007) ont réalisé une étude auprès d'un échantillon de 5838 participants (âge moyen = 33 ans) sélectionnés parmi la National

Comorbidity Survey ². Ces auteurs ont investigué la présence et les liens unissant les agressions verbales, physiques et sexuelles (relations sexuelles non-consentantes avec usage de menace ou de force) et les attouchements à l'enfance, aux tentatives de suicide. Ils ont conclu que même en contrôlant pour l'âge, le sexe, l'historique psychiatrique du participant et de sa famille, ainsi que pour d'autres variables liées à la famille (p.ex., divorce, décès), des agressions physiques et des agressions sexuelles violentes étaient davantage liées à des tentatives de suicide antérieures que des attouchements ou des agressions verbales. D'ailleurs, Van Orden *et al.* (2010) ont mentionné que la maltraitance à l'enfance augmenterait le risque suicidaire par le biais de deux mécanismes : 1) la perception d'être non-désiré au sein de la famille (sentiment d'appartenance non-comblé) et 2) la perception d'être un fardeau pour les autres. Si l'on ajoute le développement d'une tolérance à la peur et à la douleur qui a été générée par des agressions sexuelles violentes ou ayant suscité de la peur, la situation des victimes d'agression sexuelle devient très préoccupante en ce qui concerne le risque de poser des gestes suicidaires potentiellement létaux.

Par ailleurs, plusieurs modèles conceptuels ont été proposés pour expliquer le développement des séquelles de l'agression sexuelle (Barker-Collo et Read, 2003; Freeman et Morris, 2001; Hulme, 2004). Deux de ces modèles semblent particulièrement pertinents pour expliquer la diversité des conséquences observées chez les enfants victimes d'agression sexuelle et pour soutenir la théorie psychologique-interpersonnelle: le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) et le modèle se rapportant aux symptômes de stress post-traumatique. Ces modèles seront donc brièvement présentés afin de mener à une adaptation de la théorie de Joiner (2005) spécifiquement pour les survivants d'une agression sexuelle.

Le modèle transactionnel de Spaccarelli attribue une grande importance à l'interaction de variables environnementales et individuelles pour expliquer l'apparition de symptômes psychologiques chez les victimes d'agression sexuelle. Ce modèle stipule que les variables liées à l'agression (p.ex., la sévérité), les caractéristiques de la victime (p.ex., l'âge, le niveau développemental) et les variables environnementales (p.ex., la relation parent-

² (NCS) Étude épidémiologique réalisée à travers les États-Unis afin de documenter la prévalence et les facteurs associés aux troubles psychiatriques répertoriés dans le DSM-III-R.

enfant) influencent les stratégies d'adaptation et les attributions cognitives qui à leur tour entraînent donc des conséquences au niveau de la santé mentale des survivants. La théorie de Joiner (2005) tient compte des variables liées à l'agression dans la capacité de s'infliger une blessure mortelle, en plus des variables individuelles et des variables environnementales qui influencent le désir suicidaire. De plus, les distorsions cognitives ont aussi leur importance en ce qui concerne le désir suicidaire, puisque des distorsions cognitives peuvent être responsables de la perception d'être un fardeau ou d'être aliéné de son entourage chez un individu. Toutefois, en fonction du modèle transactionnel, l'inclusion des stratégies d'adaptation au sein de la théorie psychologique-interpersonnelle pourrait contribuer à l'amélioration de la compréhension des comportements suicidaires chez les survivants, en investiguant leur influence sur les composantes du désir suicidaire, puisque l'importance des stratégies d'adaptation a été identifiée tant chez les survivants (Bal *et al.*, 2003; Spaccarelli, 1994) que chez les adolescents suicidaires (Chagnon, 2007).

Deuxièmement, par définition, un trouble de stress post-traumatique se manifeste suite à l'exposition à un événement traumatisant durant lequel la personne a ressenti une peur intense ou encore une menace à son intégrité physique (*American Psychiatric Association*, 2000). La présence de ce trouble doublerait le risque d'idéations suicidaires chez des adolescents (Waldrop *et al.*, 2007). De plus, sa prévalence est plus élevée chez les victimes d'agression sexuelle qu'au sein de la population générale (Kendall-Tackett *et al.*, 1993). Conséquemment, il est probable que les survivants soient à risque d'acquiescer une plus grande capacité de s'infliger une blessure mortelle à cause de la peur vécue et possiblement aussi de la violence faite à leur corps et à la douleur physique ressentie.

En résumé, Joiner *et al.* (2007) ont fourni des données pertinentes permettant de valider les composantes de ce modèle conceptuel auprès des victimes de maltraitance. De plus, certains liens peuvent être identifiés entre le modèle de Joiner (2005) et les deux modèles servant à clarifier les conséquences associées à l'agression sexuelle, soit le modèle transactionnel et le modèle basé sur les symptômes de stress post-traumatique. Pour ces raisons, la théorie psychologique-interpersonnelle constitue un modèle prometteur pour expliquer les idéations suicidaires et les comportements suicidaires chez les survivants d'une agression sexuelle. Toutefois, il n'en demeure pas moins que l'inclusion des stratégies

d'adaptation au sein de ce modèle pourrait s'avérer être une amélioration considérable dans la théorie psychologique-interpersonnelle. D'ailleurs, Ribeiro et Joiner (2009) ont eux-mêmes affirmé que la théorie psychologique-interpersonnelle pourrait bénéficier de l'inclusion d'autres variables suite à davantage d'études, notamment le désespoir, qui a été identifié comme étant lié aux idéations suicidaires (Martin *et al.*, 2004).

De plus, la possibilité que d'autres variables puissent fournir des explications relativement aux comportements suicidaires chez les adolescents ayant vécu une agression sexuelle a été explorée, notamment la transmission de problématiques suicidaires au sein des membres d'une même famille où l'un des parents a été victime d'agression sexuelle. La prochaine section dresse un aperçu des connaissances à ce propos.

2.7 Transmission familiale des comportements suicidaires chez les survivants d'une agression sexuelle

On estime que les enfants d'un parent ayant tenté de se suicider sont six fois plus à risque de faire une tentative de suicide (Brent *et al.*, 2002). De plus, dans les familles où un adolescent a tenté de s'enlever la vie, on observe une hausse du risque de comportements suicidaires chez les autres membres de cette famille (Bridge *et al.*, 2006). Toutefois, il semble que la transmission d'une problématique suicidaire à l'intérieur d'une même famille ne soit pas explicable uniquement par la transmission de troubles de santé mentale, puisque même en contrôlant pour cette variable, le risque suicidaire persisterait (Cheng *et al.*, 2000; Gould *et al.*, 1996). Turecki (2001) a confirmé l'implication d'une composante génétique dans la prédisposition aux comportements suicidaires, mais il soutient tout de même que des facteurs environnementaux auraient leur importance dans le développement d'une problématique suicidaire. Il semble que l'agression sexuelle soit aussi impliquée dans cette transmission. Brent *et al.* (2002) ont réalisé une étude auprès d'adultes hospitalisés, ayant un trouble de l'humeur et ayant fait, ou non, une tentative de suicide. Les enfants biologiques de ces participants ont été investigués. En plus d'observer un risque accru de tentatives de suicide chez les enfants d'un parent ayant attenté à sa vie, Brent *et al.* (2002) ont découvert que les parents ayant fait une tentative étaient plus susceptibles d'avoir été victimes d'agression sexuelle (39%) comparativement aux parents n'ayant pas de comportements suicidaires

(18%). D'ailleurs, les enfants ayant fait une tentative de suicide avaient plus souvent un parent victime d'agression sexuelle et ayant fait une tentative que les enfants sans tentative. Finalement, les auteurs concluent que les trois facteurs de risque pour une transmission familiale de comportements suicidaires sont les suivants : avoir un parent qui a vécu une agression sexuelle, être de sexe féminin et consommer des substances. Par contre, il existe aussi des facteurs de protection face à la problématique suicidaire; certains de ceux-ci seront abordés dans la section qui suit.

2.8 Facteurs de protection chez les survivants d'une agression sexuelle

Les sections précédentes ont permis de documenter le risque accru de dépression, d'idées suicidaires et de comportements suicidaires chez les victimes d'agression sexuelle. Toutefois, plusieurs adolescents ayant dévoilé une agression sexuelle ne rapportent pas de telles conséquences, possiblement en raison de certains facteurs de protection.

Une étude réalisée auprès de plus de 2 000 étudiants américains âgés de 13 à 19 ans a démontré que ceux qui étaient à risque de suicide entretenaient des croyances liées à l'utilisation de stratégies de *coping* inadéquates pour faire face à la dépression et aux idées ou comportements suicidaires (Gould *et al.*, 2004). Selon Spaccarelli (1994), des stratégies d'adaptation actives, combinées au soutien parental, permettent de réduire les symptômes psychologiques lorsque les victimes d'agression sexuelle vivent un grand stress. De plus, chez les adolescents, avoir au moins un ami constitue un facteur de protection face aux tentatives de suicide (Hacker *et al.*, 2006). Le lien à la famille (p.ex., des parents qui s'intéressent aux sentiments de l'adolescent), l'implication d'un professeur ou d'autres adultes significatifs constituent aussi des facteurs de protection pour les idées et les tentatives suicidaires chez les survivants adolescents d'une agression sexuelle (Eisenberg *et al.*, 2007). D'ailleurs, au sein d'un échantillon de 147 enfants et adolescents ayant participé à une étude longitudinale sur une période d'un an et qui étaient satisfaits du soutien émotionnel reçu des parents au moment du dévoilement avaient moins de dépression et une meilleure estime de soi, tant au moment du dévoilement qu'un an plus tard (Rosenthal, Feiring et Taska, 2003). La plupart de ces facteurs de protection sont liés aux composantes de la théorie psychologique-interpersonnelle (Joiner, 2005) dans la mesure où ils vont à l'encontre de la

perception d'être un fardeau ou de ne pas avoir de sentiment d'appartenance, ce qui contribue à contrer le développement d'un risque suicidaire. La section suivante porte sur des pistes d'intervention à préconiser auprès des survivants d'une agression sexuelle étant suicidaires ou à risque de le devenir.

2.9 Interventions à préconiser auprès des survivants d'une agression sexuelle à l'enfance

Sachant que la dépression et les comportements suicidaires chez les adolescents victimes d'agression sexuelle sont fréquents, des interventions visant à prévenir et à diminuer ces symptômes sont essentielles. Par contre, avant d'intervenir, il importe d'être en mesure d'identifier les survivants suicidaires ou à risque de le devenir. Ainsi, des recommandations afin d'évaluer et d'identifier ces jeunes à risque seront proposées. En ce qui concerne l'intervention, il existe deux grandes catégories: l'intervention de crise et l'intervention à plus long terme. Cette section portera davantage sur des méthodes d'intervention à long terme, mais des informations relatives à l'intervention de crise peuvent être obtenues en consultant le livre *The Interpersonal Theory of Suicide* (Joiner *et al.*, 2009a). Les méthodes d'intervention abordées dans cette section seront tout d'abord en lien avec la théorie psychologique-interpersonnelle et par la suite, des interventions validées pour les adolescents suicidaires et aussi pour les survivants d'une agression sexuelle, respectivement la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) et la *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* (TF-CBT) seront brièvement présentées.

Dans un premier temps, afin de venir en aide aux adolescents victimes d'agression sexuelle étant suicidaires ou à risque de le devenir, il faut d'abord être en mesure de les identifier efficacement. Toutefois, cette tâche d'identification représente un défi de taille. Selon Silverman (2006), les données indiquent que la plupart des adolescents de la population générale qui se suicident n'ont jamais reçu de soins en santé mentale, c'est donc dire qu'ils n'ont probablement pas été identifiés comme étant à risque suicidaire. Dans une étude concernant des adolescents québécois s'étant suicidés, Renaud et ses collègues (2009) ont noté que plusieurs de ceux-ci n'avaient pas bénéficié de consultations avec un médecin ou un psychiatre avant leur décès, et ce, malgré des indicateurs de troubles de santé mentale. L'identification de survivants suicidaires ou à risque de suicide pourrait être facilitée en

sensibilisant les éducateurs, les parents et les professionnels de la santé à repérer les jeunes présentant des facteurs de risque tels qu'une histoire de difficultés interpersonnelles, de tentatives de suicide, d'automutilation ou dont un parent a fait une tentative de suicide et a aussi été victime d'agression sexuelle. De même, le dépistage d'antécédents de victimisation sexuelle pour lesquels aucune intervention n'aurait été offerte pourrait permettre d'identifier les jeunes à risque d'avoir des comportements suicidaires (Brent *et al.*, 1999; Johnson *et al.*, 2002; Lewinsohn *et al.*, 1996). L'utilisation d'outils d'évaluation spécifiquement validés auprès d'adolescents pourrait contribuer à ce processus d'identification (Joiner & Ribeiro, 2011). Par exemple, le *Expendable Child Measure* (Woznica et Shapiro, 1990) permet de mesurer la perception d'être un fardeau et le *Impulsive Behavior Scale* (Whiteside et Lynam, 2001) facilite l'évaluation la capacité acquise de s'infliger une blessure mortelle. À l'aide de ces mesures, il serait possible de documenter la présence des composantes de la théorie psychologique-interpersonnelle afin de référer les adolescents à des services en santé mentale au besoin. Nolen-Hoeksema et Hilt (2009) ont aussi mentionné que les professionnels de la santé devraient évaluer la présence d'un trouble de santé mentale sous-jacent (trouble de l'humeur, trouble d'abus de substance, trouble de la conduite, etc.) lorsqu'un adolescent a fait une tentative de suicide, et ce, afin de lui offrir une intervention adéquate. Par ailleurs les intervenants appelés à œuvrer auprès de la clientèle d'adolescents doivent être sensibilisés et bénéficier d'une formation leur permettant d'évaluer la présence d'idéations suicidaires.

Une fois les adolescents identifiés, des interventions doivent être proposées, tant aux survivants d'agression sexuelle étant à risque de devenir suicidaires qu'à ceux étant suicidaires. Pour ce qui est des adolescents suicidaires en général, des auteurs ont recensé diverses interventions offertes pour contrer les idéations suicidaires et les comportements suicidaires (Daniel et Goldston, 2009). Ces auteurs ont notamment conclu que les adolescents suicidaires constituaient un groupe très hétérogène, notamment de par leurs différences au niveau du développement et de leur niveau de maturité, et qu'ainsi, il était difficile d'établir une approche qui pouvait convenir à tous les adolescents. Ils suggèrent par contre que des interventions ciblant plusieurs niveaux (p.ex., école, famille, amis) risquent d'entraîner des effets plus bénéfiques puisqu'elles prennent en considération le contexte développemental et des caractéristiques propres à l'adolescent (Daniel et Goldston, 2009).

Néanmoins, des interventions ciblant les composantes de la théorie psychologique-interpersonnelle pourraient s'avérer efficaces pour prévenir l'apparition des comportements suicidaires ou y remédier. En effet Joiner et Van Orden (2008) précisent qu'à l'inverse de la capacité d'attenter à sa propre vie qui est relativement stable dans le temps, le sentiment d'appartenance et la perception d'être un fardeau pour son entourage constituent des composantes fluides pour lesquelles des interventions à court terme pourraient s'avérer efficaces.

Par ailleurs, Joiner *et al.* (2011) recommandent que les adolescents participent à des activités susceptibles de mener à des contacts sociaux, notamment faire du bénévolat, et ce, dans le but de réduire le sentiment d'être aliéné de son entourage et potentiellement réduire la perception d'être un fardeau en donnant un sens à la vie de l'individu. Dans un même ordre d'idées, consolider les facteurs de protection, notamment les liens de l'adolescent à sa famille et l'implication positive d'adultes dans la vie de l'adolescent pourrait donner lieu à des résultats positifs (Eisenberg *et al.*, 2007). En ce sens, l'implication des parents et de la famille de l'adolescent dans les interventions contribuerait probablement à bien-être de celui-ci et aussi à la diminution du désir suicidaire. La mise en place d'un *plan de sécurité* qui est en fait un document écrit réalisé conjointement par l'adolescent et le clinicien sous la forme de *si-alors* (p.ex., si j'ai des idées suicidaires, alors je vais appeler la ligne de prévention du suicide) constitue une autre technique d'intervention (Joiner et Ribeiro, 2011).

Des interventions ayant fait l'objet d'évaluations empiriques ont été proposées en ce qui concerne les idéations et les comportements suicidaires. La thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993a, 1993b) a pour objectifs d'améliorer la régulation émotionnelle et aussi de diminuer les idéations suicidaires et les comportements suicidaires en aidant l'individu à acquérir l'habileté de faire face à des événements stressants sans avoir recours à des comportements autodestructeurs (Miller, Rathus et Linehan, 2007). Ce type de thérapie a été originalement conçu pour traiter les adultes souffrant d'un trouble de la personnalité limite, mais il a été adapté pour une population adolescente, notamment en incluant la famille dans certaines séances et en utilisant des préoccupations principalement rencontrées par des adolescents. L'efficacité de cette thérapie a été démontrée auprès de ce groupe d'âge (Miller *et al.*, 2007). Lorsqu'offerte aux adolescents, cette thérapie cible notamment le

développement d'habiletés interpersonnelles, de régulation émotionnelle, de résolution de problème, la modification des cognitions et l'interruption du cycle des comportements dysfonctionnels. Pour ce faire, des rencontres familiales et individuelles font partie du traitement. En fonction de la théorie psychologique-interpersonnelle, il semble que les séances de groupe engendreraient un sentiment d'appartenance, ce qui diminuerait le désir suicidaire (Joiner *et al.*, 2009a).

Il faut néanmoins mentionner que les survivants d'une agression sexuelle qui sont suicidaires constituent une population bien particulière. En effet, il est primordial de cibler d'abord et avant tout la réduction de la dépression, des idéations suicidaires et des comportements suicidaires chez ces survivants. En effet selon les auteurs, le trauma ne devrait pas être abordé tant que la sécurité de l'adolescent n'a été assurée et que celui-ci possède les ressources pour faire face aux événements de vie stressants et au trauma vécu (Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006). Une fois l'habileté à faire face à des événements stressants acquise, le trauma que constitue l'agression sexuelle peut alors être abordé. Parmi les approches en vigueur actuellement, la *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy* (TF-CBT) (Cohen et Mannarino, 1996; Cohen *et al.*, 2006) représente la pratique exemplaire ayant fait l'objet de plusieurs études témoignant de son efficacité (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011). Cette thérapie implique des rencontres individuelles avec l'enfant et les parents, de même que des rencontres conjointes. Les différentes composantes du traitement impliquent notamment la reconnaissance et l'expression des émotions, la restructuration cognitive, l'exposition graduelle aux souvenirs du trauma et l'optimisation des habiletés parentales. Un chapitre du livre *L'agression sexuelle envers les enfants - Tome I* offre une présentation détaillée de cette approche (Simoneau, Daignault et Hébert, 2011).

2.10 Limites des études et pistes prioritaires pour la recherche

Plusieurs difficultés méthodologiques constituent des obstacles aux études portant sur l'agression sexuelle, les symptômes dépressifs et la problématique suicidaire. Le premier défi est sans aucun doute l'absence d'une définition universelle de l'agression sexuelle. En effet, certains auteurs considèrent qu'une agression sexuelle implique nécessairement un contact physique, alors que d'autres utilisent une définition plus large de l'agression sexuelle qui

inclut, par exemple, l'exhibitionnisme. Ainsi, il devient problématique de dégager des conclusions en se basant sur plusieurs études, puisque les composantes varient. Le développement d'une définition universelle de l'agression sexuelle pourrait s'avérer être une percée significative pour la recherche. De plus, les caractéristiques des agressions sexuelles ne sont pas systématiquement rapportées et il devient donc difficile d'associer la sévérité des symptômes en fonction de variables spécifiques, telles que le lien à l'agresseur. Par ailleurs, peu d'études longitudinales ont été réalisées alors que cette méthodologie permettrait de documenter chronologiquement l'apparition de symptômes dépressifs et d'idéations suicidaires à la suite d'une agression sexuelle. Qui plus est, Rogers (2003) a mentionné qu'il serait important de réaliser des études longitudinales tout en contrôlant pour les variables pouvant intervenir dans la relation entre l'agression sexuelle et la problématique suicidaire, notamment les agressions physiques, l'environnement familial, les antécédents parentaux d'agression sexuelle et de suicide et aussi les événements qui se sont déroulés entre l'agression sexuelle et l'apparition d'idéations suicidaires. Finalement davantage d'études sont nécessaires auprès de populations adolescentes victimes d'agression sexuelle; études qui pourraient mieux documenter les mécanismes de développement de symptômes dépressifs, des idéations suicidaires et des tentatives de suicide à l'adolescence, particulièrement le trouble de stress post-traumatique.

2.11 Conclusion

À la lumière des études recensées, on constate malheureusement qu'une proportion substantielle d'adolescents victimes d'agression sexuelle entretiendront des symptômes dépressifs chroniques et que certains d'entre eux n'atteindront pas l'âge adulte. En effet, ce chapitre a documenté une prévalence plus élevée de dépression, d'idées suicidaires et de comportements suicidaires chez les survivants adolescents d'une agression sexuelle, en plus d'identifier plusieurs variables liées à ces problématiques, entre autres la présence d'une psychopathologie, des difficultés interpersonnelles et un historique familial de comportements suicidaires combiné à des agressions sexuelles. La théorie psychologique-interpersonnelle (Joiner, 2005) fournit un cadre conceptuel pertinent relativement aux comportements suicidaires, notamment en abordant la perception d'être un fardeau, le

sentiment d'appartenance non-comblé et l'acquisition de la capacité de s'infliger une blessure mortelle. La vigilance de l'entourage, de même que les services offerts dans le domaine de la santé mentale, devront être améliorés afin de prévenir d'éventuels suicides. Plusieurs personnes (membres de l'entourage, intervenants du milieu scolaire, praticiens sociaux, intervenants du secteur de la santé) sont susceptibles de venir en aide aux victimes d'agression sexuelle étant suicidaires, simplement en leur proposant d'avoir recours à des services en santé mentale ou encore en leur offrant du soutien face à ce qu'elles vivent. Des interventions validées ont été développées pour aider les adolescents suicidaires et aussi ceux ayant de plus vécu des agressions sexuelles, notamment la thérapie comportementale dialectique et la thérapie axée sur le trauma. En offrant de telles interventions aux adolescents ayant été victimes d'agression sexuelle, on peut contribuer à interrompre le cycle des troubles en santé mentale et leur offrir la possibilité d'un futur plus prometteur.

APPENDICES

Tableau 2.1
Éléments clé de la recension des écrits

<p>Au Québec, le suicide constitue la deuxième cause de décès chez les adolescents et il représente 12% de tous les décès chez les jeunes filles et 25% des décès des garçons de 15-19 ans.</p>
<p>Des difficultés interpersonnelles constituent un facteur de risque important pour les comportements suicidaires. Les études empiriques indiquent par ailleurs qu'une tentative de suicide antérieure constitue le meilleur facteur de prédiction pour une seconde tentative.</p>
<p>Les données révèlent que les victimes d'agression sexuelle sont plus à risque d'afficher des symptômes de dépression, des idées suicidaires et de faire des tentatives de suicide que les non-victimes.</p>
<p>La théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner stipule qu'un désir suicidaire et la capacité de s'infliger une blessure mortelle sont nécessaires pour mener à un suicide.</p>
<p>La transmission intergénérationnelle des comportements suicidaires serait plus prévalente chez les enfants dont un parent a été victime d'agression sexuelle en plus d'avoir un historique de comportements suicidaires.</p>
<p>La présence d'adultes significatifs dans la vie de l'adolescent, de même qu'une saine relation parent-enfant constituent des facteurs de protection face au développement de comportements suicidaires.</p>

Tableau 2.2
Implications pour la pratique

<p>L'identification de victimes d'agression sexuelle étant suicidaires ou à risque de le devenir à l'aide d'outils validés doit être priorisée, puisque plusieurs adolescents s'étant suicidés n'avaient pas eu recours à des services en santé mentale.</p>
<p>Intervenir sur les distorsions cognitives et les habiletés interpersonnelles afin de modifier la perception d'être un fardeau et de combler le besoin d'appartenance sont des cibles importantes chez les adolescents suicidaires.</p>
<p>La création d'un plan de sécurité peut aider l'adolescent suicidaire à intervenir sur ses idées ou ses comportements suicidaires.</p>
<p>La thérapie comportementale dialectique a donné lieu à des résultats probants quant à la réduction des comportements suicidaires chez les adolescents.</p>
<p>Il est primordial d'intervenir sur les comportements suicidaires avant de traiter le trauma et ce, afin de garantir la sécurité de l'adolescent.</p>
<p>La thérapie axée sur le trauma permet aux enfants et aux adolescents d'aborder le trauma et de tenter de le résoudre.</p>

CHAPITRE III

IDENTIFICATION OF SEXUALLY ABUSED FEMALE ADOLESCENTS AT RISK FOR SUICIDAL IDEATIONS: A CLASSIFICATION AND REGRESSION TREE ANALYSIS

Marie-Eve Brabant¹, Martine Hébert² et François Chagnon¹

¹Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Qc, Canada

²Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Qc, Canada

Article accepté pour publication dans *Journal of Child Sexual Abuse* le 12 octobre 2011.

Acknowledgements

This study was supported by a grant from the *Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles* (CRIPCAS) and by doctoral scholarships awarded to the first author by the *Centre jeunesse de Montréal*, the CRIPCAS, the *Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes* (CRIVIFF), the *Équipe Violence Sexuelle et Santé* (ÉVISSA), the *Caisse Desjardins de Vaudreuil-Soulanges* and the *Fondation Desjardins*.

The authors wish to thank the adolescents who participated in this study, along with Huguette Joly and the practitioners from the *Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la famille* (CIASF), and Anne Lauzon and practitioners from *Les Centres jeunesse de Montréal* and *Monterégie*.

RÉSUMÉ

Cette étude a exploré les profils cliniques de 77 adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle. Elle s'est intéressée à l'apport de variables liées à l'agression sexuelle et de variables personnelles pour documenter la présence d'idéations suicidaires chez des victimes adolescentes. Les données de cette étude ont révélé que 64% de participants entretenaient des idéations suicidaires. L'arbre de classification et de régression réalisé a indiqué que les symptômes dépressifs et de stress post-traumatique, de même que le désespoir permettaient de départager les profils des victimes relativement aux idées suicidaires. De plus, les analyses ont indiqué que les adolescentes rapportant aucun symptôme dépressif ou une dépression modérée étaient à risque d'avoir des idées suicidaires si elles présentaient un trouble de stress post-traumatique lié à l'agression sexuelle. Finalement, la prévalence élevée des idéations suicidaires parmi les adolescentes victimes d'agression sexuelle témoigne de l'importance d'investiguer la présence d'idéations suicidaires chez cette population. Cependant, les idéations suicidaires ne constituent pas l'unique variable qui devrait être investiguée; la dépression, le désespoir et le trouble de stress post-traumatique étant associés aux idéations suicidaires chez les victimes d'agression sexuelle, ils pourraient offrir des pistes importantes relativement aux interventions à préconiser auprès des victimes adolescentes.

Mots clé: agression sexuelle, idéations suicidaires, adolescence, dépression, désespoir, TSPT

ABSTRACT

This study explored the clinical profiles of 77 female teenager survivors of sexual abuse and examined the association of abuse-related and personal variables with suicidal ideations. Analyses revealed that 64% of participants experienced suicidal ideations. Findings from classification and regression tree analysis indicated that depression, post-traumatic stress symptoms and hopelessness discriminated profiles of suicidal and non-suicidal survivors. Even in the absence of depressive symptoms or with mild to moderate depression, survivors who experienced clinical post-traumatic stress symptoms related to the sexual abuse were at high risk for suicidal ideations. The elevated prevalence of suicidal ideations among adolescent survivors of sexual abuse underscores the importance of investigating the presence of suicidal ideations in sexual abuse survivors. However, suicidal ideation is not the sole variable that needs to be investigated; depression, hopelessness and post-traumatic stress symptoms are also related to suicidal ideations in survivors and could therefore guide interventions.

Keywords: Child Sexual Abuse, Suicidal ideations, Adolescence, Depression, Hopelessness, PTSD

3.1 Introduction

Adolescent suicide constitutes a major public health concern in several countries. In 2006, suicide was the third leading cause of death in individuals aged 15 to 24 years in the United States (McIntosh, 2009), and it was the second cause in Canada (Statistics Canada, 2010). Suicidality during adolescence represents an even more alarming issue if the prevalence of suicidal ideations and attempts are also considered. A meta-analysis of 128 studies documented that 29.9% and 9.7% of individuals aged 12 to 20 years had experienced suicidal ideations and attempts, respectively (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005). Adolescents who report suicidal ideations are at an increased risk of attempting to commit suicide, especially if their thoughts are pervasive and involve high intent or planning (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996). The highest rate of suicidal attempts worldwide is observed in female adolescents (Herrera, Dahlblom, Dahlgren, & Kullgren, 2006), who also have a higher rate of suicidal ideations in comparison to their male counterparts (Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000). The scope of the problem might even be underestimated because suicidal ideations and attempts are often not reported and may not come to psychological or medical attention. Clearly, these high prevalence rates are worrisome and emphasize the need to identify adolescents at risk for suicidality.

In Quebec, Canada, 34% of youth who committed suicide between 1995 and 2000 had received services from youth welfare centers (Renaud, Chagnon, Turecki, & Marquette, 2005). This finding implies that this population might be especially vulnerable to suicidality. More importantly, practitioners working in youth agencies are in contact with at-risk populations and could therefore be major actors in preventing and treating suicidality among adolescents.

Previous studies have identified that sexual abuse survivors represent a population highly vulnerable to suicidal ideations (Brent, Baugher, Bridge, Chen, & Chiappetta, 1999; Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999; Molnar, Berkman, & Buka, 2001). Brown et al. (1999) estimated factors associated with suicide attempts among young adults. They found that as much as 16.5% to 19.5% of suicide attempts may be directly linked to exposure to

child sexual abuse (CSA). The prevalence of CSA was estimated to be 19.2% of women and 7.4% of men in a recent meta-analysis of 65 studies involving samples from 22 different countries (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009).

The association between CSA and suicidality has been explored by several authors. A meta-analysis revealed that CSA is related to a 150% increase in the risk of becoming suicidal (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). More specifically in regards to adolescent populations, findings indicate an increase in the risk of suicidal ideations among sexually abused adolescents, even when controlling for major depressive episodes (Waldrop et al., 2007). Additionally, compared to non-victims, CSA survivors are more likely to have suicidal ideations, to have made a suicidal plan and to have attempted suicide (Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004). Adolescents who have been sexually abused are five times more at risk of having suicidal ideations and eight times more likely to try to commit suicide repetitively (Brown et al., 1999).

In addition to suicidality, CSA has been associated with a host of negative repercussions, including high-risk sexual behaviors, substance abuse, internalizing and externalizing behaviors, and post-traumatic stress disorder (PTSD) (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Tyler, 2002). Nevertheless, CSA was documented to have its strongest links with depression and suicidal thoughts and attempts (Paolucci et al., 2001). CSA can have pervasive long-lasting consequences. Adults who were victims of CSA had a superior lifetime prevalence of both suicidal ideations (49.6%) and attempts (14.8%) (Brezo et al., 2008). With a considerable prevalence of CSA and strong links between CSA and suicidality, identifying survivors most vulnerable for suicidal ideations is a high priority to provide them with effective treatment.

The bulk of studies conducted up to date have indicated a vast heterogeneity of profiles in CSA survivors (Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001). This diversity precludes a one-size-fits-all approach to treatment. As a result, clinicians are often confronted with limited tools to guide their interventions, and CSA survivors might not receive a tailored

treatment adapted to their specific needs. Furthermore, without detailed information on survivors' profiles and symptom manifestations, the identification of survivors who may be highly vulnerable to subsequent negative repercussions, namely suicidal ideations, is a complex process. Therefore, documenting clinical profiles of survivors might facilitate the development of specific guidelines, which could in turn assist practitioners in their assessment and treatment of CSA survivors.

The present study was designed to disentangle possible subgroups of adolescent CSA survivors based on specific variables known to be related both to suicidal ideations and CSA. According to a meta-analysis of 27 studies worldwide, 87.3% of individuals who died by suicide had a mental disorder. In 43.2% of cases, it was an affective disorder (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004). Therefore, two disorders often experienced by CSA survivors, depression and PTSD (Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001), as well as hopelessness, which is a known risk factor for suicidality (Perkins & Hartless, 2002), were documented. Abuse-related variables (Cantón-Cortés & Cantón, 2010; Molnar, Buka, & Kessler, 2001; Putnam, 2003) were also considered as potential factors linked to differential outcomes.

Depression is a major disorder that impedes daily functioning and is known to be closely related to suicidal ideations and behaviors (Fergusson, Beautrais, & Horwood, 2003). Rates of suicidal ideations and attempts were four and six times higher among depressed adolescents, respectively (Waldrop et al., 2007). Depression is also linked to CSA. In women with a history of CSA, the lifetime prevalence of major depression is three to five times more common when compared to non-victims (Putnam, 2003). The association between depressive symptoms and CSA has been studied extensively, often in retrospective studies conducted with adult populations. In adolescent survivors of CSA, depression is among the most common symptoms reported (Kendall-Tackett et al., 1993), thus underlying the necessity of investigating depression among this age group. In addition, depressive symptoms and hopelessness were found to mediate the association between CSA and suicidality among female teenagers (Martin et al., 2004).

In the suicide literature, hopelessness is a variable often considered, but like depression, most studies investigating the potential role of hopelessness were conducted with adult populations. One study conducted with a sample of adolescents in Hong Kong and in USA documented that hopelessness predicted suicidal ideations even when depressive symptoms were controlled (Stewart et al., 2005). Moreover, in a sample of hospitalized depressed adolescents, those who had attempted suicide prior to their hospitalization reported more severe levels of hopelessness compared to non-attempters. Hopelessness was reported to be more prevalent among sexually abused adolescents in comparison to non-victims (Bergen, Martin, Richardson, Allison, & Roeger, 2003). It is also a mediator between CSA and suicidality in girls (Martin et al., 2004). Due to their significant association with suicidality and CSA in the literature, depression and hopelessness could be among the essential variables in clinical profiles of adolescent CSA survivors.

Another variable possibly related to distinct subgroups of CSA teenagers is PTSD. This psychiatric disorder can occur following a traumatic event. It implies three distinct types of symptoms: re-experiencing the trauma, avoidance of stimuli associated with the trauma, and persistent symptoms of increased arousal (American Psychiatric Association, 2000). In the past decade, researchers started to devote more attention to PTSD in veterans because they exhibited higher levels of suicidality compared to the general population. Findings from veteran studies conclude that PTSD is related to suicidal ideations (Jakupcak et al., 2009; Pietrzak et al., 2010). Moreover, if PTSD co-occurs with a depressive disorder, the risk of current suicidal ideations is increased compared to either diagnosis alone (Lemaire & Graham, 2011). However, this latter finding was not supported by Guerra and Calhoun (2011), who found a non-significant increase in suicidal ideations when PTSD was co-occurring with major depressive disorder or alcohol use disorder.

Krysinska and Lester (2010) conducted a meta-analysis of 50 studies involving adults and adolescents to gain more insight into PTSD and suicidality. Their results indicate that, even when controlling for depression, PTSD is associated with an increased risk of prior and current suicidal ideations. However, studies conducted exclusively with adolescent samples

offer inconsistent results regarding the association between suicidal ideations and PTSD. Using a national probability sample of adolescents, Waldrop et al. (2007) concluded that PTSD doubled the risk of suicidal thoughts and that PTSD was a significant predictor of suicidal ideations, even when controlling for major depression. On the other hand, Dilsaver, Benazzi, Akiskal, and Akiskal (2007) concluded that PTSD was associated with attempted suicide but not with suicidal ideations among a sample of psychiatric adolescents. However, the authors did not control for depression in their study. These disparities in findings support the necessity of exploring the role of PTSD and suicidal ideations in teenagers. While PTSD is often associated with CSA (Kendall-Tackett et al., 1993), its link with suicidal ideations in CSA survivors has rarely been explored.

Finally, a number of authors argue that abuse-related variables (e.g., duration, presence of penetration, link to the perpetrator) are associated with greater symptoms in survivors (Cantón-Cortés & Cantón, 2010; Putnam, 2003). As such, these variables were explored in our study because they might differentiate subgroups.

3.1.1 Purpose of the study

Intervention modalities aiming at decreasing suicidal ideations and related behaviors exist; for example, dialectical behavior therapy (DBT) (Miller, Rathus, & Linehan, 2007) is known to be effective with adolescents. However, CSA survivors constitute a population who might call for more specific interventions due to the trauma experienced. Hence, investigating adolescent survivors of CSA could offer valuable guidelines with regard to identification and intervention. Against this backdrop, the main objectives of this study were the following: 1) to document the prevalence of different clinical symptoms in sexually abused adolescents; and 2) to identify the clinical profiles of CSA female adolescents with regard to suicidal ideations and to document variables (abuse related variables, depression, PTSD and hopelessness) linked to the frequency of SI. It was hypothesized that the variability in the severity of abuse, depression, hopelessness, and PTSD would allow the classification of sexual abuse survivors with regard to suicidal ideations. To date, few studies

have considered these variables simultaneously, and thus, few have documented their unique contributions as well as possible interactions.

3.2 Method

3.2.1 Participants

Seventy-seven female teenagers aged 12-17 years old ($M=14.67$ years old) were recruited from the Youth Protection Agency in Montréal and Montérégie (Québec, Canada). This agency offers psychosocial services to children and youth in accordance with the *Youth Protection Act*. Children are usually referred to these agencies if they were victims of neglect, abuse, or if they experienced behavioral issues (e.g., school absenteeism). Other participants were seeking services at the *Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille* in Gatineau, Quebec, which is a community organization that provides specialized services to CSA survivors and their families. Female adolescents receiving services in each of these agencies who were identified as CSA survivors by a caseworker were invited to participate in the study. Intellectual disability was an exclusion criterion. Three adolescents were left out from the final analyses due to incomplete questionnaires. Participants were Canadians (92%), Native Americans (6%), Europeans (1%), and Africans (1%). Half of the adolescents were living in foster homes or in youth welfare centers at the time of the study. Descriptive information related to CSA is displayed in Table 3.1.

Table 3.1
 Characteristics of Child Sexual Abuse (n=74)

	%	n
Age at 1st CSA episode		
0-6	19	14
7-12	42	31
12 and above	39	29
Relationship to the abuser		
Immediate family member	69	53
Extended family member	12	9
Acquaintance	15	11
Stranger	4	3
Length of the CSA		
Single episode	21	15
A few episodes	46	32
Chronic (more than 6 months)	33	23
Type of CSA		
Without physical contact	0	0
Physical contact without penetration	63	44
Physical contact with penetration	37	26

3.2.2 Procedures

Written informed consent was obtained from adolescents as well as parent's or legal guardian's consent for adolescents under 14 years of age. Participants completed a selection of self-report questionnaires in the presence of a research assistant. They were given a 10-dollar gift certificate as compensation. At the end of the interview, participants were provided with a list of websites and phone numbers of help lines in the event that they would need some advice or counseling. In addition, the research assistant called each participant the

following week in order to monitor any participants' possible distress that could have resulted from their participation in the study. To ensure the teenagers' security with regard to suicidal intent, caseworkers were informed rapidly (within 24 hours) in the event that a participant was experiencing severe suicidal ideations. This study was approved by the internal review board of the Université du Québec à Montréal and by the agencies collaborating on the project.

3.2.3 Measures

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, & Brown, 1996). The BDI consists of 21 items assessing depressive symptoms. Each item is divided into four to six statements among which respondents have to choose the one that best describes their situation during the last week. A total score from 0 to 9 indicates denial or absence of depression, while a score from 10 to 63 indicates the presence and the severity of depression (*mild to moderate, moderate to severe, severe*). Internal consistency as measured with a group of teenagers was $\alpha = 0.81$ (Teri, 1982). The French version (Gauthier, Morin, Thériault, & Lawson, 1982) was validated with 266 individuals in Quebec, and the total score had a consistency of $\alpha = 0.82$.

Scale for Suicide Ideation (de Man, Leduc, & Labrèche-Gauthier, 1993). This measure was adapted from the Beck Scale for Suicide Ideation (SSI; Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). It evaluates suicidal ideations and their characteristics, and the adolescent's attitudes toward them. The adolescent has to select an answer to the 19 items evaluated on a three-point scale, items such as "Wish to live: moderate to strong, weak, none" and "Frequency of suicide ideation: rare occasional, intermittent, persistent or continuous". Scores vary from 0 to 38 and scores of 1 or above indicates the presence of suicidal ideations. In the current study, a dichotomous score (*no suicidal ideations or presence of suicidal ideations*) was used. Translated in French by de Man et al. (1993), this version was validated with a sample of Canadian adolescents and had an internal consistency of $\alpha = 0.93$ (de Man & Leduc, 1994).

Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-R; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas, & Wolfe, 1991). A brief version of this instrument containing 40 items was translated into French (Hébert & Parent, 1999) and used to assess the adolescent's perception of the sexual abuse she experienced. Each question was answered on a three-point scale (*false, somewhat true, very true*). Three categories of symptoms yield a post-traumatic stress disorder dimension: avoidance of abuse-related cues, sexual anxiety, and intrusive thoughts. For the purpose of this study, a dichotomous PTSD score derived from the DSM-IV criteria (American Psychiatric Association, 2000) was used. Participants had to experience symptoms of at least one criterion in each of the three categories to have clinical PTSD. In the initial version of the CITES, the internal consistency of each scale was $\alpha = 0.72$, 0.85 and 0.91, and 0.88 for the PTSD dimension.

Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974). Translated into French (Bouvard, Charles, Guérin, Aimard, & Cottraux, 1992), this questionnaire includes 20 true-false items that yield a total score. A score above 3 indicates the presence of hopelessness and the higher the score, the more hopeless the survivor feels. According to a sample of 294 depressive adults, the BHS internal consistency varies from $\alpha = 0.82$ to $\alpha = 0.93$; according to clinical assessments, its criterion validity is $\alpha = 0.62$.

Socio-demographic Questionnaire. This questionnaire includes 12 items pertaining to age, family characteristics, ethnic background and school grade level.

Sexual Abuse Characteristics. This questionnaire was specifically developed for this research. It was completed by the participants' caseworkers to document sexual abuse characteristics (severity, age, relationship to the abuser, and disclosure). It includes seven multiple-choice questions.

3.3 Results

Descriptive analyses were conducted first to document the prevalence of different symptoms. Clinical depression and hopelessness were the most prevalent symptoms and were

experienced by at least two-thirds of the sample. Detailed results are presented in Table 3.2. For our second objective, which was to identify the clinical profiles of survivors with regard to suicidal ideations, variables documented previously were screened to document significant univariate relations with suicidal ideations ($p \leq .05$). As a result of this first step, these variables were included in subsequent analyses: depression, hopelessness and PTSD. None of the abuse characteristics were significantly correlated with suicidal ideations and therefore were excluded from further analyses.

Table 3.2
Prevalence of Symptoms (n=74)

	% of survivors	n
Suicidal ideations	63.5	47
Clinical depression	75.9	57
Hopelessness	65.8	48
Clinical PTSD	48.6	36

Classification and regression tree analysis (C&RT; Breiman, Friedman, Olshen, & Stone, 1984) was used to identify the clinical profiles of female teenage survivors of CSA with regard to suicidal ideations. C&RT is a non-parametric test allowing for the identification and classification of several values of independent variables involved in the prediction or classification of one dependent variable. This method was preferred to other statistical methods, such as regression analysis and linear discriminant analysis, because C&RT is said to be efficient for exploratory research when data are non-linear (Armstrong & Andress, 1970; Feldesman, 2002). Moreover, compared to other statistical methods, a key advantage of C&RT resides in the tree-shape presentation of the results, which facilitates its comprehension and interpretation. Additionally, C&RT is said to constitute a powerful tool to target and optimize the distribution of public health resources (Lemon, Roy, Clark, Friedmann, & Rakowski, 2003). Several tree building algorithms exist; however, C&RT is considered to be the best tree method because it is more likely to select the independent variable that is most different with respect to the target variable (Steinberg & Colla, 1995).

To conduct this analysis, SPSS 16:0 was used. C&RT produces binary splits according to the Gini index, which is an impurity measure in each node (Breiman et al., 1984). This method performs splits based on variables included in the analysis that maximize the predictability of the dependent variable at a specific level of the tree. Independent variables that do not predict the dependent variable are excluded from the tree. This process continues until a stopping criterion has been reached. Trees are composed of a root node that includes the entire sample of participants, which is then successively split into several parent and child nodes. When segmentation is not possible anymore, this last node is called a terminal node. It indicates the overall profile for a specific subgroup of individuals. According to the literature, the minimal number of participants in each node is usually set to five (Teixeira, 2004). For the purpose of this study, it was set to 10 to increase the accuracy of the results. C&RT is a type of analysis that has been successfully applied to document the diversity of profiles in sexually abused children (Hébert, Collin-Vézina, Daigneault, Parent, & Tremblay, 2006).

3.3.1 Clinical profiles

The analysis conducted aimed to classify CSA survivors according to the presence or absence of suicidal thoughts. A total of five clinical profiles of survivors were generated. Overall, the tree correctly classified 78.4% of the sample. Further, 85.1% of suicidal adolescents and 66.7% of non-suicidal participants were correctly classified. The resulting tree is presented in Figure 3.1.

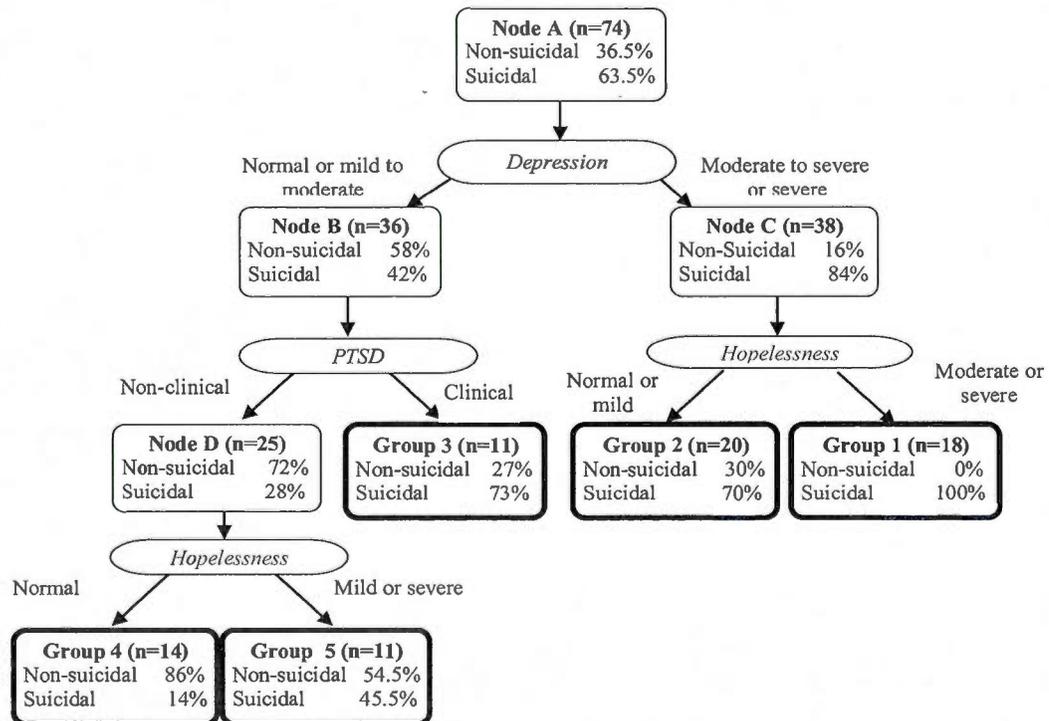


Figure 3.1 Classification and Regression Tree for Suicidal Ideations Among Survivors of Child Sexual Abuse.

The initial node indicated that 63.5% of participants experienced suicidal ideations. Depression was the variable selected by the analysis to perform the primary split. Accordingly, the left side of the tree regrouped survivors without depression or with mild to moderate depression, and the right side of the tree included survivors with at least moderate to severe depression. Both groups were segmented once more. Participants experiencing moderate to severe or severe depression were split in two subsequent terminal nodes according to the level of hopelessness. This resulted in the generation of the first two clinical profiles. The first profile included survivors who were the most at risk, meaning 100% reported suicidal ideations. Specifically, this profile included survivors who had moderate to severe or severe depression combined with a moderate or severe level of hopelessness. The second profile included teenagers who experienced suicidal ideations in 70% of cases; they were different from the previous profile because they reported a normal or a mild level of hopelessness.

On the opposite (left) side of the tree, participants with no depression or with mild to moderate depression were segmented, with PTSD as the splitting variable. Survivors with clinical PTSD linked to their abuse were suicidal in 73% of cases; this was a terminal node, indicating the third clinical profile. One-fourth (28%) of those without PTSD were suicidal, and this latter group was split once more. The splitting variable was hopelessness, which generated the last two clinical profiles. The fourth profile was composed of participants with a mild to severe level of hopelessness, 46% of whom were suicidal. Finally, the fifth profile included individuals least likely to experience suicidal ideations, as only 14% experienced it. Their profile was constituted by the absence of depression or mild to moderate depression combined with the absence of clinical PTSD and a normal level of hopelessness.

In summary, according to the C&RT analysis, five clinical profiles of CSA adolescents were identified. Depression, hopelessness and PTSD are all key variables in classifying survivors with or without suicidal ideations. It appears that survivors who are most at risk of experiencing suicidal ideations (100%) present with moderate to severe or severe depression coupled with a moderate or severe level of hopelessness. Nevertheless, the

tree indicates that survivors without depressive symptoms or with mild to moderate depression are at high risk for suicidal ideations (73%) if they experience clinical PTSD symptoms related to their abuse. Comparatively, the fourth profile presents one group of survivors less likely to experience suicidal ideations. This profile shows that less severe depressive and hopelessness symptoms combined with the absence of clinical PTSD are related to a lower probability for suicidal ideations (14%). This latter group includes survivors who could be described as resilient, as they experience no or mild symptoms among the ones measured in this study. Overall, it appears that, among CSA survivors, the severity of depression, hopelessness and PTSD are related to an increased probability of experiencing suicidal ideations.

3.4 Discussion

A few authors have emphasized the need to gather knowledge on adolescent survivors of CSA because early intervention that targets depression and suicidal behaviors could possibly prevent suicide (Martin et al., 2004). Previous studies have found that CSA survivors experience a high rate of suicidal ideations (Brown et al., 1999; Waldrop et al., 2007). In this study, close to two thirds (63.5%) of participants experienced suicidal ideations. This prevalence is higher than the mean prevalence of non-abused adolescents (Evans et al., 2005), but it is comparable to other samples of sexual abuse survivors (Eisenberg, Ackard, & Resnick, 2007; Martin et al., 2004). These results emphasize the need for clinicians to possess the finest tools to assist in identifying CSA survivors likely to experience suicidal ideations and to provide survivors with an effective treatment based on their needs.

The first objective of this study was to document the prevalence of mental health symptoms in adolescent CSA survivors. The presence of a clinical depression constituted the most prevalent symptom in our study (76%), thus corroborating literature reviews on CSA (Kendall-Tackett et al., 1993; Paolucci et al., 2001) that identified depression as one of the most common disorders reported by survivors. Feelings of hopelessness were also frequent

among our sample (65.8%), and almost half of our sample (48.6%) achieved clinical levels of PTSD symptoms associated with the abuse experienced.

The main objective of this study was to identify the clinical profiles of CSA female teenagers with regard to suicidal ideations. Profiles of CSA survivors are known to be highly heterogeneous (Kendall-Tackett et al., 1993). Therefore, documenting the clinical profiles of CSA survivors who experience suicidal ideations could allow the identification of survivors most at risk, thus promoting the prevention and treatment of suicidal ideations rapidly after disclosure. Using C&RT analysis, a classification tree was generated classifying survivors according to the presence or absence of suicidal ideations. Five profiles were created that distinguish adolescents experiencing or not experiencing suicidal ideations. These profiles are created from different severity levels of three variables: depression, hopelessness, and PTSD.

The tree revealed that depression was the first variable discriminating between adolescents at increased risk or less likely to experience suicidal ideations. Thus, survivors with more severe depression tended to report suicidal ideations regardless of their hopelessness level. This result is in accordance with Koplin and Agathen's conclusion (2002) that adolescents' suicidal ideations are best predicted by the severity of a mood disorder. Nevertheless, all survivors with more severe depression combined with at least moderate hopelessness symptoms were suicidal. This result indicates that when depression and hopelessness are severe and co-occurring, the risk for suicidal ideations is significantly increased. Among four out of five profiles, hopelessness is a discriminating variable, which emphasizes its importance in identifying survivors likely to be suicidal. In our sample, the mere presence of a mild level of hopelessness indicates an increased risk of experiencing suicidal ideations. Thus confirming that hopelessness predicts suicidal ideations, even when controlling for depressive symptoms (Stewart et al., 2005).

The last variable that distinguishes the five profiles is PTSD. Findings from the present study corroborate the association between PTSD and suicidal ideations (Waldrop et al., 2007) even when controlling for depression (Krysinska et Lester, 2010). Our data confirm that individuals with clinical PTSD related to CSA were at increased risk for suicidal

ideations. Indeed in our sample, even in the absence of moderate to severe depression, the presence of clinical PTSD was linked to an increased risk of suicidal ideations.

In considering the diversity of profiles generated from the tree, our results offer clues regarding which survivors of CSA are likely to display a profile of resilience, at least concerning suicidal ideations, depression, hopelessness, and PTSD. One subgroup in our study was less likely to report suicidal ideations: survivors with no or mild to moderate depression, an absence of PTSD and a normal to low level of hopelessness. The scientific literature reports that some CSA survivors do not show signs of psychological symptoms (Putnam, 2003). The longitudinal data available suggest that a proportion of these children may eventually become symptomatic (Finkelhor et Berliner, 1995). Thus, in the absence of longitudinal data, it is difficult to ascertain whether the absence of symptoms at initial evaluation reflects true resilience or whether participants might become symptomatic later in time. On the other hand, there is a possibility that variables not considered in our study could be related to this result (e.g., coping, protective factors).

In our study, CSA characteristics were expected to relate to suicidal ideations. However, no significant correlation with the outcome variable was obtained. Therefore, it appears that abuse-related variables do not distinguish suicidal survivors from those not experiencing suicidal ideations. Findings from previous studies have not been consistent regarding links between suicidal ideations and CSA characteristics (Cantón-Cortés et Cantón, 2010; Kendall-Tackett et al., 1993; Molnar, Berkman et al., 2001) or in demonstrating that CSA characteristics predict greater symptoms. The lack of variability in abuse characteristics among our sample might have prohibited significant associations with suicidal ideations.

3.4.1 Practice implications

An important conclusion of this study is that survivors' symptomatology is a significant indicator of risk for suicidal ideations; and findings underscore the necessity of investigating depression, hopelessness, and PTSD, rather than just trauma-related symptoms,

soon after disclosure. The identification of adolescents at risk for becoming suicidal or who are already suicidal is a major priority in early prevention and treatment. It could be the key to remediate the negative cycle of mental health disorders and suicidality in adolescent CSA survivors. Previous research found that symptoms observed during adolescence might not fade away as survivors get older, especially because CSA is said to predict adverse adult mental health outcomes. Moreover, suicidal ideations and attempts during adolescence are associated with a host of mental health issues in adulthood, such as major depression, alcohol and illicit drug dependence, anxiety disorders, and suicidal ideations, and attempts (Fergusson, Horwood, Ridder et Beautrais, 2005). It is estimated that female teenagers who were depressed at age 14-16 are twice as likely to attempt to commit suicide before they reach age 21 compared with teenagers who were not depressed (Fergusson et Woodward, 2002). Previous findings and those of this study suggest that several adolescents could continue to experience psychiatric disorders in adulthood if their symptoms are left untreated. Therefore, clinical interventions targeting their specific needs and their symptomatology are clearly needed.

In addition to stressing the importance of symptom investigation, our study highlights that low levels of depression combined with low levels of hopelessness might characterize resilient survivors. On the other hand, more severe symptoms of depression and hopelessness are related to an increased risk for suicidal ideations. Consequently, interventions aimed at decreasing adolescent survivors' depressive symptoms and at empowering survivors, namely to help them foster the belief that they have the competency to address their problems, could lead to a decline in suicidal ideations.

A few interventions have been validated with CSA survivors. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) (Cohen, Mannarino et Deblinger, 2006) is an evidence-based treatment for children and adolescents who have suffered a traumatic experience. However, before addressing the trauma, the dangerousness of some behaviors (e.g., self-injury) and suicidal ideations have to be investigated and treated to guarantee the survivors' security. Moreover, creating a trauma narrative is an important component of TF-

CBT, and such a narrative could heighten these problems if the individual does not possess adequate resources to face the trauma and other stressful events (Cohen et al., 2006). Therefore, it is imperative to decrease suicidal ideations and behaviors; DBT has proven effective at this task (Miller et al., 2007). DBT aims to help the individual acquire the ability to face strong emotions without engaging in destructive behaviors (Miller et al., 2007). Once this step has been reached, therapy can begin to treat the trauma itself. However, if DBT patients have learned appropriate tools to control their life-threatening behaviors but do not later address the trauma in therapy, they risk using maladaptive strategies once again. In summary, suicidal ideations and correlating behaviors have to be treated before the trauma is addressed. Treating the trauma could be a necessary step to decrease future use of maladaptive strategies such as suicidal ideations and related behaviors (Miller et al., 2007). The implementation of DBT may offer a first step in treatment followed by TF-CBT.

Regrettably, the identification of adolescents at risk for suicidal ideations is a difficult task as few adolescent suicide attempters come to the attention of mental health care professionals (Farand, Chagnon, Renaud et Rivard, 2004). Nevertheless, caseworkers in youth welfare agencies may well be in contact with adolescents who have been sexually abused or with adolescents vulnerable to suicide (Renaud et al., 2005) and may be able to identify and refer teenagers at risk for suicidal ideations to mental health care centers.

3.4.2 Strengths and Limitations of the Study

While the current study offers valuable results to identify adolescents at risk for suicidal ideations and important guidelines to provide this population with tailored interventions, a number of limitations need to be mentioned. First, our sample was mainly composed of teenagers who were survivors of contact sexual abuse by a family member. Abuse by a trusted family member may increase trauma-related symptoms and therefore, study results might not be generalizable to adolescent victims of extrafamilial abuse. Moreover, Child Protective Services were involved, and in several cases, teenagers were taken away from their home and moved to foster homes or youth residential centers.

Furthermore, survivors might already have other predisposing factors related with suicidal ideations, such as the presence of mental disorders in parents, genetic predispositions (Turecki, 2001) or other personal or environmental factors (e.g., physical abuse); none of these variables were considered in this study. In addition, a few participants were receiving therapeutic services at the time this study was conducted. Other adolescents might have participated in similar services in the past, which might have influenced their symptomatology.

Finally, correlations between measures that were used to investigate depression, hopelessness and suicidal ideations were high, indicating that they do not assess completely distinct concepts. Moreover, each participant completed a set of self-report questionnaires only once, and the design of this study precludes inferring causality. Prospective longitudinal studies are needed to investigate the mechanisms underlying the development of suicidal ideations in adolescents who were sexually abused. Such studies could provide evidence regarding protective factors that might be related to resilience in survivors. Few studies have investigated the association between PTSD and suicidal ideations in adolescent CSA survivors; additional studies are needed to clarify the links and the impact of a comorbid disorder such as depression. Exploring the impact of the three core symptoms of PTSD separately on suicidal ideations in adolescent CSA survivors could also reveal important information. Past research identified that the intrusive component of PTSD was correlated with a measure of suicide risk in an adult population but not the avoidance component. These two components became non-significant in a multivariate analysis of suicide risk (Kotler, Iancu, Efroni et Amir, 2001), indicating that other variables might mediate the association between suicidal ideations and PTSD. Further studies are needed to clarify this association.

Despite these limitations, our study offers an initial attempt to disentangle the clinical profiles of female adolescent survivors of CSA. These profiles may represent valuable tools to identify survivors at risk for suicidal ideations and to develop and implement intervention programs targeting suicidal thoughts in teenage survivors of sexual abuse. In the long run, it

might alleviate the negative repercussions associated with CSA and decrease the worrisome statistics regarding suicidality.

CHAPITRE IV

PREDICTING SUICIDAL IDEATIONS IN SEXUALLY ABUSED ADOLESCENTS: A 12-MONTH PROSPECTIVE STUDY

Marie-Eve Brabant¹, Martine Hébert² et François Chagnon¹

¹Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Qc, Canada

²Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Qc, Canada

Article soumis pour publication à la revue *Journal of Child Sexual Abuse* le 6 juin 2012.

This research was supported by a grant from the *Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles* (CRIPCAS) and by doctoral scholarships awarded to the first author by the *Centre jeunesse de Montréal*, the CRIPCAS, the *Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes* (CRIVIFF), the *Équipe Violence Sexuelle et Santé* (ÉVISSA), the *Caisse Desjardins de Vaudreuil-Soulanges* and the *Fondation Desjardins*.

The authors wish to thank the adolescents who participated in this study, along with Huguette Joly and the practitioners from the *Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la famille* (CIASF), and Anne Lauzon and practitioners from *Les Centres jeunesse de Montréal* and *Montréal*.

RÉSUMÉ

Les adolescents rapportant un trauma sexuel sont à risque d'être aux prises avec plusieurs répercussions négatives, notamment une problématique suicidaire. Cette étude explore la contribution des symptômes de stress post-traumatique dans la prédiction des idées suicidaires chez des adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle. Une étude longitudinale sur une période d'un an a été réalisée auprès de 52 adolescentes (12-18 ans). Une analyse de régression binomiale inversée a indiqué que les symptômes dépressifs, de même que les symptômes de stress post-traumatique liés au trauma sexuel constituaient des facteurs prédictifs significatifs des idéations suicidaires sur une période d'un an. Les symptômes de stress post-traumatique permettaient de prédire les idéations suicidaires même en contrôlant pour les symptômes dépressifs et la présence de tentatives de suicide antérieures. Conséquemment, l'importance du stress post-traumatique relativement aux idées suicidaires chez des adolescentes victimes d'agression sexuelle a été confirmée. Les implications de ces résultats sont discutées en lien avec les interventions à préconiser auprès des survivantes d'un trauma sexuel.

Mots clé: agression sexuelle, idéation suicidaire, adolescentes, stress post-traumatique, dépression

ABSTRACT

Adolescents who have suffered a sexual trauma are at higher risk for several negative repercussions, including suicidality. This study investigates the contribution of post-traumatic stress symptoms to the prediction of suicidality among female adolescent survivors of sexual abuse. A one-year prospective study of 52 female survivors aged 12 to 18 years was conducted. A negative binomial regression analysis revealed that depressive symptoms as well as post-traumatic stress symptoms associated with the sexual trauma were significant predictors of suicidal ideations a year later. Post-traumatic stress symptoms remained a significant predictor of suicidal ideations even when controlling for depressive symptomatology and the presence of a past suicide attempt, thus emphasizing the relevance of post-traumatic stress symptoms in regard to suicidality in sexually abused youths. Results are discussed within the context of therapeutic modalities for survivors of a sexual trauma.

Keywords child sexual abuse, suicidal ideation, adolescent, post-traumatic stress, depression

4.1 Introduction

Child sexual abuse (CSA) can represent a substantial trauma. Adolescent victims of sexual violence appear to be at increased risk for suicidal ideations and suicidal behaviors (Waldrop et al., 2007). Among community samples of adolescents and young adults, the prevalence of suicidal ideations and attempts is estimated to be 30% and 10% respectively (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005), while rates are 50% and 15% among CSA survivors (Brezo et al., 2008). Several variables are known to be associated with suicidal ideations and behaviors in CSA survivors including depressed mood, hopelessness, and family dysfunction (Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004; Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Gudjonsson, & Sigurdsson, 2008). Nevertheless, other variables contributing to the prediction of suicidal ideations have yet to be investigated among CSA teenagers.

In the past few years, studies investigating suicidality in veterans revealed that post-traumatic stress (PTS) was a salient disorder explaining suicidal ideations among this population (Pietrzak et al., 2010). Moreover, a recent meta-analysis of 50 studies involving adults and adolescents concluded that PTS is associated with an increased risk of prior and current suicidal ideations, while no evidence supporting that individuals with PTS disorder were at increased risk for suicide was found (Krysinska & Lester, 2010). PTS appears to be an important variable to consider in the link between trauma and suicidal ideations; since PTS is a frequent symptom reported by CSA survivors (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001), it might have an impact on suicidal ideations among this population.

In their review, Krysinska and Lester (2010) documented that the only three studies have explored the association between PTS and suicidal ideations in adolescents and young adults yielded inconsistent results. In the first study, PTS symptomatology was found to mediate the relationship between exposure to violence and suicidal ideations in a sample of 94 adolescents (Mazza & Reynolds, 1999). In the second study, PTS symptomatology was related to suicidal ideations even when controlling for gender and depression among 106 adolescents (Mazza, 2000). However, the third study which was conducted with 139 adolescent psychiatric patients (bipolar disorder, major depressive disorder, non-affective disorder) concluded that PTS disorder was not associated with an increased risk for suicidal

ideations (Dilsaver, Benazzi, Akiskal, & Akiskal, 2007). One additional study not documented in Krysinska and Lester's review was conducted by Waldrop et al. (2007) among 3906 adolescents selected from a national probability sample. The results indicated that PTS symptoms doubled the risk of suicidal ideations and also that PTS was a significant predictor of suicidal ideations, even when controlling for depression and substance use disorders.

These studies were conducted using cross-sectional designs which cannot disentangle the temporality of the investigated variables. Moreover, very few studies have investigated the role of PTS in predicting suicidal ideations among adolescents. Therefore, additional information is needed concerning adolescents especially at risk for developing PTS symptoms, namely CSA survivors.

To our knowledge, links between PTS and suicidal ideations among adolescent survivors of CSA were never investigated. However, in a previous study (Brabant, Hébert, & Chagnon, in press), PTS was among variables that discriminated adolescent victims who reported suicidal ideations from those who did not, thus confirming its importance regarding suicidality among adolescent survivors of CSA. Therefore, the current study specifically aims to document links between PTS and suicidal ideations among this population. Documenting the factors predicting suicidal ideations appears a relevant approach, as suicidal attempts are most consistently predicted by suicidal ideations (Mann et al., 2008). It is hypothesized that PTS would predict suicidal ideations 12 months later, even when controlling for depression and the presence of suicidal attempts in the last 12 months.

4.2 Method

4.2.1 Participants and Procedures

Participants were 77 female teenagers aged 12-17 years old ($M=14.67$ years) recruited in Child Protective Services in Montréal and Montérégie (Québec, Canada) and at the *Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille* in Gatineau, Quebec. They completed a selection of self-report questionnaires with a research assistant at Time 1 and

again 12 months later (Time 2, $n= 52$). Chi-square and ANOVA analyses revealed no significant differences between adolescents assessed once or twice.

Descriptive analyses of the sample indicated that 81% of the participants were victims of intrafamilial CSA. All of the victims endorsed contact sexual abuse, 37% endured severe abuse (penetration, force or multiple abusers), 79% reported more than one episode, and 33% were abused chronically (more than six months).

4.2.2 Measures

The following instruments were selected based on their well-established psychometric properties and their French version was used. To measure depression, the Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 1996), a 21-item questionnaire that yields a total depression score varying from 0 to 63, was used. The BDI is an appropriate measure to be used with adolescents as its internal consistency is $\alpha = 0.81$ (Teri, 1982). The French version of the BDI (Gauthier, Morin, Thériault, & Lawson, 1982) was validated with 266 individuals in Quebec and the total score had a consistency of $\alpha = 0.82$. Suicidal ideations were assessed with the Scale for Suicide Ideation (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979; de Man, Leduc, & Labrèche-Gauthier, 1993), which includes 19 items and has a total score of 0 to 36. This measure was translated in French by de Man et al. (1993) and validated with a sample of Canadian adolescents, $\alpha = 0.93$ (de Man & Leduc, 1994).

The brief version of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (Hébert & Parent, 1999; Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas, & Wolfe, 1991) assessed PTS symptoms related to the sexual abuse with 40 items. A total score (0-42) indicates the presence and the severity of symptoms. The presence/absence of suicidal attempts in the last 12 months was assessed using one item from *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois* (Aubin, Berthiaume, & Lavallée, 2002). Finally, socio-demographic information was collected with 12 items. Caseworkers were asked to answer seven multiple-choice questions to document CSA characteristics.

4.3 Results

Participants' symptomatology was documented in descriptive analyses (Table 4.1). A negative binomial regression¹ using variables at Time 1 was conducted to predict the presence of suicidal ideations at Time 2. Based on the scientific literature on suicidal ideations, four predictors from Time 1 were selected for the analysis. Age, depressive symptoms, the presence of suicidal attempts, and PTS symptoms were entered in the model to measure their impact on suicidal ideations following a 12-month period. Due to multicollinearity in the predictors, suicidal ideations at Time 1 were not selected to be included in the model. All the variables used in the analysis were continuous except the presence of suicidal attempts which was a dichotomous variable.

Table 4.1
Prevalence of Symptoms at Time 1 (n=74) and Time 2 (n=52)

	% at Time 1	% at Time 2
Suicidal ideations	63.5	25
Depression	76	40.4
Clinical PTSD	48.6	15.4
Suicidal attempt	24.7	25

¹ When the dependant variable is biased toward zero and has a variance that is larger than its mean, this analysis is preferred to a standard regression (Atkins & Gallop, 2007).

A four-predictor regression model was fitted to the data and three predictors were significant in the final model (Table 4.2): the age of the adolescent, depressive symptoms and PTS symptoms. The presence of a previous suicidal attempt was non-significant. The age was negatively related to suicidal ideations and indicated that the odds of having suicidal ideations declined with adolescents' increasing age (odd ratio, 0.3). The likelihood of experiencing suicidal ideations was significantly higher among participants who presented depressive symptoms, with a 2.0 odds ratio. Moreover, participants who experienced PTS at Time 1 were 2.8 times more likely to report suicidal ideations a year later. Consequently, PTS symptoms predict suicidal ideations even when controlling for depression and the presence of a past suicide attempt.

Table 4.2
Negative Binomial Regression Analysis

Predictors	B	SE	Wald	Df	Exp(B)	95% CI
Age	-1.12	0.44	6.38	1	0.33**	[0.14 - 0.78]
Depression	0.69	0.33	4.53	1	2.00*	[1.06 - 3.79]
Suicidal attempt	-0.86	0.63	1.87	1	0.42	[0.12 - 1.45]
PTSD	1.03	0.36	8.11	1	2.81**	[1.38 - 5.72]
	X^2	Df	P			
Final model	24.77	4	.000			

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

4.4 Discussion

To our knowledge, this study is the first to investigate the contribution of PTS symptoms to the prediction of suicidal ideations in adolescent survivors of CSA with a longitudinal design. Three variables contributed to the prediction of suicidal ideations at time 2: age, depressive symptoms and PTS symptoms related to the sexual trauma at initial evaluation. Our results corroborate previous findings that PTS symptoms are significant predictors of suicidal ideations (Mazza, 2000; Waldrop et al., 2007). Moreover, in our study, PTS symptoms were found to be a stronger predictor of suicidal ideations than depression, thus underscoring the importance of evaluating PTS symptoms among adolescents reporting CSA.

In the general population, a prior suicidal attempt constitutes the best predictor of suicidal ideations (Joiner, 2005). However, our results indicate that among adolescent victims of CSA, the sequelae originating from the sexual trauma appear to contribute to the prediction of suicidal ideations rather than a history of suicidal attempts. As such, CSA adolescents who experience suicidal ideations may compose a group of individuals with specific needs that differ from those of teenagers from community samples. However, several participants were benefiting from therapeutic interventions between the two assessment times. Therefore, this intervention might have contributed to a reduction of suicidal ideations and decreased the predictive value of previous suicidal attempts.

Moreover, it was previously documented that suicidal ideations, depression, and post-traumatic stress are frequently reported by CSA survivors (Paolucci et al., 2001). This study goes even further by identifying links between these variables, namely that depression and post-traumatic stress predict suicidal ideations. In our study, the fact that with increasing age, victims are less at risk of having suicidal ideations could possibly be explained by the services they have received. Therapeutic services as well as the ones provided by agencies working with the Child Protective Services could have empowered victims, decreased their depressive symptoms, helped resolve their sexual trauma, and as result, triggered a decrease in their suicidal ideations.

Overall, our results highlight that the age of the victim, depression, as well as PTS symptoms should be investigated to identify adolescent survivors at risk for suicidal ideations later on. The presence of suicidal ideations is a known predictor of suicide attempts, which in turn predicts suicide (Mann et al., 2008). Therefore, targeting the prevention and reduction of suicidal ideations could contribute to a decrease in the prevalence of suicidal ideations and of suicidal behaviors among youths. In addition, our results suggest that treating PTS symptoms may constitute a promising intervention to reduce the possible vulnerabilities of CSA teenagers.

Thus, to prevent suicidal ideations in CSA victims, interventions targeting other symptoms besides depression, namely PTS, should be given consideration. In fact, there exist very few empirical data confirming that treating suicidal behaviors indirectly through depression is effective. Rather, it appears that suicidal ideations and behaviors should be addressed directly while taking into account co-occurring disorders (Miller, Rathus, & Linehan, 2007). Consequently, PTS symptoms and suicidal ideations may be the essential targets for efficient interventions with CSA adolescent survivors.

Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT) (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) has clearly been identified as a best practice for children and adolescents who have suffered a trauma and it is effective with sexually abused youths (Saunders, Berliner, & Hanson, 2004). It mainly targets PTS symptoms, but in the presence of suicidal ideations or behaviors, it focuses first on enhancing affective regulation and reducing stress in order to assure teenagers' security (Cohen et al., 2006). Yet, the impact of TF-CBT specifically on suicidal ideations of adolescents has, to our knowledge, not been examined. Dialectical behavior therapy (DBT; Linehan, 1993) is an intervention that was first developed to treat chronically suicidal individuals and its adapted form for adolescents (DBT-A; Miller et al., 2007) was proven effective in decreasing suicidal ideations and suicidal behaviors (Fleischhaker et al., 2011; Miller et al., 2007; Rathus & Miller, 2002). The reduction of suicidal ideations and behaviors is argued to be essential before addressing the trauma (Cohen et al., 2006); an approach combining TF-CBT and DBT-A may reveal to be an optimal strategy to prevent or to remediate suicidal ideations and also eventually to resolve the sexual trauma experienced by adolescents.

Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) (Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus, 2011) was elaborated from these two treatments and recent data suggest that the approach was effective to reduce post-traumatic symptoms among a group of 29 adult victims of sexual abuse. Unfortunately, its impact on suicidal ideations was not assessed and thus, additional studies documenting the efficacy of such a combined treatment with adolescent survivors are needed.

Findings of the present study have limitations. First, the current research relied exclusively on self-report measures, the sample size was limited, and the use of a clinical sample poses some restrictions to the generalization of the results. Nevertheless, the longitudinal design of this study represents strength as very few prospective studies investigating suicidal ideations among adolescent survivors of CSA have been conducted up to now. Our findings make important contributions with regard to variables that could help identify, as well as treat, adolescent survivors at risk or experiencing suicidal ideations.

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Devant l'ampleur des conséquences liées aux problèmes de santé mentale des adolescents, cette thèse s'est intéressée à la présence de la dépression et des idées suicidaires chez une population particulièrement vulnérable: les adolescentes ayant été victimes d'AS. Les deux objectifs principaux de cette thèse étaient de documenter la diversité des profils cliniques des adolescentes victimes d'AS afin de faciliter l'identification des survivantes à risque d'entretenir des idées suicidaires, et aussi de prédire les idéations suicidaires suite à un délai d'un an, dans le but d'orienter les interventions auprès de cette population. Afin d'atteindre ces objectifs, trois articles ont été rédigés dans le cadre de cette thèse doctorale.

Le premier article avait pour objectif de dresser un bilan des connaissances par le biais d'une recension des écrits portant sur la dépression et la problématique suicidaire à l'adolescence. Plus particulièrement, les liens unissant la dépression et la problématique suicidaire chez les adolescents victimes d'AS ont été explorés. Un modèle conceptuel, soit la théorie psychologique-interpersonnelle (Joiner, 2005), a aussi été exposé dans cet article pour expliquer la présence des comportements suicidaires chez les adolescents, de même que chez les victimes d'AS. De plus, cet article s'est intéressé à deux types d'interventions thérapeutiques offertes aux victimes, la *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* et la *Dialectical Behavior Therapy*, et il a mis l'accent sur l'importance de traiter en premier lieu les idées et les comportements suicidaires avant d'aborder le trauma et ce, par soucis d'assurer la sécurité des adolescents.

Par la suite, le second article avait pour objectif d'identifier la diversité des profils des adolescentes victimes d'AS en ce qui a trait aux idées suicidaires. Les études antérieures ont conclu que les profils des victimes étaient hétérogènes, ce qui limitait l'identification de victimes à risque d'être aux prises avec des conséquences sévères, notamment les idées suicidaires (Kendall-Tackett *et al.*, 1993). Ainsi, afin de remédier à cette situation, les analyses réalisées dans le cadre de cet article ont permis de documenter cinq profils distincts au sein des participantes. L'objectif secondaire consistait à établir la prévalence de plusieurs symptômes.

Le troisième article de cette thèse visait la prédiction des idées suicidaires sur une période de 12 mois en utilisant des symptômes cliniques et des variables personnelles comme facteurs prédictifs. Cette communication brève présente une analyse longitudinale et a montré que contrairement à la présence de tentatives de suicide, l'âge de l'adolescente, les symptômes dépressifs et les symptômes de stress post-traumatique engendrés par l'AS constituaient des facteurs prédictifs des idées suicidaires douze mois après une première évaluation.

Afin de dresser le bilan de cette recherche doctorale, les résultats des deux articles empiriques seront d'abord intégrés puis discutés en lien avec certains éléments documentés dans la recension des écrits, notamment la théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner (2005). Finalement, les contributions originales de cette thèse, les limites de l'étude, les perspectives de recherche et les implications des résultats pour l'intervention seront abordées.

5.1 Intégration des résultats

5.1.1 La prévalence de la dépression et des idées suicidaires chez les victimes d'agression sexuelle

La prévalence de la dépression majeure à la fin de l'adolescence est estimée à environ 25% (Kessler *et al.*, 2001) et elle est plus élevée chez les jeunes filles que chez les garçons. De vastes études nationales longitudinales auprès d'adolescents canadiens, britanniques et américains (Wade, Cairney et Pevalin, 2002) ont confirmé que cette disparité dans les taux

était observable dès l'âge de 14 ans. Les données issues de la première étude réalisée dans le cadre de cette thèse ont été obtenues auprès de 77 jeunes filles âgées en moyenne de 15 ans et elles confirment que plusieurs adolescentes ayant été victimes d'AS souffrent de dépression : 76% des participantes ont rapporté des symptômes dépressifs atteignant un niveau clinique au moment de l'évaluation ou au cours de la semaine l'ayant précédée. Ces résultats sont largement supérieurs à la prévalence obtenue lors de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé et bien-être*, où seulement 8% des adolescentes et des jeunes adultes (15-24 ans) rapportaient avoir souffert d'un épisode dépressif majeur dans les 12 mois précédant l'enquête (Statistique Canada, 2002). Les participantes à l'étude constituaient une population clinique, ce qui peut expliquer la divergence dans la prévalence. Cette prévalence élevée laisse présager la présence de troubles de santé mentale à l'âge adulte pour plusieurs adolescentes de notre étude. En effet, lorsque la dépression se manifeste à l'adolescence, elle tend à être chronique, sévère et associée à davantage de tentatives de suicide que lorsqu'elle se développe à l'âge adulte (Zisook *et al.*, 2007).

En plus de la dépression qui peut se manifester à l'adolescence, la problématique suicidaire peut aussi se développer durant cette période. Une recension des données gouvernementales américaines de même que des études épidémiologiques sur le suicide publiées entre 1997 et 2007 a estimé que la prévalence d'idées suicidaires dans les 12 derniers mois se situait entre 15% et 29% chez les 12-17 ans (Nock *et al.*, 2008). Les données recueillies dans le cadre de la présente étude révèlent que 64% des victimes présentaient des idées suicidaires au moment de la passation du questionnaire. Comparativement à la population adolescente en général, ces données sont particulièrement élevées, mais elles sont probablement explicables, une fois de plus, par la population clinique recrutée majoritairement dans les Centres jeunesse. Toutefois, ces données sont comparables à ce que d'autres auteurs ont estimé auprès d'adolescentes victimes d'AS (Eisenberg *et al.*, 2007; Martin *et al.*, 2004), ce qui confirme donc l'association entre l'AS et les idées suicidaires.

À l'instar de plusieurs études (Brent *et al.*, 1999; Brown *et al.*, 1999; Silverman, Reinherz et Giaconia, 1996; Waldrop *et al.*, 2007), les données de cette recherche doctorale corroborent que les adolescentes victimes d'AS sont davantage à risque de souffrir de dépression et d'idées suicidaires que les non-victimes. Les tentatives de suicide se sont aussi

avérées être plus fréquentes au sein des participantes: 25% des adolescentes ont rapporté avoir fait une tentative de suicide dans les 12 mois précédant la passation du questionnaire, alors que 11,7% des adolescentes et 7,2% des adolescents âgés de plus de 14 ans et ayant été sondés dans un milieu scolaire ont rapporté avoir fait une tentative de suicide durant le même laps de temps (Olshen *et al.*, 2007).

De plus, le suivi effectué dans le cadre de notre étude auprès de 52 adolescentes ayant accepté de compléter une seconde fois le questionnaire a confirmé que la présence d'idéations suicidaires pouvait perdurer sur une période d'un an. En effet, douze mois suite à l'évaluation initiale, 25% des adolescentes rapportaient penser au suicide. Puisque les idées suicidaires constituent un facteur prédictif des tentatives de suicide (Mann *et al.*, 2008) et que les tentatives augmentent considérablement le risque de suicide (Brent *et al.*, 1999; Bridge *et al.*, 2006), ces données sont inquiétantes. Conséquemment, il importe d'être en mesure d'identifier les adolescentes suicidaires ou à risque de le devenir dans le but d'orienter les interventions, ce qui constitue le sens premier de cette thèse.

5.1.2 Facteurs liés à la problématique suicidaire chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle

Un modèle conceptuel élaboré par Joiner (2005), la théorie psychologique-interpersonnelle, offre une explication relativement à l'apparition des comportements suicidaires à l'aide de trois variables. Cette théorie, qui a été validée auprès d'adultes dans différentes études (Anestis et Joiner, 2011; Joiner *et al.*, 2007; Joiner *et al.*, 2009; Van Orden *et al.*, 2008), stipule que deux composantes sont essentielles pour qu'un individu pose un geste suicidaire: la capacité de s'infliger une blessure mortelle et le désir suicidaire. Cette théorie affirme que chez les victimes d'AS, la capacité de s'infliger une blessure mortelle émane de la violence faite à leur corps et de la peur vécue lors des AS (Joiner, 2005). Il semble que le désir suicidaire découle de l'AS qui contribue à la perception d'être un fardeau et aussi à amoindrir le sentiment d'appartenance de la victime à sa famille et à son entourage (Joiner, 2005). Ainsi, certaines victimes d'AS peuvent être aux prises avec un désir suicidaire en plus de posséder la capacité de se suicider. Ces deux composantes étant essentielles pour

mener à des comportements suicidaires, le risque de tentatives de suicide ou de suicides est considérablement augmenté chez les victimes d'AS.

La théorie psychologique-interpersonnelle offre une explication relativement aux comportements suicidaires. Toutefois, il importe de documenter ce qui caractérise les adolescentes victimes d'AS qui sont aux prises avec des idées suicidaires et ce, afin de développer des interventions préventives ainsi que des interventions spécifiques aux victimes aux prises avec une problématique suicidaire. Entre 16,5% et 19,5% des tentatives de suicide chez de jeunes adultes peuvent être liées à des AS dans l'enfance et la présence d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide est plus fréquente chez des adolescents victimes d'AS que chez des non-victimes (Brown *et al.*, 1999; Martin *et al.*, 2004). Ainsi, l'identification des profils des victimes permettrait de démystifier des cibles potentielles pour l'intervention. Les trois prochaines sections dressent donc le bilan des résultats de cette recherche doctorale qui avait pour objectif de faciliter l'identification des adolescentes victimes d'AS à risque d'avoir des idées suicidaires.

5.1.3 Profils des adolescentes suicidaires

L'hétérogénéité des profils cliniques chez les victimes d'AS complique l'identification des adolescentes susceptibles d'être suicidaires (Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Paolucci *et al.*, 2001). Afin de remédier à cette lacune, un arbre de classification et de régression a été généré à l'aide des données recueillies lors de la première passation du questionnaire. L'objectif visé en effectuant cette analyse était d'obtenir différents profils documentant la présence ou l'absence d'idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'AS. Suite à cette analyse, cinq profils distincts ont été obtenus. La sévérité de la dépression et des sentiments de désespoir, de même que la présence d'un trouble de stress post-traumatique lié à l'AS constituent les trois variables permettant de départager les profils des victimes. Les caractéristiques des AS n'étant pas corrélées avec les idées suicidaires, il était justifié de les exclure de l'analyse, ce qui semble indiquer que la symptomatologie des adolescentes serait plus pertinente que les caractéristiques de l'AS vécue pour identifier les adolescentes suicidaires. À cet égard, les études antérieures ont généré des résultats mitigés relativement à l'influence des caractéristiques de l'AS sur les conséquences observés chez les

victimes (Browne et Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Naar-King *et al.*, 2002). L'absence de variabilité dans les caractéristiques des AS au sein des participantes de l'étude (p.ex., 100% des AS impliquaient un contact physique) a pu limiter l'obtention d'une association significative avec les idées suicidaires. Néanmoins, en fonction de la théorie psychologique-interpersonnelle (Joiner, 2005), il est probable que les caractéristiques de l'AS (sévérité, fréquence, etc.) influencent tant la capacité de s'infliger une blessure mortelle que le désir suicidaire.

La prévalence des trois variables départageant les profils était élevée : 76% des adolescentes présentaient une dépression clinique, 66% rapportaient des sentiments de désespoir, et près de la moitié des adolescentes souffraient d'un trouble de stress post-traumatique. Les cinq profils ont permis de classier adéquatement 85% des adolescentes suicidaires, c'est donc dire que les résultats constituent des profils valides, puisqu'ils permettent de départager les adolescentes ayant des idées suicidaires de celles affichant un profil s'apparentant davantage à la résilience. La dépression étant la conséquence la plus fréquente chez les victimes d'AS (Paolucci *et al.*, 2001), il n'est pas surprenant de constater qu'elle représente la variable permettant la classification la plus adéquate des adolescentes suicidaires et non-suicidaires. Toutefois, les résultats de cette étude démontrent que la présence ou l'absence d'une dépression facilite davantage l'identification des victimes suicidaires lorsqu'elle est considérée en combinaison avec d'autres variables, notamment avec le désespoir ou avec le trouble de stress post-traumatique. En effet, au sein de notre échantillon, 100% des adolescentes étaient suicidaires lorsque la dépression et le désespoir coexistaient. L'implication du désespoir dans la problématique suicidaire avait été confirmée par le passé, puisqu'il servait de médiateur entre l'AS et la problématique suicidaire chez les jeunes filles (Martin *et al.*, 2004). Toutefois, sa combinaison avec la dépression semble influencer les idées suicidaires, ce qui suggère possiblement un effet d'interaction plutôt qu'une médiation. Joiner (2005) a d'ailleurs mentionné que la dépression exacerbait le sentiment d'être aliéné de son entourage ou de sa famille et aussi la perception d'être un fardeau. Il est possible que le désespoir mesuré dans la présente étude se rapportait aux composantes de la théorie psychologique-interpersonnelle (désespoir face à un désir d'appartenance et à la perception d'être un fardeau) et qu'ainsi, la comorbidité avec la

dépression contribuait à augmenter le risque d'entretenir des idées suicidaires chez les victimes adolescentes.

En ce qui concerne le trouble de stress post-traumatique, lorsque que celui-ci était combiné à l'absence d'une dépression ou à une dépression modérée, une fréquence élevée d'adolescentes aux prises avec des idées suicidaires était observable. Conséquemment, le stress post-traumatique est en soi une variable liée à la présence d'idées suicidaires. Toutefois, le stress post-traumatique serait exacerbé par un état dépressif antérieur au trauma qui engendrerait le développement d'une problématique suicidaire (Krysinska et Lester, 2010), ce qui laisserait entrevoir à nouveau un effet d'interaction au sein des profils des adolescentes obtenus, du moins chez les adolescentes présentant des symptômes dépressifs. Des études antérieures (Krysinska et Lester, 2010) ont avancé que le lien entre le stress post-traumatique et les idées suicidaires était dû, du moins en partie, à l'apport de médiateurs, tels que des troubles psychiatriques. Ceci expliquerait donc la présence d'un trouble de stress post-traumatique chez les participantes n'ayant aucun symptôme dépressif, mais présentant probablement un autre trouble psychiatrique. Finalement, à la lumière de ces résultats, il est possible que ce soit le désespoir, le trauma engendré par l'AS ou encore l'interaction entre chacune de ces variables et les symptômes dépressifs qui contribue à exacerber les idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'AS.

De plus, les analyses effectuées ont révélé d'autres résultats pertinents, notamment que certaines adolescentes étaient plutôt résilientes puisqu'elles présentaient moins de symptômes comparativement aux autres participantes et que peu d'entre elles rapportaient des idées suicidaires. Ces adolescentes se distinguaient par l'absence d'une dépression ou une dépression modérée, l'absence d'un trouble de stress post-traumatique, et un niveau de désespoir se situant davantage dans les normes. Il est donc possible que ces adolescentes soient réellement résilientes, du moins en ce qui concerne les symptômes à l'étude, mais la littérature traitant de l'AS indique que certaines victimes n'entretiennent pas ou peu de symptômes suite à une AS et que certaines d'entre elles développeront ultérieurement des symptômes plus sévères (Putnam, 2003).

En ayant documenté ces cinq profils, l'identification des victimes suicidaires est facilitée et il devient donc possible de développer des méthodes d'évaluation et d'intervention adaptées en fonction des caractéristiques identifiées dans les différents profils. Afin d'augmenter la spécificité des interventions à préconiser auprès des adolescentes victimes d'AS, cette recherche doctorale visait en plus l'identification des facteurs prédictifs des idées suicidaires suite à un délai d'un an.

5.1.4 Prédiction des idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle

Bien que le risque accru de comportements suicidaires chez les individus ayant vécu un trauma et souffrant d'un trouble de stress post-traumatique ait été confirmé (Krysinska, Lester et Martin, 2009), le rôle du stress post-traumatique est presque absent des écrits portant sur les facteurs de risque pour le suicide (Krysinska et Lester, 2010). Qui plus est, une lacune dans la littérature concernant l'augmentation du risque suicidaire chez les victimes de trauma a été notée (Krysinska et Lester, 2010). Ainsi, la seconde étude réalisée dans le cadre de cette thèse est, à notre connaissance, la première à avoir documenté l'importance du stress post-traumatique en lien avec la prédiction des idées suicidaires chez les survivantes d'une AS. Les études auprès de vétérans ont révélé que le stress post-traumatique était lié aux idées et aux tentatives suicidaires. Donc, puisque le stress post-traumatique est une conséquence fréquente de l'AS et qu'il permet de départager les profils des survivantes adolescentes en matière d'idées suicidaires (Brabant, Hébert et Chagnon, sous presse), il était possible qu'il permette de prédire la présence d'idées suicidaires chez les victimes d'AS.

Afin d'investiguer la valeur prédictive du stress post-traumatique en ce qui concerne les idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'AS, une régression binomiale inversée a été réalisée. La présence d'idées suicidaires suite à une période de 12 mois a été prédite à l'aide de facteurs prédictifs mesurés au temps 1. Les résultats ont indiqué que l'âge, de même que les symptômes dépressifs et de stress post-traumatique prédisaient les idées suicidaires douze mois plus tard. Contrairement à la littérature sur le suicide qui stipule que la présence d'une tentative de suicide antérieure constitue, en soi, le meilleur facteur prédictif des idées suicidaires (Joiner, 2005), notre étude a démontré que les victimes adolescentes d'AS formaient un groupe distinct, puisque la présence d'une tentative antérieure n'avait aucune

valeur prédictive lorsque le stress post-traumatique lié à l'AS était inclus dans la régression. Ainsi, d'autres variables spécifiques aux victimes d'AS semblent davantage importantes pour prédire les idées suicidaires chez ces adolescentes. En particulier, les symptômes de stress post-traumatique liés à l'AS s'avèrent être un facteur prédictif majeur des idées suicidaires; ceux-ci augmentaient de presque trois fois le risque d'entretenir des idées suicidaires. D'ailleurs, ces résultats corroborent ceux obtenus lors d'études auprès d'adolescents (Mazza, 2000; Waldrop *et al.*, 2007) et qui avaient préalablement indiqué que le trouble de stress post-traumatique doublait le risque d'idées suicidaires, et aussi ceux d'études auprès des vétérans qui avaient confirmé l'association du stress post-traumatique avec la problématique suicidaire (Krysinska et Lester, 2010). Qui plus est, notre étude témoigne, tout comme dans ces études antérieures (Mazza, 2000), que le stress post-traumatique prédit les idées suicidaires même en contrôlant pour la dépression et que conséquemment, il entretient un lien unique avec la problématique suicidaire qui ne s'explique pas par la présence de symptômes dépressifs. Toutefois, les symptômes dépressifs ont aussi leur importance relativement à la prédiction des idées suicidaires chez les victimes d'AS. En conformité avec les études passées (Mazza, 2000; Waldrop *et al.*, 2007), leur rôle dans la prédiction des idées suicidaires chez des adolescents a été confirmé au sein de notre étude, puisqu'ils doubleraient le risque d'avoir des idées suicidaires.

L'ensemble de ces résultats indique qu'afin d'évaluer la présence d'idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'AS, la symptomatologie des adolescentes devraient être investiguée, notamment le stress post-traumatique, la dépression et le désespoir. Comparativement à la présence de tentatives de suicide antérieures, la symptomatologie des victimes adolescentes serait un meilleur facteur prédictif à court terme (12 mois) des idées suicidaires, mais il est possible qu'à plus longue échéance, la présence de tentatives de suicide gagne en importance. En effet, malgré l'absence d'une valeur prédictive des tentatives suicidaires antérieures sur les idées suicidaires au sein des participantes, selon la théorie psychologique-interpersonnelle (Joiner, 2005) et les études antérieures (Brent *et al.*, 1999; Bridge, Goldstein et Brent, 2006), l'apport de la tentative de suicide serait non-négligeable en matière de prédiction du risque suicidaire chez la population en général. Joiner (2005) suppose que par les tentatives passées, la victime développe une tolérance à la douleur et à la

peur associées à des blessures auto-infligées et qu'ainsi, elle risque de commettre des tentatives de suicide de plus en plus létales et même de s'enlever la vie. Conséquemment, l'investigation de la présence de tentatives de suicide antérieures demeure essentielle afin d'obtenir un indicateur du risque suicidaire en fonction de la capacité acquise de l'individu à s'infliger une blessure mortelle (Joiner, 2005).

Qui plus est, en fonction de la théorie psychologique-interpersonnelle (Joiner, 2005), il est possible que les participantes à cette recherche doctorale soient davantage à risque suicidaire, puisqu'elles ont été victimes d'AS multiples impliquant un contact physique de la part d'un membre de la famille. Ces AS ont pu restreindre le développement d'un sentiment d'appartenance, favoriser la perception d'être un fardeau, donc amplifier le désir suicidaire et simultanément augmenter la capacité de se suicider de par les contacts physiques douloureux et la peur engendrée lors des AS.

Cette étude confirme donc que les adolescentes ayant été victimes d'AS constituent une population à risque suicidaire et qu'ainsi, l'évaluation du risque d'entretenir des idées suicidaires sur une période d'un an doit prendre en considération leur symptomatologie avant même de s'attarder à l'historique de tentatives de suicide. Notamment, les symptômes dépressifs et de stress post-traumatique devraient être au premier plan de cette évaluation, puisqu'ils augmentent significativement le risque qu'une adolescente entretienne des idées suicidaires. Ces résultats offrent des pistes d'intervention; ils confirment l'importance d'intervenir rapidement sur le trauma engendré par l'AS, puisque ce trauma constitue la variable augmentant le plus dramatiquement le risque qu'une adolescente victime d'AS soit aux prises avec des idées suicidaires.

5.2 Autres contributions de la thèse

Cette recherche doctorale contribue à la compréhension de l'AS chez les adolescentes tant au plan méthodologique, conceptuel, que théorique. En effet, au plan méthodologique, cette thèse a explorée la présence d'idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'AS de façon prospective lors de deux passations d'une sélection de questionnaires auto-rapportés. L'un des objectifs de cette recherche doctorale était donc de prédire la présence d'idées

suicidaires sur une période d'un an et par le fait même, d'investiguer si les idées suicidaires perduraient chez les victimes. Les résultats ont confirmé que les idées suicidaires de plusieurs adolescentes persistaient sur une période d'un an. De plus, l'identification des facteurs prédictifs offre des pistes relativement aux cibles d'interventions à privilégier pour enrayer les idées suicidaires, notamment les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs. Une étude antérieure a démontré que plusieurs adultes aux prises avec des idées suicidaires à l'âge adulte avaient aussi eu des idées suicidaires durant leur adolescence et que cette combinaison augmentait le risque qu'ils tentent de s'enlever la vie (Brezo *et al.*, 2007). Sachant que les idées suicidaires perdurent chez certaines adolescentes victimes d'AS et que ces dernières sont à risque d'entretenir de telles idées à nouveau à l'âge adulte, ce qui augmenterait le risque de tentative de suicide, une intervention rapide auprès de cette population est essentielle. Cette intervention devrait cibler les facteurs prédictifs identifiés et tenter d'outiller l'adolescente face à ses idées suicidaires afin de remédier à leur apparition subséquente.

De plus, les méthodes statistiques utilisées dans les deux articles empiriques sont rarement présentes dans la littérature portant sur l'AS ou le suicide et elles ont été sélectionnées en fonction de leurs propriétés statistiques en lien avec les données récoltées et des objectifs visés par cette recherche. Dans le premier article empirique, les données ont été analysées à l'aide d'un arbre de classification et de régression, une analyse peu utilisée, probablement parce que son utilité est méconnue (Lemon *et al.*, 2003). Toutefois, cette analyse offre la possibilité de mieux comprendre l'hétérogénéité des profils, elle génère une présentation visuelle des résultats qui en facilite l'interprétation et elle favorise l'identification de populations à risque, tout en ayant des propriétés statistiques adéquates (Lemon *et al.*, 2003). Dans le second article empirique, la régression binomiale inversée a été préférée à une régression standard et ce, afin de mettre de l'avant une analyse statistiquement plus rigoureuse prenant en considération les particularités de la distribution et de la variance de la variable dépendante (Atkins et Gallop, 2007).

De manière générale, la méthodologie utilisée dans les trois articles de cette thèse a permis de cerner l'état des connaissances en matière d'idéations suicidaires chez les adolescentes rapportant une AS et aussi d'identifier les variables d'importance relativement

aux profils cliniques des adolescentes ayant vécu une AS et à la prédiction des idées suicidaires sur une période d'un an. Comparativement à d'autres études, cette recherche doctorale a documenté les idées suicidaires, de même que plusieurs autres variables incluses dans les analyses à l'aide d'outils validés regroupant plusieurs questions, plutôt qu'en utilisant des questions développées spécifiquement pour une seule recherche, ce qui augmente la rigueur méthodologique de cette recherche. De plus, contrairement à des études ayant recours une définition restreinte de l'AS (Eisenberg *et al.*, 2007; Fletcher, 2009; Lipschitz *et al.*, 1999; Ystgaard *et al.*, 2004), la définition qui a été utilisée dans cette recherche doctorale regroupait un vaste éventail de gestes à caractères sexuel, sans restrictions relatives à la présence de contacts physiques ou à la différence d'âge entre la victime et son agresseur, ce qui aurait engendré l'exclusion de certaines participantes ayant été agressées sexuellement.

Au plan conceptuel, notre étude était la première à investiguer l'influence des symptômes de stress post-traumatique sur les idées suicidaires chez des adolescentes victimes d'AS. Les études effectuées auprès de vétérans avaient auparavant conclu que le stress post-traumatique était lié aux idées suicidaires (Krysinska et Lester, 2010), mais le peu de recherches s'étant intéressées aux adolescents s'étaient avérées contradictoires (Dilsaver *et al.*, 2007; Mazza, 2000; Waldrop *et al.*, 2007). La présence du stress post-traumatique étant observée chez plusieurs victimes d'AS, cette variable pouvait constituer un facteur de risque pour la problématique suicidaire chez les survivantes à une AS, ce qui a d'ailleurs été confirmé dans cette thèse. Par définition, le stress post-traumatique constitue une souffrance psychologique au sens de Shneidman (1996), et selon Joiner (2005), cette souffrance psychologique serait similaire au désespoir décrit par Beck et ses collègues (1985; 1990), donc aussi aux composantes du désir suicidaire de la théorie psychologique-interpersonnelle (2005). Conséquemment, la valeur du stress post-traumatique au sein de la théorie de Joiner semble indéniable et cette variable pourrait être davantage explorée en lien avec cette théorie, d'autant plus que Ribeiro et Joiner (2009) ont mentionné que d'autres variables pourraient bonifier cette théorie.

Enfin, au plan théorique, la recension des écrits réalisée a mis en lumière que la théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner (2005) constituait une explication pertinente

du développement de la problématique suicidaire chez les adolescentes victimes d'AS et qu'elle offrait des perspectives intéressantes relativement à l'intervention auprès de cette population. L'apport de cette théorie repose sur les concepts justifiant le développement des comportements suicidaires, notamment le besoin non-comblé d'appartenance, la perception d'être un fardeau et la capacité de se suicider. Toutefois, bien que cette théorie ait été validée auprès de victimes adultes (Joiner *et al.*, 2009; Van Orden *et al.*, 2008), des études supplémentaires auprès des victimes adolescentes sont requises afin de confirmer sa validité. Par contre, cette recherche doctorale laisse présager que de telles études seront en mesure de confirmer la validité de certaines des composantes de cette théorie auprès d'adolescents. En effet, les symptômes de stress post-traumatique se sont avérés être des variables d'importance au sein des deux études réalisées dans le cadre de cette thèse. Ces symptômes apparaissent suite à l'exposition à un événement traumatisant durant lequel une personne a ressenti une peur intense ou une menace à son intégrité physique (American Psychiatric Association, 2000). Ainsi, les éléments précurseurs des symptômes de stress post-traumatique s'apparentent aux conditions engendrant la capacité de s'infliger une blessure mortelle telle que stipulée par Joiner, soit la peur et la douleur.

5.3 Limites de l'étude et perspectives de recherche

Nonobstant l'apport considérable de cette thèse relativement aux conséquences de l'AS chez les adolescentes, plus particulièrement la dépression et les idées suicidaires, ce projet de recherche comporte certaines limites. Premièrement, plusieurs participantes étaient issues d'un milieu clinique, les Centres jeunesse, ce qui ne permet donc pas de généraliser les résultats à l'ensemble des adolescentes ayant vécu une AS. Qui plus est, il est possible que les interventions en Centre jeunesse et au CIASF aient influencé les symptômes des adolescentes et l'impact spécifique de ces interventions n'a pas été mesuré, bien qu'il ait été contrôlé dans les analyses. De plus, la plupart des participantes ont vécu une AS qualifiée de sévère et ayant été perpétrée par un membre de la famille immédiate dans 70% des cas, ce qui a pu influencer la symptomatologie des participantes. En effet, certaines études ont documenté que des AS plus sévères étaient liées à une plus grande détresse psychologique (Cantón-Cortés et Cantón, 2010; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Putnam, 2003; Tyler, 2002).

Tout comme la vaste majorité des études publiées dans le domaine de l'AS, le devis transversal ne permet pas de conclure à des relations de cause à effet entre l'AS et la dépression et les idées suicidaires. De plus, les données quant aux AS vécues ont été obtenues de manière rétrospective, ce qui peut avoir engendré un biais dans les informations fournies par les adolescentes.

Afin de remédier à ces lacunes, les études futures bénéficieraient de l'utilisation d'un devis longitudinal pour ainsi obtenir la séquence développementale de ces problématiques chez les victimes. Par ailleurs, l'apport d'un éventail plus vaste de facteurs de risque ou de protection pourrait être mesuré dans les études futures comportant un nombre plus important de participants. Entre autres, des facteurs familiaux (p.ex., présence de troubles de santé mentale chez les parents, l'unité au sein de la famille) et environnementaux (p.ex., milieu de vie) sont connus pour être impliqués dans la problématique suicidaire; leur investigation chez les victimes permettrait très certainement de documenter les mécanismes impliqués dans la développement de la problématique suicidaire (Rogers, 2003) et d'augmenter la spécificité des interventions à préconiser auprès des victimes adolescentes (Cash et Bridge, 2009).

De plus, certains auteurs prétendent que l'AS contribue de manière indépendante à la problématique suicidaire (Esposito et Clum, 2002; Evans, Hawton et Rodham, 2005; Turner *et al.*, 2006; Waldrop *et al.*, 2007), alors que des variables médiatrices ont permis d'expliquer les associations entre l'AS et cette problématique (Martin *et al.*, 2004; Sigfusdottir *et al.*, 2008). Conséquemment, il est possible qu'en étudiant les mécanismes de développement des idées suicidaires chez les victimes, les auteurs puissent déterminer que certaines conséquences engendrées par l'AS contribuent à la vulnérabilité de l'individu et que ce soit ces séquelles qui influencent l'apparition de la dépression et des idées suicidaires. D'ailleurs, la théorie psychologique-interpersonnelle de Joiner (2005) n'a été validée qu'auprès de populations adultes et il pourrait être fort intéressant d'investiguer sa validité auprès d'adolescents rapportant une AS afin d'investiguer si les composantes de cette théorie s'avèrent tout aussi importantes que chez les adultes et si elles peuvent fournir une explication relativement au développement du désir suicidaire et des comportements suicidaires. De plus, les études réalisées dans le cadre de cette thèse ont démontré l'implication du stress post-traumatique en lien avec les idées suicidaires. L'investigation du

stress post-traumatique relativement à la présence des comportements suicidaires pourrait s'avérer très intéressante. En effet, puisque le stress post-traumatique survient suite à un événement traumatisant durant lequel la personne a ressenti une peur intense ou encore une menace à son intégrité physique (*American Psychiatric Association*, 2000), il pourrait constituer un facteur influençant le développement de la capacité de s'infliger une blessure mortelle.

En dernier lieu, cette thèse n'a considéré que la violence sexuelle, alors que plusieurs études ont identifié que les AS se produisaient fréquemment de manière concomitante avec d'autres types de maltraitance, ce qui influencerait la sévérité des symptômes (*Arata et al.*, 2007). Il est donc probable que plusieurs des adolescentes ayant participé à cette recherche doctorale aient subi des mauvais traitements physiques ou psychologiques dans leur passé, en plus de l'AS. Les études ont démontré que la présence simultanée de l'AS et d'autres types de maltraitance avait des effets additifs et était liée à davantage de difficultés tant chez les adolescents que chez les adultes, notamment à la problématique suicidaire (*Gutierrez, Thakkar et Kuczen*, 2000; *Johnson et al.*, 2002). Les études futures investiguant la présence concomitante de divers types de maltraitance en lien avec la dépression et les idées suicidaires pourront contrôler pour les effets associés uniquement à l'AS et aussi identifier des profils cliniques liés à la polyvictimisation.

5.4 Conclusion et implications pour l'intervention

Tout comme les études antérieures effectuées dans le domaine de l'AS (*Bergen et al.*, 2003; *Brown et al.*, 1999; *Choquet et al.*, 1997; *Fletcher*, 2009), les résultats de cette recherche doctorale confirment que l'AS est associée à une prévalence élevée de la dépression et des idées suicidaires chez les adolescentes. Cette thèse a permis de déterminer les profils cliniques des adolescentes victimes d'AS afin de pouvoir faciliter l'identification des victimes aux prises avec une problématique suicidaire qui, selon plusieurs recherches, pourrait perdurer (*Brezo et al.*, 2008; *Molnar et al.*, 2001). La documentation des facteurs prédictifs des idées suicidaires au cours d'une période d'une année est un apport considérable au domaine de l'AS et du suicide notamment parce que ces facteurs constituent des symptômes pour lesquels un traitement pourrait s'avérer efficace afin de réduire ou d'enrayer

les idéations suicidaires. En bref, les deux études réalisées indiquent sans équivoque l'importance d'investiguer la symptomatologie des adolescentes ayant dévoilé une AS, particulièrement les symptômes dépressifs et de stress post-traumatique découlant de l'AS chez les victimes. De plus, à la lumière des résultats obtenus dans cette recherche doctorale, les adolescentes victimes d'AS entretenant des idées suicidaires présentent des profils cliniques distincts des adolescentes victimes d'AS n'étant pas aux prises avec des idées suicidaires, ce qui réitère l'importance de développer des interventions prenant en considération les besoins spécifiques de cette population.

Toutefois, malgré les données obtenues facilitant l'identification des victimes à risque, il n'en demeure pas moins qu'en ce qui concerne l'intervention, il n'existe pas de traitement spécifiquement développé pour les adolescentes ayant dévoilé une AS et étant suicidaires. Ainsi, la plupart des interventions ciblent l'une ou l'autre de ces problématiques : soit l'AS ou les comportements suicidaires.

5.4.1 Interventions pour les adolescents suicidaires

Il existe plusieurs interventions pour les adolescents suicidaires et certaines sont adaptées de traitements instaurés auprès d'adultes. Toutefois, le contexte développemental des adolescents (p.ex., amis, famille, école) est particulier et ainsi, les interventions développées pour les adultes risquent de ne pas répondre à leurs besoins spécifiques (Daniel et Goldston, 2009). De plus, les adolescents suicidaires ne forment pas un groupe homogène : ils se distinguent au niveau de leur histoire de vie, de leur profil clinique, de leur âge et de la sévérité des comportements suicidaires, ce qui implique que les interventions doivent être appropriées pour chaque individu (Daniel et Goldston, 2009).

Dans le cadre d'une recension récente sur les interventions offertes aux adolescents présentant des comportements suicidaires, Daniel et Goldston (2009) ont documenté que les interventions actuelles offertes aux adolescents consistaient majoritairement à remédier à la détresse de l'adolescent et à prévenir d'éventuels comportements suicidaires. Ils ont identifié que les programmes orientés vers l'apprentissage d'habiletés de résolution de problèmes peuvent permettre aux adolescents de trouver une solution alternative aux comportements

suicidaires lorsqu'ils sont confrontés à une situation à risque (Daniel et Goldston, 2009). L'implication des parents semble être un facteur essentiel ayant un impact sur la motivation de l'adolescent et la poursuite de la thérapie, en plus d'être utile dans la mise en place d'un plan de sécurité pour la personne suicidaire (Daniel et Goldston, 2009). Par contre, en ce qui concerne les participantes à cette recherche doctorale, on constate que plusieurs d'entre elles entretiennent des idées suicidaires alors qu'elles n'ont pas tenté de s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois. Ainsi, il importe d'intervenir spécifiquement sur les idées suicidaires plutôt que sur les gestes suicidaires, d'autant plus qu'en consultant la littérature sur le suicide, il semble que certaines interventions permettant de réduire le nombre de tentatives de suicide n'engendrent pas une diminution des idées suicidaires (Nock *et al.*, 2008).

Malgré certaines lacunes dans les interventions, un traitement s'offre aux adolescents suicidaires. La thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993a, 1993b) a été adaptée pour les adolescents par Miller, Rathus et Linehan (DBT-A; 2007). Lors d'une investigation quasi-expérimentale et d'un essai clinique auprès d'adolescents suicidaires présentant des caractéristiques du trouble de personnalité limite, la DBT-A s'est avérée efficace pour réduire les idées suicidaires, les comportements suicidaires et les symptômes dépressifs (Fleischhaker *et al.*, 2011; Rathus et Miller, 2002). La DBT-A a pour objectif d'aider l'adolescent à acquérir la capacité de gérer de fortes émotions sans avoir recours à des comportements destructeurs (Miller *et al.*, 2007). D'ailleurs, Joiner (2005) affirme qu'en ciblant les capacités de régulation émotionnelle, on intervient sur la capacité de s'infliger une blessure mortelle, puisqu'une régulation émotionnelle inadéquate est davantage liée à des situations de provocations où l'individu risque d'être exposé à de la douleur. Cette absence de régulation émotionnelle prédispose aussi un individu à des difficultés interpersonnelles, donc possiblement à la perception d'être un fardeau pour sa famille, en plus de diminuer son sentiment d'appartenance (Joiner, 2005). D'ailleurs, en s'appuyant sur la théorie psychologique-interpersonnelle (Joiner, 2005), il semble que comparativement à la capacité de s'infliger une blessure mortelle qui est relativement stable, la perception d'être un fardeau et le sentiment d'appartenance non-comblé sont plus malléables et pourraient ainsi être ciblés dans les interventions de crise et les interventions à plus long terme.

Puisque des auteurs ont affirmé que l'association entre la dépression à l'adolescence et des comportements suicidaires à l'âge adulte était en fait liée à la présence d'un trouble dépressif majeur à l'âge adulte, les interventions ciblant la réduction des symptômes dépressifs pourrait permettre de réduire les idées suicidaires (Aglan *et al.*, 2008). Toutefois, peu de données empiriques ont confirmé que le traitement de la dépression dans l'objectif de remédier aux comportements suicidaires était efficace (Miller *et al.*, 2007). Néanmoins, une vaste étude ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité de diverses modalités d'intervention pour la dépression majeure a été réalisée auprès de 327 adolescents (March *et al.*, 2007). Cette étude a conclu que la combinaison d'une médication et d'une thérapie d'orientation cognitivo-comportementale était plus efficace que chacune de ces modalités dispensée séparément et qu'elle permettait de réduire les idées suicidaires chez les adolescents (March *et al.*, 2007). Conséquemment, les symptômes dépressifs et les idées suicidaires constituent probablement deux problématiques pour lesquelles un traitement est nécessaire et pourrait engendrer des résultats positifs.

5.4.2 Interventions pour les victimes d'agression sexuelle

Parmi les interventions pour les adolescents victimes d'AS, la *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT; Cohen *et al.*, 2006) fait partie des pratiques exemplaires auprès des enfants et des adolescents (Hébert, Bernier et Simoneau, 2011; Saunders, Berliner et Hanson, 2004). La TF-CBT est une thérapie axée sur le trauma qui cible entre autres la diminution des symptômes de stress post-traumatique, la reconnaissance et l'expression des émotions, la restructuration cognitive, l'exposition graduelle aux souvenirs du trauma et l'optimisation des habiletés parentales. Cependant, il demeure impératif d'assurer la sécurité des adolescentes suicidaires, donc d'intervenir préalablement sur les idées et les comportements suicidaires avant d'aborder le trauma sexuel (Cohen *et al.*, 2006). Chez les victimes d'AS, une fois les idées et les comportements suicidaires sous contrôle, le trauma doit nécessairement être adressé afin de le résoudre et ainsi éviter que l'adolescent ait à nouveau de idées ou des comportements suicidaires lorsqu'il sera confronté à une autre situation stressante (Miller *et al.*, 2007).

5.4.3 Interventions pour les adolescentes victimes d'agression sexuelle étant suicidaires

Les résultats de cette recherche doctorale indiquent qu'il importe d'identifier les adolescentes à risque suicidaire et ce, en mesurant les symptômes liés aux idées suicidaires, notamment le stress post-traumatique, la dépression et le désespoir. L'évaluation de ces symptômes devrait être réalisée en employant des mesures validées développées à cet effet (Joiner et Ribeiro, 2011). De plus, la présence des composantes de la théorie psychologique-interpersonnelle (désir suicidaire: besoin d'appartenance non-comblé, perception d'être un fardeau pour son entourage; et la capacité de s'infliger une blessure mortelle: tolérance à la peur et à la douleur) devrait être explorée chez les victimes et par la suite adressée dans le cadre des interventions. À cet égard, dans le cadre des interventions cognitivo-comportementales ciblant la dépression et les symptômes de stress post-traumatique, le sentiment d'appartenance et la perception d'être un fardeau pour son entourage devraient être abordés afin de diminuer le désir suicidaire (Joiner et Van Orden, 2008) et par le fait même, d'augmenter les facteurs de protection tels qu'entretenir des liens étroits avec les membres de la famille (Eisenberg *et al.*, 2007). Ainsi, les interventions pour les victimes d'AS étant suicidaires devraient inclure préalablement des composantes de la DBT-A afin de favoriser l'apprentissage de la régulation émotionnelle. Par la suite, le traitement visant plus directement le trauma à l'aide de la TF-CBT pourra être considéré.

Cependant, l'identification des victimes à risque suicidaire demeure une étape préalable à l'intervention. Au Québec, 34% des suicides chez les jeunes entre 1995 et 2000 ont été faits par des adolescents qui avaient bénéficié de services des Centres jeunesse (Renaud *et al.*, 2005). Puisque cette population est davantage vulnérable, ce qui a d'ailleurs été démontré dans cette thèse, les intervenants dans ces milieux devraient être mieux outillés afin de pouvoir identifier les adolescents à risque suicidaire et ainsi les référer à des professionnels en santé mentale afin que ces jeunes bénéficient d'une intervention.

Finalement, bien qu'il soit encourageant de constater une réduction du taux de suicides chez les adolescents au cours des dernières années (Gagné *et al.*, 2011), les résultats de cette recherche confirment que plusieurs adolescents sont aux prises avec des troubles de santé mentale, notamment la dépression, des symptômes de stress post-traumatique et des

idées suicidaires. Il reste donc encore beaucoup à faire en matière de prévention et d'intervention pour contribuer au bien-être des adolescents et ainsi leur offrir la possibilité de s'épanouir dans le futur.

APPENDICES A

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT Pour les participantes du groupe d'adolescentes victimes d'agression sexuelle

ÉVALUATION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES OFFERTS AUX VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Chercheurs: Marie-Eve Brabant, étudiante au doctorat
Martine Hébert, Ph.D.
François Chagnon, Ph.D.

Ce projet est financé par le CRIPCAS.

Nous vous invitons à participer à une étude portant sur le profil des adolescentes sollicitant des services d'intervention au CIASF, au Centre Jeunesse Montréal ou au Centre Jeunesse de la Montérégie et sur divers facteurs pouvant influencer les profils. L'évolution des profils sera prise en considération sur une période d'un an.

Formulaire de consentement destiné au parent de l'adolescente

Je (prénom-s et nom-s du parent responsable) _____, soussigné, consens librement à ce que mon enfant _____, soussigné, participe à la recherche intitulée: Évaluation des besoins de la clientèle et des services offerts aux victimes d'agression sexuelle.

Je comprends que:

1. La recherche a pour but d'identifier le profil de développement des adolescentes ayant subi une agression sexuelle et de mieux répondre aux besoins de ces jeunes au sein de l'intervention et des services offerts. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces adolescentes et de pouvoir mettre en place des services adaptés.
2. Cette étude permet de documenter les caractéristiques et les besoins des services avant le début de la thérapie de groupe de même que l'impact de ces rencontres à court et moyen terme. Ainsi, il sera possible de faire des recommandations sur les composantes les plus efficaces de l'intervention et de proposer, s'il y a lieu, des ajustements sur certaines cibles visées par le programme.

3. L'étude prend la forme d'une enquête où l'adolescente sera invitée à remplir un questionnaire d'environ 90 minutes à trois reprises, lors d'entrevues échelonnées sur une période d'un an.
4. Lors de la rencontre, l'adolescente complètera un questionnaire en présence d'une assistante de recherche. Ce questionnaire comprend une série de questions portant sur divers aspects de sa vie, dont les aspects suivants: (1) des renseignements généraux; (2) des comportements et des activités dans sa vie quotidienne; (3) des pensées et des perceptions sur divers aspects de sa vie dont la relation avec ses parents; (4) les principaux événements importants vécus dans l'enfance et l'adolescence; (5) l'abus sexuel vécu en lien avec la demande de services; (6) des sentiments de détresse; et (7) les personnes importantes de l'entourage.
5. L'adolescente pourra se retirer de cette recherche en tout temps, sans obligation de sa part et sans préjudice. Plus précisément, sa décision de cesser de participer à l'étude n'aura pas d'effet sur les services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir.
6. Les avantages personnels de la participation à cette étude sont liés au fait qu'elle offre l'occasion d'un examen des divers aspects de la situation de vie actuelle et des changements pouvant s'y produire au cours de la durée de la recherche. Toutefois, il est possible que l'entrevue crée un certain inconfort. L'adolescente pourra alors en discuter avec l'assistante de recherche/intervenante ou être référée pour de l'aide si nécessaire. J'ai également été informée que l'adolescente peut demander à l'assistante de recherche de lui donner une liste de ressources d'aide pertinentes qu'elle pourra contacter, si elle le souhaite.
7. En ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements fournis, l'information obtenue sera traitée de façon strictement confidentielle. Plus spécifiquement: 1) le nom n'apparaîtra sur aucun rapport; 2) un code sera utilisé sur les divers instruments employés dans l'étude; 3) seuls les chercheurs auront accès à la liste des noms et des codes; et 4) en aucun cas, les résultats individuels ne seront communiqués à qui que ce soit en dehors de l'équipe de recherche et de l'intervenante ou l'intervenant responsable de l'adolescente. Les seules exceptions en vertu de la loi sont à l'effet que les membres de l'équipe de recherche sont tenus: 1) de dévoiler tout abus sexuel que l'adolescente nous dévoilerait et qui serait vécu durant la période de participation à l'étude; 2) de signaler l'adolescente aux autorités compétentes dans l'éventualité où sa vie serait en danger
8. Un rapport synthèse présentant le profil psychologique obtenu à partir des résultats des tests sera transmis et expliqué à l'intervenante ou l'intervenant responsable de l'adolescente. L'intervenante ou l'intervenant veillera à respecter le caractère confidentiel des informations en respectant le code d'éthique qui lui est dicté par sa profession. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions, dans des présentations scientifiques ou faire l'objet de thèses ou de mémoires, produits par des étudiantes et étudiants, et de publications dans des revues scientifiques ou de transfert. Les données seront détruites cinq ans après la publication du rapport final de recherche (en 2015).

9. Cette recherche est réalisée par Marie-Eve Brabant, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, (UQAM) Martine Hébert du département de sexologie de l'UQAM et François Chagnon, professeur au département de psychologie de l'UQAM. Les données de cette recherche pourront également être utilisées dans le cadre des projets de recherches d'étudiantes et d'étudiants de maîtrise ou doctorat qui seraient dirigés par Martine Hébert ou François Chagnon. Chaque projet étudiant doit toutefois recevoir l'acceptation du comité d'éthique de l'Université.
10. Mon adolescente recevra une compensation sous forme de certificat-cadeau d'une valeur de 10 \$ pour sa participation à l'étude et ce lors de chacune des entrevues.
11. Si j'ai des questions à propos de l'étude ou si je veux quitter l'étude, je peux rejoindre une des deux personnes responsables aux numéros de téléphone suivants: Marie-Eve Brabant 514-987-3000 poste 1253 et Martine Hébert 514-987-3000 poste 5697. Je suis informé(e) que ce projet a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR). Si j'ai des questions concernant les responsabilités de la chercheuse au plan de l'éthique de la recherche ou si je veux formuler une plainte, je peux faire valoir ma situation auprès du Président du Comité, Joseph Josy Lévy. Il peut être joint au numéro (514) 987-3000 poste 4483 ou par courriel à l'adresse : levy.joseph_josy@uqam.ca. Il peut également être joint au numéro (514) 987-3000 poste 7753.
12. L'assistante de recherche est autorisée à obtenir le consentement si nécessaire. Pour que votre enfant participe à l'étude, nous devons obtenir votre consentement écrit et votre enfant doit aussi être en accord.

Entente lue et signée ce (date) _____ 200__

Par : _____ (Parent ou représentant légal)

_____ (Adolescente)

_____ (Assistante de recherche)

APPENDICE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
Pour les participantes du groupe d'adolescentes victimes d'agression sexuelle**ÉVALUATION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE ET DES SERVICES OFFERTS AUX VICTIMES**
D'AGRESSION SEXUELLE

Chercheurs: Marie-Eve Brabant, étudiante au doctorat
Martine Hébert, Ph.D.
François Chagnon, Ph.D.

Ce projet est financé par le CRIPCAS.

Nous vous invitons à participer à une étude portant sur le profil des adolescentes sollicitant des services d'intervention au CIASF, au Centre Jeunesse Montréal ou au Centre Jeunesse de la Montérégie et sur divers facteurs pouvant influencer les profils. L'évolution des profils sera prise en considération sur une période d'un an.

Formulaire de consentement destiné à l'adolescente

Je (mon prénom et mon nom) _____, soussignée, consens librement à participer à la recherche intitulée: Évaluation des besoins de la clientèle et des services offerts aux victimes d'agression sexuelle.

Je comprends que:

1. La recherche a pour but d'identifier le profil de développement des adolescentes ayant subi une agression sexuelle. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces adolescentes et de pouvoir mettre en place des services adaptés.
2. Cette étude permet de documenter les caractéristiques et les besoins des services avant le début de la thérapie de groupe de même que l'impact de ces rencontres à court et moyen terme. Ainsi, il sera possible de faire des recommandations sur les composantes les plus efficaces de l'intervention et de proposer, s'il y a lieu, des ajustements sur certaines cibles visées par le programme.
3. L'étude prend la forme d'une enquête où je serai invitée à remplir un questionnaire d'environ 90 minutes à trois reprises, lors d'entrevues échelonnées sur une période d'un an.

4. Lors de la rencontre, je compléterai un questionnaire en présence d'une assistante de recherche/intervenante. Ce questionnaire comprend une série de questions portant sur divers aspects de ma vie, dont les aspects suivants: (1) des renseignements généraux; (2) des comportements et des activités dans ma vie quotidienne; (3) des pensées et des perceptions sur divers aspects de ma vie dont la relation avec mes parents; (4) les principaux événements importants vécus dans l'enfance et l'adolescence; (5) l'abus sexuel vécu en lien avec la demande de services; (6) des sentiments de détresse; et (7) les personnes importantes de mon entourage.
5. Je pourrai me retirer de cette recherche en tout temps, sans obligation de ma part et sans préjudice. Plus précisément, ma décision de cesser de participer à l'étude n'aura pas d'effet sur les services que je reçois ou pourrais recevoir.
6. Les avantages personnels de la participation à cette étude sont liés au fait qu'elle offre l'occasion d'un examen des divers aspects de la situation de vie actuelle et des changements pouvant s'y produire au cours de la durée de la recherche. Toutefois, il est possible que l'entrevue crée un certain inconfort. Je pourrai alors en discuter avec l'assistante de recherche, l'intervenante ou l'intervenant, ou être référée pour de l'aide si nécessaire. J'ai également été informée que je peux demander à l'assistante de recherche de me donner une liste de ressources d'aide pertinentes que je pourrai contacter, si je le souhaite.
7. En ce qui concerne le caractère confidentiel des renseignements fournis, l'information obtenue sera traitée de façon strictement confidentielle. Plus spécifiquement: 1) le nom n'apparaîtra sur aucun rapport; 2) un code sera utilisé sur les divers instruments employés dans l'étude; 3) seuls les chercheurs auront accès à la liste des noms et des codes; et 4) en aucun cas, les résultats individuels ne seront communiqués à qui que ce soit en dehors de l'équipe de recherche. Les seules exceptions en vertu de la loi sont à l'effet que les membres de l'équipe de recherche sont tenus: 1) de dévoiler tout abus sexuel que l'adolescente nous dévoilerait et qui serait vécu durant la période de participation à l'étude; 2) de signaler l'adolescente aux autorités compétentes dans l'éventualité où sa vie serait en danger.
8. J'accepte qu'un rapport synthèse présentant un profil psychologique obtenu à partir des résultats des tests soit transmis et expliqué à l'intervenante ou l'intervenant responsable de mon dossier. L'intervenante ou l'intervenant veillera à respecter le caractère confidentiel des informations en respectant le code d'éthique qui lui est dicté par sa profession. Les résultats de l'étude pourront être présentés à des réunions ou dans des présentations scientifiques ou faire l'objet de thèses ou de mémoires produits par des étudiants et de publications dans des revues scientifiques ou de transfert. Les données seront détruites cinq ans après la publication du rapport final de recherche (en 2015).
9. Cette recherche est réalisée par Marie-Eve Brabant, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, (UQAM) Martine Hébert du département de sexologie de l'UQAM et François Chagnon, professeur au département de psychologie de l'UQAM. Les données de cette recherche pourront également être utilisées dans le

cadre des projets de recherches d'étudiantes et d'étudiants de maîtrise ou doctorat qui seraient dirigés par Martine Hébert ou François Chagnon. Chaque projet étudiant doit toutefois recevoir l'acceptation du comité d'éthique de l'Université.

10. Je recevrai une compensation sous forme de certificat-cadeau d'une valeur de 10 \$ pour ma participation à l'étude et ce lors de chacune des entrevues.
11. Si j'ai des questions à propos de l'étude ou si je veux quitter l'étude, je peux rejoindre une des deux personnes responsables aux numéros de téléphone suivants: Marie-Eve Brabant 514-987-3000 poste 1253 et Martine Hébert 514-987-3000 poste 5697. Je suis informée que ce projet a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR). Si j'ai des questions concernant les responsabilités de la chercheuse au plan de l'éthique de la recherche ou si je veux formuler une plainte, je peux faire valoir ma situation auprès du Président du Comité, Joseph Josy Lévy. Il peut être joint au numéro (514) 987-3000 poste 4483 ou par courriel à l'adresse : levy.josy_josy@uqam.ca. Il peut également être joint au numéro (514) 987-3000 poste 7753.
12. L'assistante de recherche est autorisée à obtenir le consentement si nécessaire.

Entente lue et signée ce _____(date)

Par : _____(Participante)

_____ (Assistante de recherche)

APPENDICE C

From: JOURNALS@alliant.edu

To: marie-eve.brabant@videotron.ca

CC:

Subject: Journal of Child Sexual Abuse - Decision on Manuscript ID WCSA-2011-0063

Body:

Dear Author,

Your manuscript entitled "Identification of Sexually Abused Female Adolescents at Risk for Suicidal Ideations: A Classification and Regression Tree Analysis", which you submitted to the Journal of Child Sexual Abuse, has been reviewed. The reviewer comments are included at the bottom of this letter.

The reviews are in general favourable and suggest that, subject to minor revisions, your paper is suitable for publication. Please consider these suggestions, and revise your manuscript accordingly.

If your manuscript exceeds 30 pages (including all text, references, tables, and figures) please condense your article to meet the 30 page maximum.

Suggestions for reducing your manuscript:

- Eliminate redundant or outdated citations and references.
- Tighten language and sentence structure.
- Reduce the number of tables or figures.

You may not do the following to reduce length:

- Reduce the font size
- Increase the margins of the paper

Prior to resubmitting please ensure that your manuscript adheres to APA 6th edition formatting including but not limited to: Times New Roman 12pt font and 1" page margins. All manuscripts must have a running head, abstract and keywords. All headings, subheadings, references, figures and tables must follow APA formatting as

well. Please ensure that all references within the main text are listed properly in the reference section. If your paper does not meet these conditions it will not be accepted for consideration into the Journal of Child Sexual Abuse.

When you revise your manuscript, please highlight the changes you make in the manuscript by using the track changes mode in MS Word or by using bold or coloured text.

To submit the revision, log into <http://mc.manuscriptcentral.com/wcsa> and enter your Author Centre, where you will find your manuscript title listed under "Manuscripts with Decisions." Under "Actions," click on "Create a Revision." Your manuscript number has been appended to denote a revision. Please enter your responses to the comments made by the reviewer(s) in the space provided. You should use this space to document any changes you made to the original manuscript. Please be as specific as possible in your response to the reviewer(s).

IMPORTANT: Your original files are available to you when you upload your revised manuscript. Please delete any redundant files before completing the submission.

Because we are trying to facilitate timely publication of manuscripts submitted to the Journal of Child Sexual Abuse, your revised manuscript should be uploaded within 4 weeks. If it is not possible for you to submit your revision in a reasonable amount of time, we may have to consider your paper as a new submission.

******The journals office is able to extend deadlines to authors who are unable to meet the 6 week timeframe for resubmission. Contact the journals office and request an extension if needed. Please note that under no circumstances should you submit your revised manuscript as a new submission if you fail to meet the resubmission deadline. Contact the journals office immediately if you miss the deadline and would like to resubmit your manuscript.

Once again, thank you for submitting your manuscript to the Journal of Child Sexual Abuse and I look forward to receiving your revision.

Sincerely,
Dr Bob Geffner
Editor, Journal of Child Sexual Abuse
JOURNALS@alliant.edu

RÉFÉRENCES

- Ackard, D.M., et D. Neumark-Sztainer. (2003). «Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: Prevalence and associations with eating behaviors and psychological health». *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 12, n° 1, p. 17-37.
- Aglan, A., M. Kerfoot et A. Pickles. (2008). «Pathways from adolescent deliberate self-poisoning to early adult outcomes: A six-year follow-up». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 49, n° 5, p. 508-515.
- Ajdacic-Gross, V., et al. (2008). «Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database». *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, p. 726-732.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., text revised. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Anestis, M.D., et T.E. Joiner. (2011). «Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts». *Journal of affective disorders*, vol. 129, n° 1-3, p. 261-269.
- Arata, C.M., et al. (2007). «Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth». *Child Abuse & Neglect*, vol. 31, n° 4, p. 393-415.
- Armstrong, J.S., et J.G. Andress. (1970). «Exploratory analysis of marketing data: Trees vs. regression». *Journal of Marketing Research*, vol. 7, n° 4, p. 487-492.

- Arsenault-Lapierre, G., C. Kim et G. Turecki. (2004). «Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis». *BMC Psychiatry*, vol. 4, n° 37.
- Association québécoise de la prévention du suicide. (1997-2009). «Comprendre le suicide». En ligne. <<http://www.aqps.info/comprendre-suicide/documents-statistiques.html>>.
- Atkins, D.C., et R.J. Gallop. (2007). «Rethinking how family researchers model infrequent outcomes: A tutorial on count regression and zero-inflated models». *Journal of Family Psychology*, vol. 21, n° 4, p. 726-735.
- Aubin, J., P. Berthiaume et C. Lavallée. (2002). «Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999». *Comprendre la famille VI*, p. 141.
- Bal, S., *et al.* (2003). «Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents». *Child Abuse & Neglect*, vol. 27, n° 8, p. 883-897.
- Barker-Collo, S., et J. Read. (2003). «Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment». *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 4, n° 2, p. 95-111.
- Baumeister, R.F. (1990). «Suicide as cescape from self». *Psychological Review*, vol. 97, n° 1, p. 90.
- Beautrais, A.L. (2003). «Life course factors associated with suicidal behaviors in young people». *American Behavioral Scientist*, vol. 46, n° 9, p. 1137-1156.
- Beck, A.T., *et al.* (1990). «Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients». *The American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n° 2, p. 190-195.

- Beck, A.T., M. Kovacs et A. Weissman. (1979). «Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 47, n° 2, p. 343.
- Beck, A.T., R. Steer et G. Brown (1996). Beck Depression Inventory-II (BDI-II). San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Beck, A.T., *et al.* (1985). «Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation». *The American Journal of Psychiatry*, vol. 142, n° 5, p. 559-563.
- Beck, A.T., *et al.* (1974). «The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 42, n° 6, p. 861-865.
- Bergen, H.A., *et al.* (2003). «Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n° 11, p. 1301-1309.
- Blair-West, G.W., *et al.* (1999). «Lifetime suicide risk in major depression: Sex and age determinants». *Journal of affective disorders*, vol. 55, n° 2-3, p. 171-178.
- Bordeleau, M., L. Cazale et D. Du Mays (2011). Santé mentale et psychosociale des jeunes de 12 à 17 ans : quelques indicateurs clés. Zoom santé, Institut de la statistique du Québec. 31 En ligne.
<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2011/zoom_sante_no31.pdf>.
- Bouvard, M., *et al.* (1992). «Étude de l'Echelle de Désespoir de Beck (hopelessness scale): validation et analyse factorielle= Study of the Hopelessness Scale: validation and factorial analysis». *L'Encéphale*, vol. 18, n° 3, p. 237-240.

- Brabant, M.-E., M. Hébert et F. Chagnon. (sous presse). «Identification of Sexually Abused Female Adolescents at Risk for Suicidal Ideations: A Classification and Regression Tree Analysis». *Journal of Child Sexual Abuse*.
- Breiman, L., et al. (1984). *Classification and regression trees*. Pacific Grove, CA: Wadsworth & Brooks.
- Brent, D.A., et al. (1999). «Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 38, n° 12, p. 1497-1505.
- Brent, D.A., et al. (2002). «Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters». *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, n° 9, p. 801-807.
- Brezo, J., et al. (2007). «Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: A population-based study». *Psychological Medicine*, vol. 37, n° 11, p. 1551-1562.
- Brezo, J., et al. (2008). «Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse». *British Journal of Psychiatry*, vol. 193, n° 2, p. 134-139.
- Bridge, J.A., T.R. Goldstein et D.A. Brent. (2006). «Adolescent suicide and suicidal behavior». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, n° 3-4, p. 372-394.
- Brown, J., et al. (1999). «Childhood abuse and neglect: Specificity and effects on adolescent and young adult depression and suicidality». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 38, n° 12, p. 1490-1496.
- Browne, A., et D. Finkelhor. (1986). «Impact of child sexual abuse: A review of the research». *Psychological Bulletin*, vol. 99, n° 1, p. 66-77.

- Cantón-Cortés, D., et J. Cantón. (2010). «Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator». *Child Abuse & Neglect*, vol. 34, n° 7, p. 496-506.
- Carter, J.S., et J. Garber. (2011). «Predictors of the first onset of a major depressive episode and changes in depressive symptoms across adolescence: Stress and negative cognitions». *Journal of Abnormal Psychology*, p. No Pagination Specified.
- Cash, S.J., et J.A. Bridge. (2009). «Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior». *Current opinion in pediatrics*, vol. 21, n° 5, p. 613.
- Chagnon, F. (2007). «Coping mechanisms, stressful events and suicidal behavior among youth admitted to juvenile justice and child welfare services». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n° 4, p. 439-452.
- Cheng, A.T.A., et al. (2000). «Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study». *British Journal of Psychiatry*, vol. 177, p. 360-365.
- Choquet, M., et al. (1997). «Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: Results of a cross-sectional survey». *Child Abuse & Neglect*, vol. 21, n° 9, p. 823-832.
- Cohen, J.A., et A.P. Mannarino. (1996). «"A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings": Errata». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 35, n° 6, p. 835.
- Cohen, J.A., A.P. Mannarino et E. Deblinger. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* Trad. de: *English*. New York, NY: Guilford Press.

- Daniel, S.S., et D.B. Goldston. (2009). «Interventions for suicidal youth: A review of the literature and developmental considerations». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 39, n° 3, p. 252-268.
- Danielson, C.K., et al. (2005). «Child Maltreatment in Depressed Adolescents: Differences in Symptomatology Based on History of Abuse». *Child Maltreatment*, vol. 10, n° 1, p. 37-48.
- de Man, A., et C. Leduc. (1994). «Validity and reliability of a self-report suicide ideation scale for use with adolescents». *Social Behavior and Personality*, vol. 22, n° 3, p. 261-266.
- de Man, A., C. Leduc et L. Labrèche-Gauthier. (1993). «A French-Canadian scale for suicide ideation for use with adolescents». *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 25, n° 1, p. 126-134.
- Dilsaver, S.C., et al. (2007). «Post-traumatic stress disorder among adolescents with bipolar disorder and its relationship to suicidality». *Bipolar Disorders*, vol. 9, n° 6, p. 649-655.
- Dube, S.R., et al. (2001). «Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study». *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 286, n° 24, p. 3089-3096.
- Eisenberg, M.E., D.M. Ackard et M.D. Resnick. (2007). «Protective factors and suicide risk in adolescents with a history of sexual abuse». *The Journal of Pediatrics*, vol. 151, n° 5, p. 482-487.

- Esposito, C.L., et G.A. Clum. (2002). «Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent population». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, n° 2, p. 137-146.
- Evans, E., K. Hawton et K. Rodham. (2005a). «Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies». *Child Abuse & Neglect*, vol. 29, n° 1, p. 45-58.
- Evans, E., *et al.* (2005b). «The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35, n° 3, p. 239-250.
- Farand, L., *et al.* (2004). «Completed suicides among quebec adolescents involved with juvenile justice and child welfare services». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 34, n° 1, p. 24-35.
- Feldesman, M.R. (2002). «Classification trees as an alternative to linear discriminant analysis». *American journal of physical anthropology*, vol. 119, n° 3, p. 257-275.
- Fergusson, D.M., A.L. Beautrais et L.J. Horwood. (2003). «Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people». *Psychological Medicine*, vol. 33, n° 1, p. 61-73.
- Fergusson, D.M., J.M. Boden et L.J. Horwood. (2008). «Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood». *Child Abuse & Neglect*, vol. 32, n° 6, p. 607-619.
- Fergusson, D.M., *et al.* (2005). «Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood». *Psychological Medicine*, vol. 35, n° 7, p. 983-993.

- Fergusson, D.M., et L.J. Woodward. (2002). «Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression». *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, n° 3, p. 225-231.
- Fergusson, D.M., L.J. Woodward et L.J. Horwood. (2000). «Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood». *Psychological Medicine*, vol. 30, n° 1, p. 23-39.
- Finkelhor, D., et L. Berliner. (1995). «Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 34, n° 11, p. 1408-1423.
- Finkelhor, D., et A. Browne. (1985). «The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, n° 4, p. 530-541.
- Fleischhaker, C., et al. (2011). «Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up». *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, vol. 5.
- Fletcher, J.M. (2009). «Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression». *Social Science & Medicine*, vol. 68, n° 5, p. 799-806.
- Freeman, K.A., et T.L. Morris. (2001). «A review of conceptual models explaining the effects of child sexual abuse». *Aggression and Violent Behavior*, vol. 6, n° 4, p. 357-373.
- Gagné, M., et al. (2011). La mortalité par suicide au Québec: données récentes de 2005 à 2009, Institut national de santé publique du Québec

- Gagné, M., et D. St-Laurent (2009). La mortalité par suicide au Québec: tendances et données récentes—1981 à 2007, Institut national de santé publique du Québec
- Gagné, M., et D. St-Laurent (2010). La mortalité par suicide au Québec: données récentes de 1981 à 2008, Institut national de santé publique du Québec
- Garnefski, N., et E. Arends. (1998). «Sexual abuse and adolescent maladjustment: Differences between male and female victims». *Journal of Adolescence*, vol. 21, n° 1, p. 99-107.
- Gauthier, J., et al. (1982). «Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 3, n° 2, p. 13-27.
- Gibb, B.E., M.S. Andover et S.R.H. Beach. (2006). «Suicidal Ideation and Attitudes Toward Suicide». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 36, n° 1, p. 12-18.
- Goldsmith, S.K., et al. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*: Washington, DC, US: National Academies Press.
- Gould, M.S., et al. (2004). «Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 43, n° 9, p. 1124-1133.
- Gouvernement du Québec. (2001). «Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle». En ligne.
<<http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/en/understanding/index.php>>.
- Guerra, V.S., et P.S. Calhoun. (2011). «Examining the relation between posttraumatic stress disorder and suicidal ideation in an OEF/OIF veteran sample». *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 25, n° 1, p. 12-18.

- Gutierrez, P.M., R.R. Thakkar et C. Kuczen. (2000). «Exploration of the relationship between physical and/or sexual abuse, attitudes about life and death, and suicidal ideation in young women». *Death Studies*, vol. 24, n° 8, p. 675-688.
- Hacker, K.A., *et al.* (2006). «Developmental Differences in Risk Factors for Suicide Attempts between Ninth and Eleventh Graders». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 36, n° 2, p. 154-166.
- Hammen, C., *et al.* (2008). «Early onset recurrent subtype of adolescent depression: Clinical and psychosocial correlates». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 49, n° 4, p. 433-440.
- Hardt, J., *et al.* (2006). «Childhood Adversities Associated With Risk for Suicidal Behavior». *Psychiatric Times*, vol. 23, n° 7.
- Hawton, K., *et al.* (1998). «The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues». *Journal of Affective Disorders. Special Issue: George Winokur*, vol. 50, n° 2-3, p. 269-276.
- Hébert, M., M.-J. Bernier et A.C. Simoneau. (2011). «Les effets des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle». Dans *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I*, M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., *et al.* (2006). «Factors linked to outcomes in sexually abused girls: A regression tree analysis». *Comprehensive Psychiatry*, vol. 47, n° 6, p. 443-455.
- Hébert, M., et N. Parent (1999). Version abrégée de la traduction française du Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised de V. V. Wolfe, C. Gentile, T. Michienzi, & L. Sas (CITES-R; 1991). Ste-Foy, Québec, Université Laval

- Hébert, M., *et al.* (2009). «Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 9, p. 631-636.
- Hecht, D.B., et D.J. Hansen. (1999). «Adolescent victims and intergenerational issues in sexual abuse». Dans *Handbook of Psychological Approaches with Violent Offenders: Contemporary Strategies and Issues*, Vincent B Van Hasselt et Michel Hersen, p. 303-328. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Herrera, A., *et al.* (2006). «Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua». *Social Science & Medicine*, vol. 62, n° 4, p. 805-814.
- Honor, G. (2010). «Child sexual abuse: Consequences and implications». *Journal of Pediatric Health Care*, vol. 24, n° 6, p. 358-364.
- Hulme, P.A. (2004). «Theoretical Perspectives on the Health Problems of Adults Who Experienced Childhood Sexual Abuse». *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 25, n° 4, p. 339-361.
- Institut de la statistique du Québec. (2010). «Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2007». En ligne. <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decès/index.htm>.
- Jakupcak, M., *et al.* (2009). «Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 22, n° 4, p. 303-306.
- Johnson, J.G., *et al.* (2002). «Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood». *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, n° 8, p. 741-749.

- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*: Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Joiner, T., et K. Van Orden. (2008). «The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets». *International Journal of Cognitive Therapy*, vol. 1, n° 1, p. 80-89.
- Joiner, T.E., Jr. (2009). «Suicide prevention in schools as viewed through the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior». *School Psychology Review*, vol. 38, n° 2, p. 244-248.
- Joiner, T.E., Jr., et J.D. Ribeiro. (2011). «Assessment and management of suicidal behavior in tecns». *Psychiatric Annals*, vol. 41, n° 4, p. 220-225.
- Joiner, T.E., Jr., et al. (2007). «Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, n° 3, p. 539-547.
- Joiner, T.E., Jr., et al. (2009a). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients* Trad. de: *English*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joiner, T.E., Jr., et al. (2009b). «Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults». *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 118, n° 3, p. 634-646.
- Kendall-Tackett, K.A., L.M. Williams et D. Finkelhor. (1993). «Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies». *Psychological Bulletin*, vol. 113, n° 1, p. 164-180.

- Kessler, R.C., S. Avenevoli et K.R. Merikangas. (2001). «Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective». *Biological Psychiatry*, vol. 49, n° 12, p. 1002-1014.
- King, R.A., et A. Apter. (2003). «Suicide in children and adolescents». *Cambridge child and adolescent psychiatry*. New York, NY, US: Cambridge University Press, vol. 320.
- Kisiel, C.L., et J.S. Lyons. (2001). «Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents». *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, n° 7, p. 1034-1039.
- Koplin, B., et J. Agathen. (2002). «Suicidality in children and adolescents: A review». *Current opinion in pediatrics*, vol. 14, n° 6, p. 713.
- Kotler, M., *et al.* (2001). «Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 189, n° 3, p. 162-167.
- Krug, E., *et al.* (2002). World report on violence and health. Geneva, World Health Organization
- Krysinska, K., et D. Lester. (2010). «Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review». *Archives of Suicide Research*, vol. 14, n° 1, p. 1-23.
- Krysinska, K., D. Lester et G. Martin. (2009). «Suicidal behavior after a traumatic event». *Journal of Trauma Nursing*, vol. 16, n° 2, p. 103.
- Lemaire, C.M., et D.P. Graham. (2011). «Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans». *Journal of affective disorders*, vol. 130, n° 1-2, p. 231-238.

- Lemon, S.C., *et al.* (2003). «Classification and regression tree analysis in public health: Methodological review and comparison with logistic regression». *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 26, n° 3, p. 172-181.
- Lewinsohn, P.M., P. Rohde et J.R. Seeley. (1996). «Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications». *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 3, n° 1, p. 25-46.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Coll. «Diagnosis and treatment of mental disorders.»: New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Coll. «Diagnosis and treatment of mental disorders.»: New York, US: : Guilford Press.
- Lipschitz, D.S., *et al.* (1999). «Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 187, n° 1, p. 32-39.
- Lynskey, M.T., et D.M. Fergusson. (1997). «Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse». *Child Abuse & Neglect*, vol. 21, n° 12, p. 1177-1190.
- Mann, J.J., *et al.* (2008). «Classification trees distinguish suicide attempters in major psychiatric disorders: A model of clinical decision making». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, n° 1, p. 23-31.
- March, J., *et al.* (2007). «The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes». *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 10, p. 1132.

- Martin, G., *et al.* (2004). «Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents». *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, n° 5, p. 491-503.
- Mazza, J.J. (2000). «The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 30, n° 2, p. 91-103.
- Mazza, J.J., et W.M. Reynolds. (1999). «Exposure to violence in young inner-city adolescents: Relationships with suicidal ideation, depression, and PTSD symptomatology». *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, vol. 27, n° 3, p. 203-213.
- McIntosh, J. (2009). «USA suicide 2006: Official final data». American Association of Suicidology. En ligne. <<http://www.suicidology.org>>.
- Merikangas, K.R., *et al.* (2010). «Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A)». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n° 10, p. 980-989.
- Miller, A.L., J.H. Rathus et M.M. Linehan. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*: New York, NY, US: Guilford Press.
- Molnar, B.E., L.F. Berkman et S.L. Buka. (2001a). «Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the US». *Psychological Medicine*, vol. 31, n° 6, p. 965-977.

- Molnar, B.E., S.L. Buka et R.C. Kessler. (2001b). «Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey». *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5, p. 753-760.
- Naar-King, S., et al. (2002). «Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence». *Journal of Family Violence*, vol. 17, n° 2, p. 133-149.
- Nock, M.K., et al. (2008a). «Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts». *British Journal of Psychiatry*, vol. 192, n° 2, p. 98-105.
- Nock, M.K., et al. (2008b). «Suicide and suicidal behavior». *Epidemiologic reviews*, vol. 30, n° 1, p. 133.
- Nock, M.K., et al. (2006). «Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts». *Psychiatry Research*, vol. 144, n° 1, p. 65-72.
- Nolen-Hoeksema, S., et L. Hilt M. (2009). *Handbook of depression in adolescents*. New York; London: Routledge.
- Noll, J.G., P.K. Trickett et F.W. Putnam. (2003). «A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 3, p. 575-586.
- Olshen, E., et al. (2007). «Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teenagers». *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 161, n° 6, p. 539.
- Paolucci, E.O., M.L. Genuis et C. Violato. (2001). «A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse». *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, vol. 135, n° 1, p. 17-36.

- Pereda, N., *et al.* (2009). «The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis». *Clinical Psychology Review*, vol. 29, n° 4, p. 328-338.
- Perkins, D.F., et G. Hartless. (2002). «An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents». *Journal of Adolescent Research*, vol. 17, n° 1, p. 3-26.
- Pietrzak, R.H., *et al.* (2010). «Risk and protective factors associated with suicidal ideation in veterans of operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom». *Journal of affective disorders*, vol. 123, n° 1-3, p. 102-107.
- Plunkett, A., *et al.* (2001). «Suicide Risk Following Child Sexual Abuse». *Ambulatory Pediatrics*, vol. 1, n° 5, p. 262-266.
- Pronovost, J., et D. Leclerc. (2002). «L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse. / Evaluation and tracking of suicidal teenagers in Centres jeunesse». *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, vol. 31, n° 1, p. 81-100.
- Putnam, F.W. (2003). «Ten-year research update review: Child sexual abuse». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n° 3, p. 269-278.
- Rathus, J.H., et A.L. Miller. (2002). «Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 32, n° 2, p. 146-157.
- Renaud, J., *et al.* (2009). «Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims: A case-control study». *Journal of affective disorders*.
- Renaud, J., *et al.* (2005). «Completed suicides in a youth centres population». *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, n° 11, p. 690-694.

- Rhodes, A.E., *et al.* (2011). «Sex Differences in Childhood Sexual Abuse and Suicide-Related Behaviors». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 41, n° 3, p. 235-254.
- Ribeiro, J.D., et T.E. Joiner. (2009). «The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions». *Journal of Clinical Psychology*, vol. 65, n° 12, p. 1291-1299.
- Rich, C.L., *et al.* (2005). «Child and adolescent abuse and subsequent victimization: A prospective study». *Child Abuse & Neglect*, vol. 29, n° 12, p. 1373-1394.
- Rogers, J.R. (2003). «Sexual abuse and suicide: Why we may not know what we think we know». *Archives of Suicide Research*, vol. 7, n° 1, p. 83-91.
- Rosenthal, S., C. Feiring et L. Taska. (2003). «Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery». *Child Abuse & Neglect*, vol. 27, n° 6, p. 641-661.
- Saunders, B.E., L. Berliner et R. Hanson (2004). *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment (Revised Report: April 26, 2004)*. Charleston, SC, National Crime Victims Research and Treatment Center
- Séguin, M., *et al.* (2007). «Life trajectories and burden of adversity: Mapping the developmental profiles of suicide mortality». *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, vol. 37, n° 11, p. 1575-1583.
- Shaffer, D., *et al.* (1996). «Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide». *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, n° 4, p. 339-348.

- Shaffer, D., et C.R. Pfeffer. (2001). «Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 40, n° Suppl7, p. 24S-51S.
- Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Sigfusdottir, I.D., et al. (2008). «A model of sexual abuse's effects on suicidal behavior and delinquency: The role of emotions as mediating factors». *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 37, n° 6, p. 699-712.
- Silverman, A.B., H.Z. Reinherz et R.M. Giaconia. (1996). «The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study». *Child Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 8, p. 709-723.
- Silverman, M.M. (2006). «In this issue». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 36, n° 2, p. iii-vi.
- Simoneau, A.C., I.V. Daignault et M. Hébert. (2011). «La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma». Dans *L'agression sexuelle envers les enfants, Tome I*, M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Spaccarelli, S. (1994). «Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review». *Psychological Bulletin*, vol. 116, p. 340-340.
- St-Laurent, D., et M. Gagné (2007). *Surveillance des suicides au Québec :Les décès imputables aux suicides dans la population québécoise*, Institut national de santé publique du Québec

St-Laurent, D., et M. Gagné (2008). Surveillance de la mortalité par suicide au Québec: Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006, Institut national de santé publique du Québec

Statistics Canada (2010). Table 102-0561 - Leading causes of death, total population, by age group and sex, Canada, annual, CANSIM (database) En ligne. <http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm>.

Statistique Canada (2002). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être En ligne. <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/pdf/4252880-fra.pdf>>.

Statistique Canada. (2010). «Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge». En ligne. <<http://www40.statcan.ca/102/cst01/hlth66d-fra.htm>>.

Statistique Canada. (2011a). «Tableau 4 : Différences entre l'ETC de 2004 et l'ESCCAD de 2008 à l'ESCCAD de 2010, selon l'âge - Drogues». En ligne. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2010/tables-tableaux-fra.php#t4>.

Statistique Canada. (2011b). «Tableau 9 : Différences entre l'ETC de 2004 et l'ESCCAD de 2008 à l'ESCCAD de 2010, selon l'âge - Alcool». En ligne. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2010/tables-tableaux-fra.php#t9>.

Steil, R., *et al.* (2011). «Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 24, n° 1, p. 102-106.

Steinberg, D., et P. Colla. (1995). *CART: Tree-structured non-parametric data analysis*. San Diego, CA: Salford Systems.

- Stewart, S.M., et al. (2005). «Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 46, n° 4, p. 364-372.
- Stoltenborgh, M., et al. (2011). «A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world». *Child Maltreatment*, vol. 16, n° 2, p. 79-101.
- Teixeira, A. (2004). «Analyse discriminante par arbre de decision binaire [Discriminant analysis with binary decision tree (CART: Classification and Regression Tree)]». *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 21, p. 1174-1176.
- Teri, L. (1982). «The use of the Beck Depression Inventory with adolescents». *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 10, n° 2, p. 277-284.
- Turecki, G. (2001). «Suicidal behavior: Is there a genetic predisposition?». *Bipolar Disorders*, vol. 3, n° 6, p. 335-349.
- Turner, H.A., D. Finkelhor et R. Ormrod. (2006). «The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents». *Social Science & Medicine*, vol. 62, n° 1, p. 13-27.
- Tyler, K.A. (2002). «Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research». *Aggression and Violent Behavior*, vol. 7, n° 6, p. 567-589.
- Vajda, J., et K. Steinbeck. (2000). «Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, n° 3, p. 437-445.
- Van Orden, K.A., et al. (2010). «The interpersonal theory of suicide». *Psychological Review*, vol. 117, n° 2, p. 575-600.

- Van Orden, K.A., et al. (2008a). «Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, n° 1, p. 72-83.
- Van Orden, K.A., et al. (2008b). «Suicidal ideation in college students varies across semesters: The mediating role of belongingness». *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 38, n° 4, p. 427-435.
- Wade, T.J., J. Cairney et D.J. Pevalin. (2002). «Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 41, n° 2, p. 190-198.
- Waldrop, A.E., et al. (2007). «Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: Implications for prevention». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, n° 5, p. 869-879.
- Weishaar, M.E., et A.T. Beck. (1992). «Hopelessness and suicide». *International Review of Psychiatry*, vol. 4, n° 2, p. 177-184.
- Whiteside, S.P., et D.R. Lynam. (2001). «The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity». *Personality and Individual Differences*, vol. 30, n° 4, p. 669-689.
- Widom, C.S., K. DuMont et S.J. Czaja. (2007). «A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up». *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, n° 1, p. 49-56.
- Wolfe, V., et al. (1991). «The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms». *Behavioral Assessment*, vol. 13, n° 4, p. 359-383.

World Health Organization. (2011a). «Depression». En ligne.
<http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>.

World Health Organization. (2011b). «Suicide Prevention and special programs». En ligne.
<http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>.

Woznica, J.G., et J.R. Shapiro. (1990). «An analysis of adolescent suicide attempts: The expendable child». *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 15, n° 6, p. 789-796.

Wunderlich, U., *et al.* (2001). «Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104, n° 5, p. 332-339.

Yancey, C.T., D.J. Hansen et K.Z. Naufel. (2011). «Heterogeneity of individuals with a history of child sexual abuse: An examination of children presenting to treatment». *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, vol. 20, n° 2, p. 111-127.

Ystgaard, M., *et al.* (2004). «Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?». *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, n° 8, p. 863-875.

Zisook, S., *et al.* (2007). «Preadult onset vs. adult onset of major depressive disorder: A replication study». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 115, n° 3, p. 196-205.