

**DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES ET DES SERVICES D'AIDE DIRECTE
AUX VICTIMES EN MATIÈRE D'AGRESSION SEXUELLE :
DESCRIPTION DES PRATIQUES QUÉBÉCOISES**

Rapport de recherche

Martine Hébert
Manon Robichaud
Caroline Tremblay
Michèle Saint-Denis
Dominique Damant
Francine Lavoie
Michel Dorais
Nicole Perreault
Maryse Rinfret-Raynor

Avril 2002

Martine Hébert
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Casier postal 8888, Succursale Centre-Ville
Montréal, Québec, Canada
H3C 3P8

ISBN 2-9806300-3-9

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2002

Chercheurs-es :
Martine Hébert
Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
Dominique Damant
École de service social, Université Laval; CRI-VIFF
Francine Lavoie
École de psychologie, Université Laval
Michel Dorais
École de service social, Université Laval
Nicole Perreault
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Maryse Rinfret-Raynor
École de service social, Université de Montréal; CRI-VIFF

Professionnelles
de recherche :
Manon Robichaud
Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
Caroline Tremblay
Département de sexologie, Université du Québec à Montréal
Michèle Saint-Denis
Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Agents-es
de recherche :
Sarra Ben M'Barek
Anne Chamberland
Manon Des Côtes
Marianne Latreille
Véronique Lavoie
Isabelle Mercier
Geneviève Parent
Marc Sénécal

Membres du
Comité aviseur :
Thomas Antil
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, MSSS
Diane Archambault
CALACS de Trois-Rivières
Denise Côté
Mouvement contre le viol et l'inceste
Annie Labranche
Direction de la coopération internationale et de la condition
féminine, MSSS

Organisme
subventionnaire :
Ministère de la Santé et des Services Sociaux

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée grâce à la collaboration d'un grand nombre de personnes et d'organismes contribuant au domaine de l'agression sexuelle. Nous nous permettons de citer leur nom afin de souligner leur implication et notre gratitude.

Tout d'abord, nous remercions les intervenantes et intervenants œuvrant dans les organismes participants qui ont bien voulu donner de leur temps pour répondre au questionnaire (voir annexe). Un merci aussi aux professionnelles en pratique privée, il s'agit des personnes suivantes : Renée Dinard, Danielle Dion, Louise Fréchette, Renée Gherardi, Dominique Lapierre, Karine Poitras, Johanne Raymond, Lyne Saint-Pierre et Glenda Schoel.

Nous voulons aussi remercier toutes les personnes qui ont été impliquées dans ce projet. Merci à Anne Chamberland, Marianne Latreille, Véronique Lavoie, Isabelle Mercier et Geneviève Parent, pour avoir mené les entrevues auprès des organismes ainsi que pour avoir préparé les fiches descriptives des organismes. Un merci à Marianne Latreille pour la codification des questionnaires. La saisie des données sur le logiciel SPSS a été effectuée par Véronique Lavoie. Nous la remercions. Merci à Marc Sénécal d'avoir analysé et saisi les verbatims des questions ouvertes. Nous remercions aussi Sarra Ben M'Barek et Manon Des Côtes pour les différentes tâches qu'elles ont accomplies.

Nos derniers remerciements vont aux membres du comité aviseur pour leur appui tout au long de ce projet : Thomas Antil (Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation, MSSS), Diane Archambault (CALACS de Trois-Rivières), Denise Côté (Mouvement contre le viol), Dominique Damant (École de service social, Université Laval; CRI-VIFF), Michel Dorais (École de service social, Université Laval), Annie Labranche (Direction de la coopération internationale et de la condition féminine, MSSS), Francine Lavoie (École de psychologie, Université Laval) et Nicole Perreault (Direction de la santé publique de Montréal-Centre).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I RECENSION DES ÉCRITS.....	3
1.1 Prévalence et incidence de l'agression sexuelle	3
1.2 Conséquences de l'agression sexuelle.....	4
1.3 Interventions destinées aux enfants et aux adolescents-es victimes d'agression sexuelle ..	7
1.3.1 Interventions individuelles versus interventions de groupe	8
1.3.2 Approche cognitivo-comportementale	10
1.3.3 Approche psychanalytique/psychodynamique	15
1.3.4 Approche familiale ou systémique.....	17
1.3.5 Conclusions	20
1.4 Interventions auprès des femmes victimes d'agression sexuelle.....	22
1.4.1 Interventions de groupe pour femmes agressées sexuellement dans l'enfance.....	25
1.4.2 Interventions individuelles pour femmes agressées sexuellement dans l'enfance.....	29
1.4.3 Interventions pour femmes victimes d'agression sexuelle récente.....	31
1.4.4 Conclusions	35
1.5 Interventions auprès des hommes victimes d'agression sexuelle.....	37
1.6 Interventions préventives en matière d'agression sexuelle.....	39
1.6.1 Effets des programmes de prévention	41
CHAPITRE II MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET PORTRAIT DES ORGANISMES RÉPERTORIÉS	47
2.1 Méthodologie de recherche	47
2.1.1 Organismes à l'étude	47
2.1.2 Repérage des programmes et des services.....	48
2.1.3 Sélection des organismes et des programmes participants.....	51
2.1.4 Démarche de la collecte de données.....	53
2.1.5 Instrument de collecte de données.....	54
2.1.6 Analyse des données	55
2.1.7 Limites de l'étude	56

2.2	Portrait statistique des organismes participants	57
2.2.1	Activités et interventions offertes	57
2.2.2	Actions sociales ou politiques	59
2.2.3	Clientèles rencontrées	60
2.2.4	Intervenants-es qui dispensent les services	62
2.2.5	Financement de l'ensemble des interventions	64
2.2.6	Partenariat avec d'autres organismes ou ressources	65
2.2.7	Évaluation du degré d'atteinte des objectifs	66
CHAPITRE III SERVICES D'AIDE DIRECTE AUPRÈS DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE...		69
3.1	Description de quelques services d'aide directe.....	69
3.1.1	Interventions québécoises destinées aux enfants et aux adolescents-es	70
3.1.2	Interventions québécoises destinées aux adultes	79
3.1.3	Interventions particulières ou s'adressant à des populations spécifiques	85
3.2	Portrait statistique des services d'aide directe répertoriés	89
3.2.1	Ensemble des services d'aide directe.....	90
3.2.2	Présentation de la principale activité d'aide directe	92
CHAPITRE IV INTERVENTIONS PRÉVENTIVES DES AGRESSIONS SEXUELLES.....		98
4.1	Description de quelques programmes et activités de prévention	98
4.1.1	Interventions préventives québécoises destinées aux enfants.....	98
4.1.2	Interventions préventives québécoises destinées aux adolescents-es.....	102
4.1.3	Interventions préventives québécoises visant les adultes	107
4.1.4	Prévention pour des populations particulières	113
4.2	Portrait statistique des interventions préventives répertoriées	114
4.2.1	Ensemble des interventions préventives	115
4.2.2	Présentation de la principale activité préventive.....	116
CHAPITRE V MISE EN LUMIÈRE DES BESOINS MENTIONNÉS		122
5.1	Obstacles rencontrés dans la pratique.....	122
5.1.1	Variation de l'offre des services.....	122
5.1.2	Évolution des caractéristiques de la clientèle	123
5.1.3	Problèmes spécifiques rencontrés par les victimes	127
5.2	Besoins identifiés	128
5.2.1	Services d'aide directe auprès des victimes	129
5.2.2	Interventions préventives.....	131
5.3	Développement éventuel d'autres pratiques.....	133
5.3.1	Services d'aide directe auprès des victimes	133
5.3.2	Interventions préventives.....	134

CHAPITRE 6 SYNTHÈSE ET ENJEUX IDENTIFIÉS	136
6.1 Synthèse	137
6.1.1 Services d'aide directe pour les enfants et les adolescents-es	137
6.1.2 Services d'aide directe pour les adultes.....	138
6.1.3 Interventions préventives.....	140
6.2 Enjeux identifiés	141
6.2.1 Formation, supervision et diffusion	141
6.2.2 Développement de pratiques.....	142
6.2.3 Recherche et évaluation.....	146
RÉFÉRENCES	148

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Activités et interventions offertes	58
Tableau 2	Combinaison des interventions offertes.....	58
Tableau 3	Actions sociales ou politiques	59
Tableau 4	Clientèles desservies par les organismes selon le type de services offerts	60
Tableau 5	Organismes offrant des services aux victimes d'agression sexuelle.....	61
Tableau 6	Organismes offrant des services aux adultes de soutien	62
Tableau 7	Soutien des organismes à leurs intervenants	63
Tableau 8	Partenariat avec d'autres organismes ou ressources	65
Tableau 9	Organismes et ressources partenaires	66
Tableau 10	Degré d'atteinte des objectifs des interventions en matière d'agression sexuelle	67
Tableau 11	Perception des raisons du succès des interventions	67
Tableau 12	Buts visés de l'ensemble des services d'aide directe	90
Tableau 13	Modèles théoriques qui sous-tendent l'ensemble des services d'aide directe.....	91
Tableau 14	Évaluation individuelle de l'ensemble des services d'aide directe.....	92
Tableau 15	Objectifs généraux - Services d'aide directe.....	94
Tableau 16	Thèmes abordés - Services d'aide directe	95
Tableau 17	Principaux moyens et techniques d'intervention - Services d'aide directe	96
Tableau 18	Buts finaux de l'ensemble des interventions préventives	115
Tableau 19	Modèles théoriques qui sous-tendent l'ensemble des interventions préventives.....	116
Tableau 20	Objectifs généraux - Interventions préventives.....	118
Tableau 21	Thèmes abordés - Interventions préventives.....	119
Tableau 22	Principales méthodes d'intervention - Interventions préventives.....	120
Tableau 23	Évolution des caractéristiques de la clientèle qui utilise les activités en services d'aide directe	123
Tableau 24	Évolution des caractéristiques de la clientèle qui utilise les activités préventives.....	126
Tableau 25	Problématiques spécifiques identifiées	127

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAVAC	Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels
CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels
CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CH	Centre hospitalier
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIASF	Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille
CLSC	Centre local de services communautaires
CPEJ	Centre de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse
CPIVAS	Centre de Prévention et d'Intervention auprès des Victimes d'Agression Sexuelle Inc.
CRIPHASE	Centre de Ressources et d'Intervention pour Hommes Abusés Sexuellement dans leur Enfance
CRI-VIFF	Centre de Recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CSST	Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail du Québec
CVASM	Centre pour les Victimes d'Agression Sexuelle de Montréal
DSP	Direction de la santé publique
IVAC	Indemnisation des Victimes d'Acte Criminel
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIPQ	Projet d'Intervention Prostitution de Québec
R.O.E.Q.	Regroupement des Organismes Espace du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux

INTRODUCTION

En rendant publiques ses orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle, le gouvernement du Québec (2001a) a contribué à la reconnaissance des agressions sexuelles comme étant un problème social grave qui doit faire l'objet d'actions énergiques.

Dans ce contexte, le *Centre de Recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes* [CRI-VIFF] a reçu une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] pour la réalisation de deux projets menant au développement de la recherche et des pratiques sociales en matière d'agression sexuelle : 1) un inventaire descriptif des pratiques, et 2) une analyse des besoins de recherche. Le premier projet consiste en un inventaire et une description des principales pratiques d'intervention, tant préventives que curatives. Le deuxième projet avait pour but d'analyser les besoins et les attentes des divers milieux de pratique vis-à-vis de la recherche (Damant, Damasse, Chamberland, Hébert, Lavoie, Dorais & al., 2001).

En référence à ces projets, ce document constitue l'inventaire descriptif des pratiques. En prenant en considération que le développement d'actions cohérentes et concertées en matière d'agression sexuelle passe sans contredit par une connaissance approfondie et une vision d'ensemble des divers services et pratiques existants au Québec, l'objectif de cette étude est donc de dresser un inventaire :

- des organismes et des services destinés aux victimes d'agression sexuelle, adolescents-es et adultes des deux sexes;
- des principales pratiques curatives auprès de ces clientèles;
- des principales pratiques préventives en matière d'agression sexuelle.

Ce projet vise à :

- constituer un bottin de ressources présentant un portrait des interventions ou des programmes visant les victimes d'agression sexuelle, bottin qui sera rendu accessible par le biais du site web du CRI-VIFF;
- favoriser la connaissance des différentes ressources auprès des victimes d'agression sexuelle auprès des intervenants-es concernés-es; ils pourront ainsi mieux situer leurs propres actions par rapport à l'ensemble de ce qui se fait dans le domaine des agressions sexuelles;

- identifier les besoins en matière d'évaluation de l'intervention;
- par la diffusion, favoriser les échanges inter-organismes et intersectoriels à propos des agressions sexuelles.

Le présent document se divise en six chapitres. Le premier chapitre est une recension des écrits portant sur les pratiques curatives et préventives tandis que le second expose la méthodologie de recherche et un portrait des organismes répertoriés. Les chapitres trois, quatre et cinq présentent les résultats obtenus à l'aide des données recueillies par l'entrevue téléphonique. Un chapitre porte sur les services d'aide directe offerts aux victimes, un autre présente les informations sur les interventions préventives tandis que le suivant permet de faire la lumière sur les besoins mentionnés par les répondants-es. Pour terminer, le chapitre VI effectue une synthèse et souligne les différents enjeux identifiés.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'offrir une description des principales recherches portant sur les agressions sexuelles, particulièrement celles visant les services d'aide directe aux victimes de même que des approches préventives dans ce domaine. Le chapitre comporte six parties. D'abord, un bref résumé des données liées à la prévalence et l'incidence de l'agression sexuelle est présenté. Ensuite, une brève synthèse des conséquences est exposée. La section suivante offre une analyse des interventions destinées aux enfants et adolescents-es; suit un aperçu des approches destinées aux femmes adultes ayant dévoilé une agression sexuelle. La partie suivante expose les interventions offertes aux hommes victimes d'agression sexuelle. Finalement, une brève synthèse des principales interventions visant à prévenir l'agression sexuelle est présentée. Cette recension des écrits pourra servir de toile de fond à l'étude des pratiques québécoises en matière d'agression sexuelle et permettra de mieux contextualiser les pratiques. Soulignons que les interventions identifiées par les répondants-es sont présentées sous forme d'une synthèse dans les chapitre III et IV et de façon détaillée dans les fiches en annexe.

1.1 PRÉVALENCE ET INCIDENCE DE L'AGRESSION SEXUELLE

Le terme « viol » ne couvrant que les infractions sexuelles impliquant la pénétration, il a été remplacé par celui d'agression sexuelle, terme beaucoup plus large permettant d'englober différents types d'abus. Le gouvernement du Québec (2001a) a récemment publié un document intitulé « Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle ». L'agression sexuelle y est définie comme suit :

... un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (Gouvernement du Québec, 2001a, p. 22).

La prévalence et l'incidence exactes des agressions sexuelles sont difficiles à cerner en raison des différentes définitions utilisées à travers les études (Haugaard, 2000), des multiples méthodes d'échantillonnage, de la variété des procédures de collecte de données et

de l'hésitation possible des répondants-es à dévoiler une situation abusive (Gorey & Leslie, 1997; Wynkoop, Capps & Priest, 1995). Toutefois, les données montrent que le phénomène des agressions sexuelles est d'importance tant au Québec, au Canada, qu'ailleurs dans le monde. Rind, Tromovitch et Bauserman (1998) rapportent que 27% des femmes et 14% des hommes mentionnent avoir été victimes d'agression sexuelle dans leur enfance. Lors d'une étude menée en Ontario, MacMillan et ses collègues (1997) révèlent que 13% des femmes et 4% des hommes indiquent avoir été victimisés sexuellement avant l'âge de 18 ans. Finkelhor (1994) stipule que les taux de prévalence sont comparables à travers différents pays, ces taux variant autour de 20% pour les femmes et de 3% à 11% pour les hommes. En ce qui concerne les taux d'incidence, une étude nationale réalisée aux États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services, 1999) a permis de répertorier plus de 122 000 cas d'agression sexuelle envers des enfants et des adolescents-es au cours de l'année 1995. Une récente étude canadienne portant sur l'incidence des mauvais traitements commis à l'endroit des mineurs-es révèle que 14 406 allégations d'agression sexuelle, dont 60% sont évaluées comme probables ou fondées, ont été rapportées aux services de protection entre les mois d'octobre et décembre 1998 (Trocmé & al., 2001). Rappelons toutefois que les données d'incidence ne représentent que la pointe de l'iceberg puisqu'elles sont fondées uniquement sur les cas qui parviennent aux autorités; plusieurs études ont établi que la majorité des victimes ne dévoilent pas l'agression (Trocmé & al., 2001).

1.2 CONSÉQUENCES DE L'AGRESSION SEXUELLE

Le nombre considérable de situations d'agression sexuelle a amené plusieurs chercheurs-es à s'intéresser aux effets de ces traumatismes sur l'adaptation psychosociale des victimes. La recherche empirique étant relativement récente, cette première vague d'études est souvent athéorique et empreinte de limites conceptuelles et méthodologiques (Briere, 1992; Kinard, 1994; Trickett & Putnam, 1998). Malgré les lacunes des études, la recension des écrits permet de dresser un portrait des difficultés d'adaptation notées chez les jeunes. Ainsi, suite à une méta-analyse, Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993) rapportent que les enfants impliqués dans une situation d'agression sexuelle présentent plus de problèmes d'agressivité, d'anxiété, de dépression, de somatisation, d'isolement social et de difficultés scolaires que les enfants des groupes témoins. L'apparition de comportements sexualisés non appropriés selon l'âge et des symptômes de stress post-traumatique [SPT] constituent aussi des répercussions fréquemment identifiées (Beitchman & al., 1991; Wolfe & Birt, 1995; Wolfe, 1998). D'une part, les données empiriques suggèrent que les comportements sexualisés (par exemple, les jeux sexualisés avec les pairs, l'insertion

d'objets dans l'anus ou le vagin, etc.) permettent de différencier les enfants victimes d'agression des enfants des groupes de comparaison cliniques et non cliniques (Friedrich & al., 2001; Hébert, 1992). D'autre part, les chercheurs-es ont observé une fréquence élevée de symptômes de SPT incluant la répétition incessante de jeux traumatiques, les cauchemars, les pensées intrusives, les comportements de régression, l'irritabilité, les troubles du sommeil et les difficultés de concentration (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; McLeer, Callaghan, Henry, & Wallen, 1994; Wells, McCann, Adams, Voris, & Ensign, 1995; McLeer & al., 1998; Tremblay, Hébert & Piché, 2000; Wolfe, 1998).

Plusieurs études suggèrent que certaines difficultés notées chez les victimes persistent à long terme (Briere & Elliot, 1994; Kuyken, 1995). Les femmes agressées sexuellement dans l'enfance seraient plus susceptibles de développer des problèmes d'abus d'alcool et de drogues, et un éventail de difficultés émotives telles la dépression et l'anxiété; par ailleurs, elles seraient plus à risque d'être victimisées à nouveau à l'adolescence et à l'âge adulte, et seraient fréquemment exposées à des relations conjugales violentes (Finkelhor, 1997; Gidycz, Coble, Latham & Layman, 1993; Polusny & Follette, 1995; Romans, Martin & Mullen, 1997). Les difficultés relationnelles des victimes d'agression sexuelle ont fait l'objet de travaux particuliers et certains auteurs-es s'intéressent plus spécialement aux relations conjugales qu'entretiennent ces individus et à la possibilité de violence dans leurs relations de couple (Lavoie, 2000). Lavoie (2000) souligne que les répercussions d'un vécu de violence dans les relations de couple à l'adolescence peuvent être nombreuses. Entre autres, la recension des écrits scientifiques identifie des conséquences dans diverses sphères de la vie des victimes : la santé mentale, la santé physique et sexuelle, la prise de risques, la consommation de services de santé ou psychosociaux et la vulnérabilité à une revictimisation. Hébert, Lavoie, Tremblay et McDuff (2000) ajoutent que les répercussions de cette violence de la part du partenaire peuvent être encore plus importantes si la jeune fille a été victime d'une agression sexuelle dans son enfance. Les auteurs-es ont comparé les effets de la violence dans les relations de couple chez des jeunes filles qui n'ont pas été victimisées sexuellement dans l'enfance à ceux observés chez des adolescentes qui rapportent une agression sexuelle avant l'âge de 14 ans, en plus de vivre une situation de violence avec leur partenaire amoureux à 15 ans. Leurs résultats montrent que le pourcentage de symptômes retrouvés parmi les victimes de violence dans les relations de fréquentations uniquement (21%) est nettement inférieur à celui observé pour les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance et de violence par le partenaire amoureux à l'âge de 15 ans (48%).

Les agressions sexuelles récentes chez les adultes représentent une autre forme de victimisation. Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer et Kilpatrick (2000) rapportent que les agressions récentes surviennent dix fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes et Nelson (1995) retrouvent un taux de 9,2% d'agression récente chez les femmes de leur échantillon en comparaison à moins de 1% pour les hommes ayant participé à leur étude (5 877 participants-es au total). Resnick et ses collègues (2000) indiquent une vaste étendue de conséquences observées chez les victimes, allant des blessures physiques (séquelles aux organes génitaux, maladies transmises sexuellement, problèmes de santé chronique, etc.) aux multiples répercussions sur la santé mentale (symptômes de SPT, dépression, pensées suicidaires, anxiété, etc.). Brillon et Marchand (1997) rapportent les résultats d'une étude québécoise réalisée auprès de 33 victimes d'agression sexuelle récente. Ils montrent que les victimes souffrent d'intenses symptômes de SPT (pensées envahissantes et récurrentes du viol et évitement des éléments qui y sont associés) et de dépression majeure peu de temps après la situation traumatique et trois mois plus tard, et ce, en comparaison à un groupe de femmes qui n'ont pas été agressées.

Bien que les séquelles des agressions sexuelles (dans l'enfance ou à l'âge adulte) soient nombreuses et variées, il ne semble pas exister de syndrome particulier applicable aux victimes d'agression sexuelle. Des modèles théoriques ont été proposés au cours des années (par exemple, les quatre composantes de Browne et Finkelhor, 1986; le modèle de stress post-traumatique, le modèle de stress et d'adaptation de Friedrich, 1990 et de Spaccarelli, 1994), mais peu de ces conceptualisations théoriques ont fait l'objet de travaux empiriques pour des fins de validation. De plus, les études témoignent d'une variabilité importante au plan des difficultés répertoriées et une proportion importante des personnes ayant subi une agression sexuelle semblent ne présenter aucun symptôme (Caffaro-Rouget, Lang & van Santen, 1989; Conte & Schuerman, 1987; Rind & al., 1998). Des hypothèses ont été émises pour expliquer cet état apparent de résilience incluant le fait que les difficultés peuvent apparaître plus tard dans le développement ou lorsque la victime est confrontée à un événement particulier. Par ailleurs, des auteurs-es ont mis en évidence que plusieurs facteurs tels le soutien des parents, les relations avec la fratrie et les stratégies d'adaptation (« coping ») pourraient influencer l'ampleur des difficultés notées suite à une situation d'agression sexuelle (Chaffin, Wherry & Dykman, 1997; Esparza, 1993; Hébert & al., 1999; Spaccarelli & Kim, 1995; Tremblay, Hébert & Piché, 1999). Sans vouloir minimiser les conséquences néfastes des agressions sexuelles, les données empiriques

témoignent de la variété des compétences personnelles et des mécanismes de survie mis à profit par les victimes d'agression sexuelle.

1.3 INTERVENTIONS DESTINÉES AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS-ES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE ¹

Les interventions offertes aux populations infantiles et juvéniles victimes varient considérablement en termes d'approches thérapeutiques et de modalités d'intervention. Cette section vise à dresser la liste des interventions disponibles ainsi qu'à faire état des travaux empiriques traitant de l'efficacité des divers traitements proposés à partir d'une recension d'écrits scientifiques de provenances diverses. Il ne s'agit pas ici d'un inventaire réalisé auprès des praticiens.

Un document de travail récemment publié tente d'établir des lignes directrices concernant l'évaluation et le traitement des agressions sexuelles et physiques commises à l'intérieur des familles (Saunders, Berliner & Hanson, 2001). Les auteurs ont développé un système de classification permettant de qualifier les différents programmes d'intervention retrouvés lors la recension des écrits et les milieux cliniques selon sept critères bien définis : 1) la présence d'une conceptualisation théorique reconnue, 2) une preuve clinique apparente d'efficacité en lien avec les anecdotes cliniques publiées, 3) la reconnaissance générale et l'utilisation fréquente de l'intervention proposée dans les milieux de pratique, 4) l'absence d'une preuve clinique ou empirique démontrant que cette intervention peut être dommageable pour la victime ou pour sa famille, 5) la présence d'un manuel, d'un livre ou d'autres écrits présentant et décrivant de façon précise et standardisée les modalités d'intervention et les procédures d'administration, 6) l'accessibilité à au moins deux études utilisant une distribution aléatoire des participants qui permettent de conclure que l'intervention suggérée est plus efficace ou aussi appropriée que l'intervention servant de comparaison, et 7) un constat voulant que l'ensemble des résultats des recherches évaluant cette intervention tendent à supporter son efficacité. Grâce à ces critères, Saunders et ses collègues (2001) attribuent une cote aux interventions recensées allant de 1 (traitement jugé efficace et bien soutenu), à 6 (traitement expérimental). Le cas échéant, la cote attribuée dans le système de classification suggéré sera soulignée dans la recension des différentes interventions offertes qui suit.

¹ La section 1.3 est tirée d'un article soumis pour publication : Tremblay, C. & Hébert, M. (soumis) Efficacité des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle : Présentation des nouvelles pratiques curatives.

D'abord, les interventions de groupe destinées aux enfants et aux adolescents-es victimes d'une agression sexuelle sont présentées. Puis, les traitements individuels ou dyadiques recensés dans le présent document sont exposés selon l'approche théorique préconisée par les intervenants-es; soit les traitements cognitivo-comportementaux, les interventions psychanalytiques/psychodynamiques et les traitements familiaux et systémiques.

1.3.1 Interventions individuelles versus interventions de groupe

Avant d'examiner plus en détail les différents traitements offerts, il apparaît essentiel d'aborder spécifiquement l'efficacité des interventions en fonction du format du service, soit les interventions de groupe ou les traitements individuels ou dyadiques. En effet, certains chercheurs stipulent que les interventions de groupe comportent plusieurs avantages et semblent plus efficaces pour aider les jeunes victimes (Wright, Lussier, Sabourin & Perron, 1999). Tourigny (1997) nuance toutefois ces affirmations en stipulant qu'il est difficile à ce jour de préciser lequel des deux formats, individuel ou de groupe, apparaît le plus approprié pour aider les enfants et les adolescents-es. Pour Tourigny (1997), il n'existe pas suffisamment de données scientifiques actuellement pour permettre de conclure qu'une approche thérapeutique est supérieure à une autre.

Quelques chercheurs-cliniciens ont proposé spécifiquement des interventions de groupe pour les jeunes. Par exemple, McGain et McKinsey (1995) proposent une thérapie de groupe visant plusieurs objectifs dont : 1) offrir à la jeune fille un environnement sécuritaire où elle peut discuter ouvertement de la situation traumatique, 2) augmenter l'estime de soi de la victime, 3) prévenir la revictimisation, 4) éviter des répercussions sur le fonctionnement à long terme, 5) procurer des modèles de relations hommes-femmes appropriés, 6) soutenir la jeune fille lors des procédures judiciaires, 7) éduquer la victime à propos des stratégies de protection et de prévention, 8) faciliter la communication concernant la dynamique de l'agression, 9) obtenir le soutien de la famille dans le traitement de la victime, 10) créer un réseau de soutien composé de pairs du même âge, et 11) diminuer les symptômes observés suite à l'agression. Les jeunes se rencontrent une fois par semaine pendant au moins six mois. McGain et McKinsey (1995) ont réalisé une étude évaluative auprès de 15 jeunes filles (âgées entre neuf et 12 ans), agressées sexuellement, en les comparant à 15 autres victimes qui ne reçoivent pas de traitement. Les résultats montrent qu'entre 0% et 33% des filles qui participent à l'intervention de groupe rapportent des difficultés d'adaptation à la suite du traitement (problèmes de comportement, anxiété/retrait social, problèmes de concentration et difficultés

relationnelles) alors qu'entre 60% à 100% des victimes qui ne participent pas au groupe d'intervention éprouvent de telles difficultés.

Berliner et Saunders (1996) proposent une intervention de groupe à des enfants agressés sexuellement en insistant sur les symptômes d'anxiété et de peur en plus des symptômes de STP. Le contenu de l'intervention comprend plusieurs composantes (par exemple, expression des sentiments reliés à la victimisation, expression des sentiments reliés à l'agresseur, soutien offert par la famille et les amis, etc.). Berliner et Saunders (1996) ont évalué leur intervention auprès d'un groupe d'enfants et de jeunes adolescents-es (quatre à 13 ans) répartis-es aléatoirement dans deux conditions de traitement. L'intervention de base est similaire pour tous-tes les participants-es, cependant, un des groupes (48 jeunes) participe, en plus de l'intervention type, à des sessions où il y a une emphase particulière sur l'anxiété et les peurs avec enseignement de techniques pour diminuer le stress. Le groupe de comparaison comprend 32 jeunes, et l'intervention proposée n'aborde pas de façon spécifique les symptômes d'anxiété et de peur ni n'enseigne les techniques cognitivo-comportementales telles que planifiées et structurées pour le premier groupe. Les auteurs rapportent des résultats concernant l'efficacité du traitement tout de suite après la fin de la thérapie, un an plus tard ainsi que deux ans après la fin du traitement. Contrairement à l'hypothèse de départ, il n'y a pas de différence significative entre les jeunes qui participent au groupe avec emphase particulière sur l'anxiété et les peurs (et techniques associées) et les jeunes qui reçoivent le traitement standard. La similarité des interventions constitue l'une des explications les plus plausibles pour expliquer cette absence de différence. L'absence de symptômes avant le traitement peut également justifier cette apparence de non-efficacité de l'intervention. Selon le guide de lignes directrices proposées par Saunders et ses collègues (2001), le traitement cognitivo-comportemental tel que défini par Berliner et Saunders (1996) se mérite une classification de 3, ce qui signifie que cette intervention est perçue comme pertinente et supportée dans la recension des écrits.

Stauffer et Deblinger (1996) proposent un programme de groupe destiné aux mères non-agresseuses (19 sujets) et à leur enfant d'âge préscolaire (deux à six ans). Les rencontres de groupe des mères se sont échelonnées sur une période de 11 sessions, à raison de deux heures par session. Les interventions reposent sur des techniques cognitivo-comportementales et visent plusieurs objectifs : aider les mères à gérer leurs propres réactions émotionnelles de manière à ce qu'elles soient plus soutenantes, éduquer les parents à propos des manières d'initier et de maintenir une communication ouverte parent-enfant en ce qui a trait à l'expérience d'agression sexuelle et à la sexualité en général, et

procurer aux mères des habiletés et des stratégies les aidant à gérer les problèmes de comportement des enfants. Les résultats de leur recherche montrent que l'intervention cognitivo-comportementale produit des effets positifs sur les symptômes observés chez les enfants et les mères non agresseuses. Plus spécifiquement, les mères rapportent moins de détresse, utilisent moins de stratégies d'évitement face aux pensées et aux sentiments reliés à l'agression, et utilisent de meilleures pratiques parentales pour gérer les comportements problématiques des enfants et pour discuter de l'agression sexuelle avec leur enfant au post-test. Les résultats se maintiennent lors de l'évaluation qui a lieu trois mois plus tard. Il faut cependant noter l'absence de groupe de comparaison, limitant par le fait même les résultats obtenus.

Plus récemment, Kruczek et Vitanza (1999) ont rapporté des résultats positifs d'une intervention de groupe pour adolescentes basée sur la résolution de problèmes et les concepts développés par Erickson. Les auteurs ont mesuré l'efficacité de leur intervention auprès de 41 jeunes adolescentes âgées entre 13 et 18 ans. La fréquence des rencontres de groupe était élevée, pouvant aller jusqu'à trois sessions par semaine, en raison du contexte d'intervention (les victimes étaient hospitalisées pour une période moyenne de deux semaines). Plusieurs thèmes sont abordés durant les séances, allant du sentiment de sécurité, des émotions intériorisées, des sentiments extériorisés, de la relaxation, des relations soutenantes, de la résolution de problèmes à l'estime de soi. Les auteurs observent que leur intervention semble efficace pour faire diminuer les symptômes des victimes et améliorer leur fonctionnement quotidien, et cela, tout de suite après le traitement et trois mois plus tard. L'absence de groupe de comparaison limite toutefois la portée des conclusions.

Reeker, Ensing et Elliott (1997) ont réalisé une méta-analyse des interventions de groupe destinées aux populations infantiles et juvéniles. Ils ont répertorié 56 études empiriques pertinentes pour cette recherche, pour finalement n'en conserver que 11 qui répondaient aux critères de sélection. Leur analyse indique que les interventions de groupe semblent efficaces pour aider les jeunes à s'adapter à une agression sexuelle.

1.3.2 Approche cognitivo-comportementale

L'une des approches les plus fréquemment utilisées auprès des enfants et des adolescents victimes d'agression sexuelle, et ayant fait l'objet de publications scientifiques, est la thérapie cognitivo-comportementale (King & al., 1999). D'une part, les interventions de ce type apparaissent pertinentes pour traiter les symptômes de SPT (re-expérimentation, comportements d'évitement et hyper-vigilance) et les autres difficultés d'adaptation

associées (anxiété, problèmes d'agressivité, difficultés de concentration, etc.) retrouvés chez les jeunes (Verduyn & Calam, 1999). D'autre part, cette approche thérapeutique permet d'aborder directement la situation abusive, ce qui est fortement recommandé dans la recension des écrits cliniques (Berliner, 1997; Finkelhor & Berliner, 1995; Friedrich, 1996; Saywitz, Mannarino, Berliner & Cohen, 2000). Enfin, les thérapies cognitivo-comportementales ont l'avantage d'être de courte durée et par conséquent, d'offrir, selon certains, un meilleur rapport coût/bénéfice pour les organismes payeurs ou pour les particuliers.

La présence de symptômes de SPT a donc amené des chercheurs-cliniciens à proposer des modèles d'intervention visant plus particulièrement ces réactions émotionnelles et comportementales. Les principaux objectifs d'un traitement cognitivo-comportemental [TCC] visent à encourager l'expression des idées et des sentiments reliés à l'expérience abusive (i.e. la colère, l'ambivalence, les peurs, la tristesse, etc.), à clarifier les pensées erronées concernant l'agression sexuelle et l'attribution de la responsabilité, à enseigner à l'enfant des habiletés de protection, et à faire diminuer les sentiments d'isolement et de stigmatisation (Deblinger & Heflin, 1996; Finkelhor & Berliner, 1995; Pearce & Pezzot-Pearce, 1997). La diminution de l'anxiété et des symptômes de SPT est facilitée par l'utilisation de techniques telles la restructuration cognitive, l'exposition graduelle, la désensibilisation systématique, la gestion des comportements non adaptés, et l'éducation sexuelle. Le but ultime consiste à faire parler l'enfant ou l'adolescent-e de son expérience sans utiliser d'intermédiaires, bien qu'il soit parfois difficile d'en arriver à cette fin. Des techniques plus indirectes comme le jeu dirigé (i.e., le fait de rejouer des éléments de la situation abusive avec du matériel de jeu), les dessins, les histoires à raconter, la visualisation et autres, sont plus souvent utilisées avec des enfants ou des adolescents-es démontrant davantage d'anxiété (Deblinger & Heflin, 1996; Pearce & Pezzot-Pearce, 1997). Les personnes intéressées à connaître de façon plus détaillée les différentes techniques utilisées dans les interventions cognitivo-comportementales sont référées au chapitre de Rothbaum, Meadows, Resick et Foy (2000).

Certaines des interventions cognitivo-comportementales ont fait l'objet d'évaluations empiriques. Elles sont, pour la plupart, offertes aux États-Unis à des populations d'enfants et de jeunes adolescents-es agressés-es sexuellement. Il est possible d'identifier quelques regroupements de chercheurs-cliniciens qui s'intéressent plus particulièrement à cette forme de thérapie. D'abord, le groupe d'Esther Deblinger et ses collègues au New Jersey qui proposent un TCC individuel et dyadique destiné aux victimes d'agression sexuelle intrafamiliale et extrafamiliale, âgées entre trois et 13 ans. L'intervention comprend trois

composantes spécifiques, soit un traitement pour l'enfant, un pour le parent non-agresseur et un troisième visant des sessions conjointes avec le parent et l'enfant (Deblinger & Heflin, 1996). Les interventions sont orchestrées autour de l'entraînement aux habiletés cognitives (habiletés d'expression des émotions, stratégies d'adaptation cognitive et relaxation), de l'exposition graduelle progressive, de l'éducation sexuelle et de la gestion des comportements problématiques.

Deblinger, Lippman et Steer (1996) réalisent une étude randomisée ayant pour but d'évaluer l'efficacité des différentes composantes de l'intervention proposée. Quatre groupes de participants-es sont répartis de façon aléatoire dans les conditions suivantes : 1) groupe enfants : uniquement les enfants victimes qui reçoivent les interventions, 2) groupe parents non-agresseurs : intervention destinée seulement aux parents non-agresseurs, et 3) groupe parent-enfant : intervention combinée avec la victime et sa mère, et 4) services usuels : victimes et leurs parents qui reçoivent les services généraux offerts dans la communauté. Les symptômes de SPT sont particulièrement visés par cette intervention, mais les autres difficultés comportementales et affectives manifestées par l'enfant sont également abordées. Soixante-huit sujets d'âge scolaire (sept à 13 ans) complètent le traitement ainsi que les évaluations pré et post-traitement. Les auteurs rapportent des résultats différents selon que l'enfant seul, le parent seul, ou les deux participent à l'intervention. Les symptômes de SPT sont moins nombreux parmi les enfants qui reçoivent une forme de traitement (enfant seulement ou enfant et parent) lorsque comparés aux familles desservies dans la communauté et à la modalité parent seulement. Cependant, les parents non-agresseurs qui participent à une forme d'intervention (parent seulement ou parent-enfant) se perçoivent plus adéquats dans leur rôle parental, perçoivent moins de difficultés externalisées et moins de symptômes dépressifs chez leur enfant en comparaison aux victimes ayant reçu les services usuels ou l'intervention impliquant uniquement l'enfant.

En 1999, Deblinger, Steer et Lippmann rapportent les résultats d'une étude mesurant l'efficacité de leur intervention sur une période de deux ans réalisée avec les familles qui ont participé à leur recherche en 1996. Les résultats de l'étude longitudinale montrent que les cotes des enfants (75 des 100 sujets initiaux) aux échelles de problèmes de comportements externalisés, de dépression et de symptômes de SPT demeurent les mêmes à tous les temps de mesure, soit après le traitement, trois mois, six mois, un an et deux ans plus tard. Ces données suggèrent que les améliorations notées suite au traitement perdurent dans le temps, démontrant par le fait même l'efficacité de l'intervention cognitivo-comportementale telle que proposée par les chercheurs, de même que l'influence de l'implication du parent non-agresseur dans le traitement. En ce sens, il est possible de

penser que les techniques d'interventions employées soient pertinentes, mais que la relation mère-victime ainsi que le soutien maternel apporté jouent un rôle primordial dans le pronostic de traitement.

Judith A. Cohen et Anthony P. Mannarino, de Pittsburgh en Pennsylvanie, constituent un deuxième groupe de chercheurs-cliniciens qui s'intéressent aux interventions destinées aux victimes d'agression sexuelle et qui proposent un traitement basé sur les concepts cognitivo-comportementaux. La thérapie individuelle comporte douze séances qui visent la diminution des problèmes de comportement et des difficultés affectives présents suite à l'agression sexuelle. L'intervention a été spécifiquement développée pour des enfants d'âge préscolaire (trois à six ans) (Cohen & Mannarino, 1996). Le traitement comprend également des séances destinées aux parents non-agresseurs et aborde plusieurs thèmes (par exemple, ambivalence liée au dévoilement de l'enfant, ambivalence des sentiments face à l'agresseur, attributions de la responsabilité, etc.). Les séances pour les enfants visent, entre autres, la modification des comportements problématiques ainsi que le développement d'un sentiment de sécurité interne, en insistant sur l'affirmation de soi et l'identification des touchers appropriés et non appropriés. Les techniques usuelles de l'approche cognitivo-comportementale sont employées auprès du parent et de l'enfant, tout en étant adaptées à l'âge des clients-es.

Cohen et Mannarino (1996) ont évalué l'efficacité de leur intervention auprès d'un groupe de 39 enfants d'âge préscolaire et de leur parent. Ils ont comparé le TCC offert à une thérapie de soutien non directive où l'expression des émotions est encouragée mais non spécifiquement par rapport à la situation abusive (28 dyades mère-enfant). Les résultats indiquent que les enfants qui reçoivent l'intervention spécifique expérimentent moins de difficultés d'adaptation que les enfants qui participent à la thérapie de soutien. Le TCC a un effet bénéfique pour diminuer les comportements sexualisés des victimes, les symptômes de dépression et sur l'ensemble des comportements. Plus récemment, Cohen et Mannarino (1998) ont tenté de reproduire les résultats obtenus en 1996 mais cette fois-ci, avec un groupe comprenant des enfants d'âge scolaire et des adolescents-es (sept à 14 ans). Le même format d'intervention est offert, soit un TCC comportant 12 séances individuelles avec l'enfant et avec le parent non-agresseur. Les thèmes couverts dans chacun des modules sont identiques, de même que les stratégies d'intervention, tout en étant adaptés à une population d'enfants plus vieux. Quarante-neuf dyades mère-enfant sont réparties de façon aléatoire entre deux modalités de traitement, soit 30 enfants et leur parent non-agresseur qui reçoivent le traitement spécifique à l'agression sexuelle, et 19 dyades mère-enfant qui obtiennent une thérapie de soutien. Les résultats indiquent que l'intervention spécifique a

un effet significatif sur la diminution des symptômes de dépression et sur les compétences sociales, comparativement à l'intervention de soutien non spécifique. D'un point de vue clinique, l'intervention cognitivo-comportementale semble avoir un effet important sur la diminution, voire la disparition, des symptômes dépressifs et des comportements sexualisés non appropriés, ce qui n'est pas le cas pour la thérapie de soutien. Les résultats se maintiennent douze mois après la fin du traitement (Cohen & Mannarino, 1997).

Un groupe de chercheurs de l'Australie a récemment fait l'évaluation d'un TCC offert aux jeunes agressés sexuellement ainsi qu'aux parents non-agresseurs présentant des symptômes de SPT (King & al., 2000). Leur intervention est basée sur les traitements proposés par Deblinger et ses collègues (1996) et par Cohen et Mannarino (1996). King et ses collègues (2000) proposent vingt sessions individuelles à l'enfant ou à l'adolescent-e (âgés-es entre cinq et 17 ans), abordant les concepts développés par Deblinger et ses collègues (1996), ou 20 sessions aux parents non-agresseurs traitant des thèmes inclus dans le programme de Cohen et Mannarino (1996). Ils ont mesuré l'efficacité de leur intervention auprès de trois groupes de participants-es répartis-es aléatoirement, soit un premier recevant seulement le traitement pour la victime (n = 9), un deuxième groupe comportant uniquement des parents non-agresseurs (n = 9), et finalement un troisième groupe de sujets étant en attente de recevoir des services (liste d'attente) (n = 10). Les résultats indiquent que le TCC apparaît efficace pour faire diminuer les symptômes de SPT, les sentiments de peur ainsi que l'anxiété des victimes en comparaison aux enfants en attente de recevoir le traitement. Ces données auto-rapportées de même que les données provenant du clinicien sont corroborées par l'évaluation du parent non-agresseur qui indique une diminution des symptômes de SPT et un meilleur fonctionnement général. En fonction des résultats obtenus, les auteurs ne parviennent toutefois pas à qualifier l'effet spécifique du traitement offert à l'enfant ou celui de l'intervention destinée au parent non-agresseur. En ce sens, il est difficile de spéculer sur la supériorité de l'une ou l'autre des composantes.

Il apparaît judicieux de souligner que les interventions proposées par le groupe de Deblinger et celui de Cohen et Mannarino sont les seules qui se méritent une classification de 1 dans les lignes directrices proposées par Saunders et ses collègues (2001), signifiant que ces interventions sont considérées comme efficaces et très bien appuyées dans la recension des écrits. En effet, selon leurs critères d'évaluation, les TCC tels que proposés par ces deux groupes (qui sont regroupés dans le guide de Saunders & al., 2001) apparaissent les plus susceptibles d'aider les jeunes victimes d'agression sexuelle et leur famille à s'adapter à la situation à laquelle ils font face.

1.3.3 Approche psychanalytique/psychodynamique

Plusieurs interventions utilisées auprès des populations infantiles et juvéniles s'inspirent de l'approche psychanalytique/psychodynamique et font souvent appel à la thérapie par le jeu. Ceci inclut l'utilisation du jeu non directif où les conflits latents et les difficultés du jeune transparaissent dans la sélection des jouets, des scénarios mis en place, et dans la qualité du jeu (Johnson, 1997). Selon Wershba-Gershon (1996), le jeu libre représente le mode de communication le plus accessible et sécuritaire pour l'enfant parce qu'il lui procure la possibilité d'exprimer « ouvertement » ses sentiments et de « gérer » la situation abusive de manière à se sentir plus en contrôle face à ce qui lui est arrivé. De plus, le jeu permet de faire un lien moins menaçant entre la réalité interne et le monde extérieur. Klorer (1995) propose l'utilisation des poupées anatomiques dans le traitement des jeunes agressés sexuellement en plus du jeu libre. Tout en nuancant l'emploi de ces poupées dans les évaluations des allégations d'agression sexuelle, l'auteure explique la pertinence d'intégrer ces poupées dans une salle de jeu afin d'aider certains jeunes, particulièrement les enfants d'âge préscolaire, à parler de leur agression sexuelle. Enfin, Reichert (1998) suggère l'utilisation des animaux dans le traitement des jeunes. Elle suppose que la présence d'un animal dans le contexte thérapeutique démontre à l'enfant la capacité de l'intervenant à prendre soin, lui donnant ainsi confiance pour se dévoiler. Soulignons toutefois qu'aucune de ces méthodes d'intervention n'a fait l'objet d'une évaluation empirique rigoureuse permettant de qualifier l'efficacité des techniques employées.

Fonagy et Target (1994) ont réalisé une des rares analyses de dossiers visant à évaluer l'efficacité d'une intervention psychanalytique pour 135 jeunes (trois à 17 ans) présentant un trouble externalisé en comparant l'efficacité de cette approche pour 135 jeunes (trois à 18 ans) manifestant un trouble émotionnel. Leurs résultats indiquent que la psychanalyse ou la psychothérapie d'approche analytique est associée à une amélioration du fonctionnement dans les deux groupes de jeunes. En effet, le retour à un niveau de fonctionnement jugé comme normal (absence de diagnostic) à la suite de la thérapie a été observé chez 33% des enfants. Il semble donc que les interventions peuvent produire des changements considérables chez certains-es clients-es. Bien que les résultats de cette analyse de dossiers soient encourageants, ils ne traitent pas spécifiquement de l'efficacité des interventions destinées à une population d'enfants ou d'adolescents-es victimes d'agression sexuelle.

Saywitz et ses collègues (2000) énoncent quelques explications justifiant le nombre restreint d'études évaluatives des traitements d'approche psychanalytique/ psycho-

dynamique. Selon eux, la difficulté de standardiser et de mesurer l'ingrédient jugé actif (transfert) dans ces interventions constitue un des obstacles majeurs à la réalisation des études évaluatives. De plus, peu d'instruments standardisés, suffisamment spécifiques et sensibles sont disponibles actuellement pour évaluer les changements souhaités chez les patients-es, soit une modification importante des patrons d'interactions familiales ou des changements intrapsychiques. Toutefois, Kernberg, Chazan et Normandin (sous presse) ont élaboré un outil permettant d'évaluer la qualité du jeu des enfants impliqués dans un processus thérapeutique. « L'Instrument de Thérapie de Jeu pour Enfants » ou le « Children Play Therapy Instrument » [CPTI] permet, entre autres, d'obtenir des indices sur les thèmes mis en scène et sur la qualité du jeu libre de l'enfant. Cet instrument peut être utilisé auprès des clientèles d'enfants victimisés, ce qui favorisera sans doute l'émergence d'études évaluatives pour les traitements d'approche analytique/dynamique.

Certains auteurs ont néanmoins proposé des interventions d'approche analytique pour les populations d'enfants et d'adolescents-es victimes d'agression sexuelle. Bonner, Walker et Berliner (1999) ont publié un manuel standardisé d'un traitement de groupe d'approche psychodynamique employant les postulats de la thérapie de jeu. Durant les séances, les jeunes choisissent librement l'activité qu'ils veulent faire parmi celles disponibles; ils choisissent également avec qui ils désirent interagir dans le groupe. Les deux thérapeutes (une femme et un homme, de préférence) aident les jeunes à prendre conscience de leurs conflits internes et de leurs difficultés, et facilitent les interactions sociales par l'entremise des interprétations, des verbalisations et des comportements des jeunes. Le modèle psychodynamique suggère que le jeu constitue le mode d'expression privilégié pour les jeunes et que la thérapie par le jeu peut les aider à avoir plus d'introspection en lien avec leurs comportements et leurs sentiments, à développer leur empathie pour les sentiments et les besoins d'autrui, à mieux comprendre leurs propres besoins et à les exprimer de façon socialement appropriée et à être en relation avec d'autres personnes significatives de façon positive, facilitant ainsi leur développement interne. Le traitement de groupe proposé par Bonner et ses collègues (1999) s'adresse à des jeunes âgés entre six et 12 ans qui présentent des problèmes de comportements sexualisés à la suite de la victimisation. Des techniques spécifiques sont utilisées pour les 12 sessions de l'intervention et peuvent inclure, par exemple, des jeux d'équipe, de l'art thérapie, des histoires à raconter, des marionnettes, des déguisements, etc. La participation à un groupe de parents non-agresseurs est offerte de façon parallèle et vise à aider les parents à gérer leurs sentiments de culpabilité, de honte, de colère, d'anxiété et de déni ou à aborder les difficultés de gestion des comportements. Selon le guide de Saunders et ses collègues

(2001), ce traitement pourrait être acceptable et prometteur, mais des évaluations empiriques et cliniques sont nécessaires avant de conclure à son efficacité réelle.

Enfin, Eliana Gil (1991, sous presse) suggère une intervention de jeu centrée sur le traumatisme. Elle postule que cette forme de thérapie permet aux enfants agressés sexuellement d'utiliser des symboles (les jouets et jeux) pour extérioriser leur monde intérieur, projeter leurs pensées et leurs sentiments, et intégrer les émotions et les cognitions, tout en préservant une distance perçue comme rassurante et sécurisante. Les thérapeutes qui utilisent la thérapie de jeu centrée sur le traumatisme sélectionnent des jouets qui vont permettre à l'enfant de symboliser ou bien de recréer des éléments de l'expérience traumatique, de telle sorte que la victime va être en mesure de l'intégrer de façon appropriée. Gil (1991, sous presse) stipule que cette façon de procéder représente une voie naturelle pour l'enfant d'expérimenter l'exposition graduelle, une stratégie cognitivo-comportementale fréquemment utilisée auprès de cette population. Tout comme pour l'intervention proposée par Bonner et ses collègues (1999), la thérapie de jeu centrée sur le traumatisme de Gil (1991, sous presse) n'a pas reçu à ce jour d'appui empirique suffisant pour qualifier l'efficacité de cette méthode d'intervention. Par conséquent, Saunders et ses collègues (2001) accordent une cote de 4, indiquant le caractère acceptable et prometteur de cette intervention, mais soulignant la nécessité d'évaluations rigoureuses avant d'en tirer quelque conclusion que ce soit.

1.3.4 Approche familiale ou systémique

Les interventions proposées jusqu'à maintenant s'adressent principalement à l'enfant et à l'adolescent-e. Certains traitements (Deblinger & Heflin, 1996; Cohen & Mannarino, 1996, 1998; Stauffer & Deblinger, 1996) offrent également des sessions de thérapie aux parents non-agresseurs qui sont, dans la plupart des cas, les mères des enfants ou leur représentant-e (mère d'accueil, mère d'adoption, etc). Le raisonnement menant à intervenir rapidement auprès des parents suite au dévoilement repose sur le principe que la situation de crise (i.e. le dévoilement de l'agression sexuelle) implique généralement toute la famille et que la façon dont les adultes réagissent durant cette période semble avoir un effet à long terme sur l'adaptation des jeunes (Jinich & Litrownik, 1999). La recension des écrits tend de plus en plus à démontrer que les besoins des parents non-agresseurs sont aussi importants que ceux des victimes et qu'il faut en tenir compte dans les interventions (Manion & al., 1998; Massat & Lundy, 1998; Newberger, Gremy, Wateriaux & Newberger, 1993; Stauffer & Deblinger, 1996; Timmons-Mitchell, Chandler-Holtz & Semple, 1996; Verduyn & Calam, 1999). Par ailleurs, les recherches empiriques démontrent également

que l'implication du parent dans toute forme d'intervention apparaît avoir une influence très importante sur le pronostic de l'enfant ou de l'adolescent-e (Cohen & Mannarino, 2000; Friedrich, 1996; Merrick, Allen & Crase, 1994).

En tenant compte de ces résultats empiriques et de l'importance d'offrir des services aux parents non-agresseurs, voire même à toute la famille, quelques cliniciens-chercheurs ont développé des programmes d'intervention d'approche familiale ou systémique. Silovsky et Hambree-Kigin (1994) proposent des lignes directrices pour l'intervention familiale dans le cas d'agression sexuelle de la fille par le père ou par la figure paternelle (incluant par exemple, les beaux-pères). D'abord, les auteurs suggèrent différents objectifs à la thérapie familiale, soit la prévention de la récurrence de l'agression sexuelle et la protection de l'enfant, la prise de responsabilité de ses actes par l'agresseur, et finalement, le rétablissement d'une hiérarchie à l'intérieur de la famille. Silovsky et Hambree-Kigin (1994) mentionnent que certains-es cliniciens-nes suggèrent une approche multi-système où la victime, l'agresseur et le parent non-agresseur participent à des thérapies individuelles, dyadiques ou de groupe avant ou en même temps que la thérapie familiale, alors que d'autres préconisent la thérapie familiale d'emblée puisque le problème est perçu comme systémique. Enfin, les auteurs insistent sur la pertinence d'une « session d'excuses » (*apology session*) où l'agresseur fait des excuses sincères à la victime et aux autres membres de la famille avant d'entamer la thérapie familiale en tant que telle. Il est important de souligner cependant que ces lignes directrices sont proposées sur la base d'anecdotes cliniques et qu'il existe peu de recherches évaluatives qui ont validé ce type d'intervention (Finkelhor & Berliner, 1995; Tourigny, 1997).

La plupart des auteurs qui proposent des thérapies familiales s'inspirent de modèles théoriques systémiques offrant, en ce sens, des programmes d'intervention complets incluant des services individuels, dyadiques, de groupe et familial, en même temps ou de façon successive (Wright & al., 1999). Merrick et ses collègues (1994) proposent un tel programme de traitement pour des enfants âgés entre quatre et 17 ans. D'abord, l'intervention individuelle suggérée vise le développement d'un sentiment de compétence chez l'enfant et de contrôle face à la situation abusive et aux effets associés. À l'intérieur des sessions individuelles, les enfants apprennent de nouvelles stratégies d'adaptation, des techniques de prévention et des façons de modifier leurs comportements problématiques. Les objectifs poursuivis par la thérapie familiale, dans un deuxième temps, sont l'établissement et le maintien des frontières personnelles, l'instauration de rôles clairs et bien définis entre les parents et les enfants, l'éducation de toute la famille concernant l'agression sexuelle, et l'assistance émotionnelle dans la gestion des émotions et des pensées

personnelles reliées à l'agression sexuelle. Enfin, Merrick et ses collègues (1994) proposent, allié à une thérapie familiale, un format d'intervention de groupe qui a comme objectif d'aider les victimes à se sentir moins stigmatisées et moins isolées socialement. Les auteurs ont évalué leur programme d'intervention auprès de 47 victimes et leur famille. Les résultats indiquent que la présence d'un adulte significatif qui soutient et protège le système familial est cruciale dans l'adaptation de l'enfant. Les jeunes qui demeurent dans leur milieu familial (qui ne sont donc pas placés en famille ou foyer d'accueil) s'adaptent mieux suite à une situation abusive. De plus, les victimes qui ont bénéficié des trois formes de thérapie (individuelle, de groupe et familiale) atteignent davantage les objectifs d'intervention fixés et sont moins fréquemment retirés de leur milieu familial que ceux qui reçoivent uniquement l'intervention de groupe ou individuelle. La thérapie familiale semble donc être une composante cruciale. Certes, cette étude est empreinte de limites méthodologiques importantes (par exemple, absence de groupe de comparaison, non-utilisation de mesures standardisées), mais elle représente un premier pas dans l'évaluation d'une intervention systémique.

Grosz, Kempe et Kelly (2000) ont développé une intervention, le ReCAP (Recovery for Children and Parents), destinée spécifiquement aux enfants de deux à 14 ans victimes d'une agression perpétrée par un tiers, pouvant inclure des gardiens, des amis-es de la famille, des voisins-es, une personne de la garderie ou de l'école, un-e étranger-ère ou quelqu'un de la famille élargie (un grand-oncle, un petit cousin, etc.). L'intervention offre des sessions de thérapie familiale ayant comme objectif d'évaluer rigoureusement le fonctionnement individuel et familial et de promulguer des interventions de gestion de crise. Des références à des services spécialisés et individualisés sont effectuées lorsque jugées nécessaires. Un certain nombre de jeunes participent également à une intervention de groupe qui vise à augmenter les comportements d'adaptation, à faciliter l'expression des sentiments, et à enseigner des habiletés de résolution de problème et des concepts de prévention. Une intervention individualisée a été offerte aux autres victimes ne participant pas au groupe. Enfin, un groupe de soutien, qui vise à briser l'isolement social et à diminuer le sentiment de stigmatisation, est également promulgué à certains parents. Dans les rencontres de groupe, les parents abordent entre eux leurs propres réactions et leurs sentiments associés au dévoilement de la situation abusive, ils discutent de la façon la plus appropriée d'interagir avec leur enfant agressé et leurs autres enfants, ils s'informent des procédures légales et ils expriment leurs sentiments quant à la façon de gérer la situation avec leurs parents, amis-es, voisins-es et autres.

Grosz et ses collègues (2000) rapportent que leur intervention a été efficace pour les jeunes et les parents. Entre autres, les interventions semblent avoir aidé les enfants et les jeunes adolescents-es à avoir moins peur d'une récurrence éventuelle et à développer des habiletés de protection, à se sentir moins tristes et déprimés, à comprendre qu'ils-elles ne sont pas responsables de l'agression sexuelle, à exprimer de façon appropriée leur colère, et à avoir un meilleur fonctionnement quotidien à l'école, à la maison et avec la fratrie. Quant à l'effet de l'intervention pour les parents, Grosz et ses collègues (2000) stipulent que ces derniers rapportent moins de symptômes d'anxiété, de colère, de tristesse et de culpabilité. Ils ont également l'impression de retrouver confiance en leurs capacités d'être des parents adéquats, et de percevoir leur enfant à nouveau comme « non endommagé ». Cependant, il faut relativiser les données rapportées par les auteurs. En effet, l'absence d'une évaluation basée sur des instruments standardisés et « plus objectifs » limite la portée de ces résultats, de même que l'absence d'un groupe de comparaison.

Il existe aux États-Unis une intervention basée sur la méthode de Giaretto (1982) développée en Californie. Ce programme, « Parent-United », offre des services thérapeutiques et de soutien s'adressant à un large éventail d'individus touchés par le dévoilement d'une agression sexuelle incluant les victimes, les agresseurs, les adultes agressés dans l'enfance et les personnes significatives les entourant (parents non-agresseurs, conjoints-es, fratrie, etc.) (Johnson, 2001 dans Saunders & al., 2001). Le format d'intervention est principalement le groupe, qui comporte en général huit séances hebdomadaires. Certains des groupes abordent des thèmes bien spécifiques alors que d'autres sont conçus de façon progressive, exigeant du-de la participant-e de suivre plusieurs thérapies de groupe. Des techniques cognitivo-comportementales sont utilisées lors de ces séances en plus de la psycho-éducation, de la thérapie de soutien, et du développement des habiletés interpersonnelles. Bien que cette approche soit assez largement connue, aucune évaluation rigoureuse n'est rapportée dans la recension des écrits. Le guide de Saunders et ses collègues (2001) classe ce traitement comme étant une intervention prometteuse ayant certains appuis cliniques, mais nécessitant plus d'évaluations empiriques, lui attribuant une cote de 4.

1.3.5 Conclusions

Les travaux empiriques sur les conséquences des agressions sexuelles commises à l'endroit des enfants et des adolescents-es ont été fructueux au cours des deux dernières décennies. L'ensemble des données permet d'établir un portrait assez précis de la variabilité des effets potentiels sur le fonctionnement affectif, cognitif, social et comportemental des

enfants et des adolescents-es, et ce, à court et à long terme. Plus récemment, l'intérêt grandissant porté au développement et à l'évaluation des interventions offertes aux victimes et à leur famille a permis aux intervenants-es d'adapter leur pratique en fonction des méthodes et des outils jugés les plus efficaces et les plus appropriés pour aider ces populations. À la lumière des différentes interventions présentées jusqu'à maintenant, et de quelques recensions détaillées (voir Finkelhor & Berliner, 1995; Friedrich, 1996; Saunders & al., 2001; Tourigny, 1997), il apparaît judicieux de souligner certains points.

Tout d'abord, les écrits confirment l'importance d'appliquer des méthodes d'interventions spécifiques aux agressions sexuelles et d'aborder la problématique graduellement mais directement avec les clients-es (Finkelhor & Berliner, 1995; Friedrich, 1996; Pearce & Pezzot-Pearce, 1997; Saunders & al., 2001). Les résultats des études tendent en effet à démontrer que les interventions sont plus efficaces si une discussion ouverte concernant l'agression survient en cours de traitement.

Parmi les difficultés d'adaptation relevées chez les jeunes victimes, les symptômes de SPT sont présents dans une proportion assez élevée (Kendall-Tackett & al., 1993; McLeer & al., 1998) et apparaissent bien réagir aux efforts d'intervention, surtout ceux d'approche cognitivo-comportementale (Deblinger & al., 1996, 1997, 1999; King & al., 2000). Fonagy et Target (1994), Friedrich (1996) et Saywitz et ses collègues (2000) stipulent d'ailleurs que les interventions semblent plus efficaces lorsqu'une composante d'anxiété est présente, expliquant par le fait même l'efficacité retrouvée pour les symptômes de SPT. Les auteurs soulignent toutefois l'importance de s'attarder aux autres effets observés chez les victimes, comme par exemple les comportements sexualisés et les conduites agressives, et de tenter d'intervenir également à ce niveau (Berliner & Saunders, 1996; Finkelhor & Berliner, 1995). D'ailleurs, Finkelhor et Berliner (1995) ainsi que Friedrich (1996) mentionnent que ces symptômes sont difficiles à modifier et que les interventions actuellement proposées ne semblent pas suffisamment efficaces pour apporter un changement significatif. Tourigny (1997) et Saywitz et ses collègues (2000) soulignent, en outre, l'importance d'adapter les interventions en fonction des symptômes retrouvés chez les victimes au lieu d'offrir une intervention standard pour toutes les victimes.

Jusqu'à maintenant, les résultats empiriques ne permettent pas de spéculer sur la supériorité d'une modalité d'intervention particulière ni sur l'approche théorique la plus efficace (Tourigny, 1997). Chacun des formats d'intervention, soit les thérapies individuelles, de groupe et familiales, comportent ses avantages et ses inconvénients, et il semble plus juste d'adapter l'intervention aux particularités de la victime et de la situation traumatique (Wright & al., 1999). De plus, bien que les traitements cognitivo-

comportementaux semblent apparaître supérieurs en termes d'efficacité, il est important de souligner que les interventions d'approches psychanalytique/psychodynamique et systémique n'ont pas encore fait l'objet de multiples évaluations empiriques. Les travaux à venir auraient avantage à informer un peu plus sur les approches thérapeutiques préconisées, les techniques utilisées et les composantes des programmes d'intervention à l'étude (format de l'intervention, durée, taux de participation, taux de revictimisation, etc.) afin de tirer des conclusions plus justes (Berliner & Conte, 1995; Saunders & al., 2001; Tourigny, 1997). De plus, le développement des nouveaux instruments de mesure adaptés aux diverses approches cliniques et théoriques d'intervention (par exemple, le CPTI de Kernberg & al., sous presse) pourra favoriser une plus grande comparaison entre les différentes interventions proposées jusqu'à ce jour.

Enfin, les différents auteurs semblent tous s'entendre sur la nécessité d'impliquer le parent non-agresseur, et autres personnes significatives lorsque possible, dans les interventions offertes aux enfants et adolescents-es victimes (Cohen & Mannarino, 1996, 1998; Deblinger & Heflin, 1996; Finkelhor & Berliner, 1995; Friedrich, 1996; Grosz & al., 2000; King & al., 2000; Saywitz & al., 2000; Stauffer & Deblinger, 1996; Wright & al., 1999). Toutefois, peu de recherches rapportent les résultats spécifiques des interventions auprès des parents non-agresseurs sur le fonctionnement des enfants et des parents eux-mêmes. De plus, il apparaît de plus en plus essentiel de considérer les caractéristiques de l'environnement familial et social pour analyser l'efficacité d'un traitement (par exemple, violence conjugale, histoire d'abus physique, etc.) (Finkelhor & Berliner, 1995; Tebbutt, Swanston, Oates & O'Toole, 1997; Saywitz & al., 2000; Wright & al., 1999), ce que les travaux ultérieurs pourront considérer.

1.4 INTERVENTIONS AUPRÈS DES FEMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Comme il a été mentionné antérieurement, les résultats des travaux de recherche portant sur les effets à long terme des agressions sexuelles indiquent que les répercussions sur le fonctionnement quotidien et sur la santé mentale peuvent être nombreuses et variées. Entre autres, Neumann, Houskamp, Pollock et Briere (1996) rapportent dans leur méta-analyse que les femmes victimisées dans l'enfance ont une perception plus négative d'elles-mêmes et éprouvent plus de symptômes de dépression, d'anxiété et de stress post-traumatique. Dans une étude québécoise, Brillon et Marchand (1997) indiquent que 64% des 33 femmes de leur échantillon qui ont récemment été agressées sexuellement présentent des symptômes de SPT et que 82% des victimes présentent des symptômes dépressifs. Les symptômes de SPT perdurent lors de la deuxième prise de mesure réalisée

trois mois plus tard chez 43% des victimes, alors que 35% des femmes manifestent des symptômes dépressifs modérés à sévères lors de cette deuxième évaluation.

À la lumière des différentes répercussions observées chez les femmes survivantes, diverses interventions ont été élaborées afin de les aider. La présente section fera état des modalités d'intervention suggérées dans la recension des écrits scientifiques. D'abord, les traitements de groupe destinés aux femmes victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance seront présentés. Ensuite, les interventions individuelles auprès de cette clientèle seront exposées. Enfin, une présentation des interventions offertes aux victimes d'agression sexuelle récente conclura cette section.

Les interventions recensées reposent sur plusieurs conceptualisations théoriques. L'approche féministe met l'accent sur la reconnaissance d'une socialisation des hommes basée sur la sexualisation du pouvoir et des relations intimes. En ce sens, l'un des objectifs centraux des interventions féministes est de redonner du pouvoir aux femmes afin qu'elles puissent modifier les règles et les normes sociales concernant l'exploitation sexuelle des femmes et des jeunes, et ce, en plus d'intervenir sur les symptômes généralement associés aux agressions sexuelles (Westbury & Tutty, 1999).

Selon l'analyse féministe, ce n'est pas la victime qui souffre de problèmes d'estime de soi, mais plutôt l'homme qui abuse de son pouvoir, y compris son pouvoir sexuel (Damant, 1995). L'un des éléments clés de l'approche féministe repose sur le refus d'accepter les rapports thérapeute/client et propose plutôt un rapport égalitaire fondé sur l'autonomie, la confiance, l'ouverture et le respect mutuel (Bourgon & Corbeil, 1990 dans Damant, 1995). Au niveau des stratégies d'intervention, on vise donc une relation égalitaire et on met l'accent sur l'action et la conscientisation plutôt que sur l'introspection (Vandal, 1997). De plus, l'intervention est basée sur des rapports de coopération et de collaboration qui laissent aux femmes la responsabilité et la prise en charge de leur vie. Ceci explique l'importance du groupe et de l'entraide dans les interventions de type féministe. À l'intérieur de ces groupes, les femmes apprennent qu'elles ne sont pas seules, qu'elles ne sont pas coupables ni responsables et qu'elles peuvent s'aider mutuellement (Damant, 1995).

Walker (1994) souligne que les objectifs suivants sont visés lors des interventions : la sécurité et la reprise de pouvoir, la validation des émotions, la compréhension de l'oppression, la réduction des malaises ou symptômes et l'autonomie au plan des prises de décisions. Ainsi, la femme doit considérer qu'elle a le pouvoir de se protéger elle-même et doit reprendre un sentiment de contrôle sur sa vie. De plus, lors des interventions destinées aux femmes ayant vécu une agression sexuelle pendant l'enfance, l'accent doit être placé sur les forces, les compétences et les ressources personnelles plutôt que sur les

faiblesses. Ainsi, dans cette perspective, les symptômes qui découlent d'une agression sexuelle sont perçus comme des mécanismes appris afin de survivre à l'expérience de violence (Bédard, 2001).

L'approche cognitivo-comportementale vise, quant à elle, à modifier les symptômes associés aux agressions sexuelles en intervenant sur les cognitions et les comportements de la victime, et agit plus particulièrement sur les symptômes d'anxiété, de peur et de stress post-traumatique. Plusieurs stratégies d'intervention sont utilisées et évaluées dans les recherches empiriques. Parmi celles-ci, les auteurs mentionnent l'emploi de la restructuration cognitive (identification et modification des pensées irréalistes et non fonctionnelles) (Jaycox, Zoellner & Foa, 1997), de l'inoculation au stress (gestion de l'anxiété incluant de l'éducation, de la relaxation, de l'entraînement à la respiration, des jeux de rôle, etc.) (Falsetti & Bernat, 2000; Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991), de l'exposition graduelle (confrontation aux images et aux souvenirs de la situation traumatique et des situations réelles provoquant de l'anxiété) (Foa & al., 1991; Jaycox & al., 1997) et de la désensibilisation par mouvements oculaires (Rothbaum, 1997). Les lecteurs-trices qui désirent obtenir des informations plus détaillées sur chacune des techniques sont référés-es au chapitre de Rothbaum et ses collègues (2000).

D'autres interventions abordent principalement la détresse émotionnelle et les difficultés intrapersonnelles (Saxe & Johnson, 1999) et reposent sur les théories de la régulation et de la gestion des émotions (résolution de problèmes, etc.) (Gorey, Richter & Snider, 2001; Richter, Snider & Gorey, 1997; Zlotnick & al., 1997). Enfin, certaines thérapies utilisent principalement la relation thérapeutique comme outil d'intervention et sont centrées sur les notions de transfert, de projection et d'identification. L'approche psychanalytique/psychodynamique sert de trame de fond à plusieurs de ces programmes d'intervention. Diverses modalités thérapeutiques sont utilisées pour aider les femmes victimes d'agression sexuelle selon cette conception théorique. Meekums (1999) mentionne que l'utilisation d'un langage structuré, retrouvé dans la poésie par exemple, ou d'un langage non verbal représenté dans l'art (dessin, peinture, etc.), constituent des alternatives intéressantes pour des personnes qui ne se sentent pas à l'aise avec le langage verbal usuel. Lev-Wiesel (1998) précise que l'utilisation du dessin en thérapie facilite la projection et permet à la victime de raconter son histoire et de parler de ses difficultés de façon plus indirecte en préservant une certaine distance entre la réalité interne et le monde extérieur. Enfin, Furth (1988) propose que les dessins révèlent les contenus de l'inconscient d'une personne, tels les peurs, les faiblesses, les forces et le potentiel. Ces contenus demeurent dans l'inconscient tant qu'ils ne sont pas extériorisés par la victime.

1.4.1 Interventions de groupe pour femmes agressées sexuellement dans l'enfance

Le format d'intervention le plus couramment proposé dans la recension des écrits scientifiques pour intervenir auprès des femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance est basé sur des rencontres de groupe hebdomadaires où différents thèmes sont abordés. Puisque la modalité d'intervention offerte aux victimes est souvent la même indépendamment de l'approche théorique sous-jacente, les caractéristiques, les thèmes et les outils présentés lors des rencontres de groupe seront discutés dans leur ensemble, tout en spécifiant les particularités lorsque nécessaire. Par conséquent, la pertinence des interventions de groupe auprès de cette clientèle sera d'abord discutée. Dans un deuxième temps, le devis expérimental utilisé pour évaluer l'efficacité des groupes d'intervention de même que l'identification des symptômes généralement mesurés seront présentés. Finalement, l'efficacité des divers groupes sera abordée en fonction des résultats obtenus peu de temps après la fin des rencontres et, le cas échéant, quelque mois plus tard.

La pertinence d'offrir des interventions de groupe auprès des clientèles de femmes victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance repose sur les bénéfices thérapeutiques uniques et propres à ce format d'intervention (Briere, 1989; Courtois, 1988; Herman, 1990 dans Saxe & Johnson, 1999; Yalom, 1985 dans Richter & al., 1997). L'expérience de groupe donne une opportunité aux femmes de partager leur propre histoire de victimisation à l'intérieur d'un contexte thérapeutique jugé sécuritaire et de se retrouver avec d'autres femmes qui rencontrent des difficultés similaires. Par conséquent, les sentiments d'isolement et de stigmatisation peuvent s'en trouver réduits (Richter & al., 1997). Le groupe permet également de faire éclater le secret imposé par l'agresseur, favorise une solidarité entre les victimes, et redonne du pouvoir et de la confiance (Frawley-O'Dea, 1997; Turner, 1993). Il permet aussi aux victimes de développer leur estime d'elles-mêmes puisqu'elles réalisent à travers les rencontres et leurs interactions avec les autres femmes que ce qu'elles dévoilent est important et valorisé par un groupe de pairs (Yalom, 1985 dans Richter & al., 1997). Enfin, le groupe peut servir de véhicule pour pratiquer les techniques et les habiletés apprises (par exemple, affirmation de soi, relaxation, etc.), et constitue en lui-même un réseau de soutien social (Alexander, Neimeyer, Folette, Moore & Harter, 1989 dans Richter & al., 1997).

Les premières recherches empiriques visant l'évaluation de l'efficacité des interventions offertes aux victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance sont souvent empreintes de limites méthodologiques reliées au devis expérimental utilisé (Westbury & Tutty, 1999). En effet, plusieurs travaux antérieurs ont mesuré les effets des interventions en ayant recours à un devis pré-expérimental utilisant un seul groupe de participantes (pré

et post-test), ce qui limite les conclusions et les généralisations possibles (Richter & al., 1997). Toutefois, depuis les cinq dernières années, les chercheurs-es ont fait appel à des devis expérimentaux plus rigoureux. La plupart des interventions présentées dans cette section évaluent donc l'efficacité des rencontres de groupe en comparant un ensemble de victimes qui reçoivent l'intervention à un groupe de femmes témoins, qui sont généralement sur une liste d'attente pour recevoir les services en question (Gorey & al., 2001; Richter & al., 1997; Saxe & Johnson, 1999; Westbury & Tutty, 1999; Zlotnick & al., 1997).

Malgré la diversité des répercussions des agressions sexuelles dans l'enfance sur le fonctionnement des individus, Westbury et Tutty (1999) soulignent que la plupart des auteurs-es s'entendent pour mesurer les effets des interventions sur les symptômes de dépression, sur l'estime de soi des participantes et sur les symptômes psychiatriques. En fonction de la proportion importante de symptômes de SPT retrouvés chez cette population (Wolfsdorf & Zlotnick, 2001), certains chercheurs-es insistent également sur la pertinence d'évaluer l'efficacité des interventions de groupe sur les symptômes d'anxiété et sur les symptômes de SPT (Saxe & Johnson, 1999; Westbury & Tutty, 1999; Zlotnick & al., 1997). Les études rapportées ici s'intéressent donc à l'efficacité des rencontres de groupes sur ces principaux symptômes.

En général, les interventions offertes consistent en des rencontres de groupe hebdomadaires durant en moyenne entre deux heures et deux heures trente par séance. La plupart des interventions sont d'une durée prédéfinie, variant entre dix et 20 semaines. Le nombre de participantes est généralement assez restreint afin de permettre une certaine intimité et de favoriser les interactions entre les femmes, soit en moyenne, de six à huit participantes par groupe (Gorey & al., 2001; Richter & al., 1997; Saxe & Johnson, 1999; Westbury & Tutty, 1999; Zlotnick & al., 1997).

Plusieurs objectifs sont définis par les chercheurs-es. Malgré la diversité des buts à atteindre, il est possible d'identifier des similarités parmi les interventions. D'abord, plusieurs interventions visent de façon ultime à aider les femmes à raconter leur histoire de victimisation personnelle à l'intérieur d'un environnement sécuritaire et supportant (Gorey & al., 2001; Richter & al., 1997; Saxe & Johnson, 1999; Westbury & Tutty, 1999). Pour ce faire, les méthodes utilisées consistent principalement à enseigner des techniques de relaxation (Westbury & Tutty, 1999; Zlotnick & al., 1997), à éduquer les participantes sur les symptômes fréquemment associés aux agressions sexuelles (symptômes de SPT, dissociation, gestion des émotions, etc.) (Saxe & Johnson, 1999; Westbury & Tutty, 1999; Zlotnick & al., 1997), à aider les victimes à développer des moyens pour mieux gérer leurs émotions (Zlotnick & al., 1997), à suggérer aux femmes des outils de résolution de problème

(Gorey & al., 2001; Richter & al., 1997; Westbury & Tutty, 1999), et à favoriser le développement de relations interpersonnelles plus saines et équilibrées (Saxe & Jonhson, 1999; Westbury & Tutty, 1999; Zlotnick & al., 1997). Certains groupes sont plus structurés ayant une séquence similaire d'une rencontre à l'autre (Zlotnick & al., 1997), alors que d'autres sont plus flexibles et mettent l'emphase sur la composition et le processus du groupe (Gorey & al., 2001; Richter & al., 1997). Tous les programmes visent à modifier les symptômes de dépression, d'anxiété, de SPT et de faible estime de soi et à favoriser l'affirmation de soi. Enfin, la nécessité d'être en thérapie individuelle de façon concomitante aux rencontres de groupe, ou à tout le moins d'avoir suivi une thérapie individuelle pendant un certain temps avant l'intervention proposée, est une condition requise dans chacune des interventions recensées ici.

Globalement, les auteurs concluent à l'efficacité des interventions de groupe pour les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance. Plus particulièrement, Richter et ses collègues (1997) obtiennent des effets significatifs de leur intervention centrée sur la résolution de problème auprès de 78 femmes comparées à 80 victimes en attente de recevoir des services. Les auteurs notent une diminution des symptômes de dépression et une augmentation de l'estime de soi chez les participantes. Ces résultats sont maintenus lors de la prise de mesure réalisée six mois plus tard. Richter et ses collaborateurs (1997) indiquent même que les participantes sont encore moins symptomatiques que les femmes du groupe de comparaison lors de cette deuxième évaluation. Gorey et ses collègues (2001) ont analysé plus spécifiquement les résultats de cette intervention en s'attardant aux sentiments de culpabilité, d'isolement social et d'absence d'espoir face au futur. Leurs résultats montrent que l'intervention a eu un effet encore plus important sur ces symptômes. Les femmes dans le groupe d'intervention indiquent se sentir moins coupables, moins isolées et avoir plus d'espoir et d'optimisme face au futur. Les scores cliniques montrent qu'entre 80% et 85% des participantes obtiennent des meilleures cotes au post-test et que ces pourcentages augmentent (entre 85% et 90%) lors de la relance réalisée six mois plus tard.

En fonction du nombre important de victimes d'agression sexuelle dans l'enfance qui exhibent des symptômes de SPT, Zlotnick et ses collaborateurs (1997) suggèrent une intervention basée sur la régulation des émotions qui vise principalement les symptômes de SPT. Wolfsdort et Zlotnick (2001) mentionnent que cette intervention de groupe vise principalement à aider la victime à restructurer sa pensée concernant ses difficultés et ses affects associés au traumatisme, à éviter de se centrer uniquement sur ses émotions pour analyser les situations et pour choisir les comportements à adopter, et à prévenir les généralisations à outrance. Zlotnick et ses collègues (1997) ont évalué leur programme

auprès de 17 femmes agressées sexuellement dans l'enfance qu'ils ont comparé à 16 victimes en attente de participer à l'intervention. Selon les résultats qu'ils ont obtenus, leur intervention semble efficace pour modifier les symptômes de SPT (ré-expérimentation, évitement et hypervigilance) et la dissociation. Les auteurs concluent que peu d'études portant sur l'efficacité des interventions auprès de cette clientèle rapportent des effets significatifs sur les états dissociatifs, rendant par le fait même leur intervention encore plus prometteuse.

Saxe et Johnson (1999) se sont intéressés aux difficultés personnelles des victimes d'agression sexuelle dans l'enfance ainsi qu'aux difficultés relationnelles et interpersonnelles chez un groupe de femmes victimisées par quelqu'un de la famille. Ils proposent une intervention visant une intégration de l'expérience traumatisante par le développement d'un sentiment de sécurité et par le bris du silence. Les auteurs rapportent que leur programme, mesuré auprès de 31 participantes comparées à 31 victimes sur une liste d'attente, semble plus efficace pour faire diminuer les symptômes de dépression, de faible estime de soi et de SPT que pour améliorer la résolution des difficultés interpersonnelles. De plus, Saxe et Johnson (1999) indiquent que l'intervention continue d'avoir des effets sur les symptômes des participantes six mois après la fin de l'intervention, plus particulièrement sur les symptômes de SPT. Ils concluent à une plus grande efficacité de leur intervention sur les difficultés intrapersonnelles que sur les problèmes de nature interpersonnelle.

Une récente étude canadienne a tenté d'évaluer les effets d'une intervention de groupe d'approche féministe centrée sur l'intégration de toutes les composantes corporelles (cognitions et émotions physiques et spirituelles), sur les symptômes de dépression, de faible estime de soi et d'anxiété chez un groupe de femmes agressées dans l'enfance (n = 22) (Westbury & Tutty, 1999). Comme pour les autres interventions, les auteurs comparent l'efficacité des rencontres de groupe au passage du temps avec dix femmes en attente pour une thérapie de groupe. Westbury et Tutty (1999) indiquent des effets bénéfiques sur les symptômes, bien que les différences ne soient pas significatives entre les deux groupes. L'une des hypothèses émises par les auteurs pour expliquer leurs résultats repose sur le fait que chaque participante était aussi en thérapie individuelle au moment de l'intervention de groupe. Le petit nombre de participantes peut également expliquer l'absence de différences significatives entre les deux groupes de victimes.

Enfin, Brooke (1995) propose une forme d'intervention basée sur les concepts de la créativité et de l'art thérapie. L'intervention suggérée repose sur la théorie psychanalytique /psychodynamique et offre des stratégies d'intervention fort différentes pour aider les femmes victimisées dans l'enfance. L'auteure rapporte les résultats d'une étude qui avait

pour but de déterminer si l'art thérapie avec les victimes d'agression sexuelle est une méthode d'intervention efficace pour améliorer l'estime de soi des participantes. Brooke (1995) a réalisé son étude auprès de deux groupes de victimes d'agression sexuelle dans l'enfance, soit un premier constitué de six femmes qui participent à une intervention d'art thérapie, et un deuxième comprenant cinq femmes servant de groupe de comparaison. L'intervention se déroule sur huit semaines, à raison de deux heures par semaine. Le dessin est le médium thérapeutique principalement utilisé dans cette recherche. Brooke (1995) indique que la différence entre l'évaluation de leur estime de soi pré-intervention et post-intervention est plus importante chez les participantes (83% d'amélioration) que chez les femmes du groupe témoin (40% d'amélioration), plus spécifiquement pour l'estime de soi. Cependant, cette différence n'est pas statistiquement significative. De façon intéressante, les femmes ont clairement représenté les sentiments de culpabilité et de honte ressentis face à l'agression sexuelle dans leurs dessins. Subjectivement, les participantes mentionnent que l'intervention basée sur l'art thérapie a eu un effet positif sur elles (plus confiance en autrui et plus tendance à prendre des initiatives) et qu'elle semble efficace pour ce groupe de victimes. Cependant, le petit nombre de sujets dans chacun des groupes et l'absence de différences significatives limitent la portée de ces résultats.

1.4.2 Interventions individuelles pour femmes agressées sexuellement dans l'enfance

Bien que l'intervention de groupe semble fort appropriée auprès des victimes d'agression sexuelle dans l'enfance, certaines interventions individuelles ont tout de même été proposées et validées dans la recension des écrits. D'ailleurs, Stalker et Fry (1999) ont réalisé une étude ayant comme objectif de comparer l'efficacité d'une intervention individuelle à celle d'une intervention de groupe et arrivent à la conclusion que chacune de ces modalités d'intervention apparaît efficace pour aider les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance. Ces auteurs ont mesuré les effets d'une intervention de groupe et d'une intervention individuelle basées sur les principes de l'approche féministe comportant des modalités d'intervention similaires (même nombre de séances, même séquence d'activités, thèmes semblables, etc.) auprès d'un groupe de 65 femmes agressées dans l'enfance. Les participantes sont réparties de façon aléatoire dans chacune des modalités d'intervention et l'efficacité a été mesurée tout de suite à la fin de la thérapie ainsi que six et douze mois plus tard. Les résultats de leur recherche montrent que les deux types d'intervention sont aussi efficaces l'un que l'autre pour faire diminuer les symptômes de SPT et les difficultés psychologiques générales.

Courtois (1997) propose un programme d'intervention individuelle destiné spécifiquement aux femmes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. Le modèle d'intervention repose sur des concepts psychodynamiques, développementaux et féministes, en plus de tenir compte des notions d'attachement, de relation d'objets et de psychologie du soi. La dissociation et les symptômes de SPT constituent des éléments centraux de l'intervention. Plusieurs techniques cognitivo-comportementales sont utilisées au cours de l'intervention. Dans ce traitement, la situation traumatique est directement abordée seulement lorsque la victime est émotionnellement stable et possède les habiletés et la force intérieure pour tolérer les émotions générées par une telle discussion. Courtois (1997) précise quatre phases d'intervention, soit 1) l'évaluation pré-intervention, 2) une phase préliminaire où l'enjeu central est l'établissement d'un lien de confiance entre le thérapeute et la victime, le développement d'un sentiment de sécurité et la stabilisation de la victime, 3) une phase milieu centrée sur le dé-conditionnement et le « deuil » du traumatisme et de ses conséquences, et 4) une phase terminale visant l'intégration du traumatisme à l'intérieur du soi et le développement de relations interpersonnelles saines. L'auteure souligne toutefois que le modèle proposé est principalement basé sur des hypothèses et des anecdotes cliniques et que des recherches évaluatives sont nécessaires afin d'en évaluer l'efficacité et d'y apporter des améliorations.

Echeburua, De Corral, Zubizarreta et Sarasua (1997) s'intéressent, quant à eux, aux symptômes de SPT chez les victimes d'agression sexuelle et suggèrent d'intervenir de façon individuelle. Les auteurs testent l'efficacité de leur intervention d'approche cognitivo-comportementale comprenant l'exposition graduelle et la restructuration cognitive auprès de dix femmes agressées dans l'enfance. Ils ont comparé cette intervention à des rencontres de groupe centrées sur la relaxation (n = dix participantes). En plus de mesurer l'efficacité de leur programme sur les symptômes de SPT, Echeburua et ses collègues (1997) s'intéressent également à la dépression, aux symptômes d'anxiété et de peur, ainsi qu'aux difficultés d'adaptation à la vie quotidienne. Les participantes sont réparties aléatoirement dans les groupes d'intervention selon leur ordre d'arrivée au centre pour femmes. Les auteurs rapportent une amélioration des symptômes de SPT, de la dépression et des difficultés de fonctionnement quotidien pour les deux groupes de participantes, mais une efficacité plus grande pour les interventions d'exposition graduelle et de restructuration cognitive. Par contre, l'intervention cognitivo-comportementale n'apparaît pas significativement supérieure à la relaxation pour faire diminuer les symptômes d'anxiété et de peur. Echeburua et ses collègues (1997) indiquent cependant que les difficultés d'adaptation se stabilisent pour les participantes du groupe témoin lors des mesures prises subséquemment (un, trois, six et 12

mois), alors que les symptômes continuent de diminuer pour les participantes du groupe expérimental, à tout le moins trois mois après la fin de l'intervention. Bien que les auteurs mentionnent qu'il n'y a aucune différence significative entre les participantes, il est important de souligner qu'un certain nombre de femmes participant à la recherche ont été agressées dans l'enfance, alors qu'un sous-groupe de femmes ont été agressées sexuellement plus récemment. Les interventions destinées spécifiquement aux victimes d'agression sexuelle récente sont exposées dans la section qui suit.

1.4.3 Interventions pour femmes victimes d'agression sexuelle récente

Il apparaît essentiel de distinguer les interventions offertes aux femmes victimes d'une agression sexuelle récente puisque cette problématique est en soi différente d'une agression sexuelle dans l'enfance et comporte ses particularités en termes d'intervention. Il est important de noter que les programmes d'intervention présentés ici s'adressent aux femmes agressées par quelqu'un qu'elles connaissent bien ou par un étranger, mais ne constituent pas des interventions spécifiques aux femmes victimes de violence sexuelle de la part d'un partenaire amoureux ni aux victimes de violence conjugale à proprement parler.

La recension des écrits empirique et clinique met en évidence l'importance d'une stratégie d'intervention structurée et standardisée pour aider les victimes d'agression sexuelle récente. Resnick et ses collègues (2000) et Prins et Fleming (2001) insistent sur la nécessité d'élaborer des interventions de première ligne spécifiques à cette clientèle, et soulignent l'importance de former adéquatement le personnel des salles d'urgence et des cliniques privées qui rencontrent régulièrement les femmes ayant vécu une situation d'agression sexuelle. Selon ces auteurs, les urgentologues, les consultants-es spécialisés-es en agression sexuelle et les médecins généralistes devraient bénéficier d'une formation axée sur le dépistage systématique et sur l'évaluation d'expériences de victimisation sexuelle. Resnick et ses collègues (2000) stipulent qu'un bon dépistage devrait comprendre des questions spécifiques en termes de comportements (« pouvez-vous me décrire les actes que l'agresseur a posés ? » au lieu de « avez-vous été violée ? »), des questions ouvertes plutôt que fermées, et l'évitement des questions ambiguës ou stéréotypées, empreintes de jugement. Resnick et ses collègues (2000) ajoutent que les questions devraient être posées oralement afin d'éviter des situations où la victime ne sait pas lire, et que les médecins devraient s'assurer de la sécurité et de la confidentialité des lieux où ils conduisent les entrevues. Trois protocoles d'entrevues sont suggérés par les auteurs, mais seulement un est uniquement développé pour évaluer les agressions récentes à proprement parler, soit le « Universal Violence Prevention Screening Protocol » [UVPS] de Dutton, Mitchell et Haywood

(1996). Ce protocole peut facilement s'insérer dans une évaluation médicale plus globale puisqu'il est bref, bien qu'il est souhaité que des personnes spécialement formées soient responsables de l'entrevue de dépistage en question. Les lecteurs-trices intéressés-es à obtenir plus de détails sont référés-es à l'article original.

Quelques auteurs ont récemment proposé des lignes directrices pour l'évaluation d'agression sexuelle récente en salle d'urgence ou en clinique privée (Falsetti & Bernat, 2000; Linden, 1999). Les auteurs énoncent des étapes nécessaires à une évaluation rigoureuse d'une histoire de victimisation : 1) donner des soins pour les blessures physiques, 2) créer un environnement sécuritaire pour la victime lors de l'entrevue, 3) recueillir une histoire détaillée des problèmes médicaux antérieurs et des événements entourant l'agression (la date et l'heure, les lieux physiques, le nombre d'agressions et la relation avec les agresseurs, les menaces, les actes sexuels demandés, les expériences de pénétration, etc.), 4) faire un examen physique et génital approfondi avec cueillette des preuves après avoir obtenu le consentement de la victime, 5) prévenir les grossesses ainsi que les maladies transmissibles sexuellement, et 6) offrir un soutien émotionnel et une intervention de crise avec plan de suivi inclus. Linden (1999) insiste sur l'importance de la relation médecin-victime afin de prévenir toute forme de revictimisation ou de victimisation secondaire. Les attitudes négatives et les jugements sont donc à proscrire. Falsetti et Bernat (2000) ajoutent qu'il est indispensable de faire une évaluation des symptômes physiques et psychologiques incluant la présence de symptômes de SPT et de la comorbidité (dépression majeure, trouble d'anxiété, etc.), et d'évaluer les facteurs qui peuvent influencer l'adaptation des victimes tels que le soutien social, les stratégies d'adaptation de la victime et les ressources disponibles. Enfin, les auteurs notent la pertinence de recueillir des évidences physiques valides ainsi qu'une histoire crédible pour la poursuite des procédures judiciaires, le cas échéant. Resnick et ses collègues (2000) mentionnent d'ailleurs l'existence d'une procédure médicale standardisée et de programmes spécialisés aux États-Unis qui réalisent des évaluations médico-légales appropriées pour le système judiciaire. Au Québec, une trousse médico-légale existe également et est utilisée pour faire les évaluations. Nous y reviendrons au chapitre III.

En termes d'intervention, les recherches portant sur les programmes spécialisés en intervention de crise pour les femmes victimes d'agression sexuelle récente et des programmes d'accompagnement dans les procédures judiciaires sont pratiquement inexistantes (Resnick & al., 2000). Pourtant, O'Sullivan et Carlton (2001) rapportent que les centres d'intervention destinés particulièrement à cette population sont primordiaux. Ces auteurs ont comparé l'efficacité des interventions offertes dans les centres destinés

uniquement aux victimes d'agression récente à celles données dans des organismes où des interventions sont offertes, mais à l'intérieur d'autres programmes de services (maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, centres de désintoxication, centres de services à l'enfance et à la famille, etc.). Les auteurs concluent que seuls les programmes destinés uniquement aux victimes d'agression sexuelle récente offrent des services plus adaptés et répondent aux besoins spécifiques des victimes.

Certaines études présentent néanmoins des interventions spécifiques aux victimes d'agression sexuelle récente et tentent d'en évaluer l'efficacité. Les interventions recensées ne visent pas à répondre rapidement à une situation de crise, mais offrent plutôt des services uniques aux victimes d'agression récente. Falsetti et Bernat (2000) suggèrent d'ailleurs des lignes directrices pour les interventions destinées à cette population. Il faut d'abord souligner que ces auteurs s'intéressent surtout aux symptômes de SPT et proposent, par conséquent, des modalités d'intervention basées sur l'approche cognitivo-comportementale. Selon Falsetti et Bernat (2000), les techniques les plus efficaces auprès des victimes d'agression récente sont les suivantes : a) entraînement à l'inoculation au stress (éducation concernant les symptômes, développement d'habiletés pour contrôler les réactions de peur et exposition à des situations provoquant de l'anxiété), b) l'exposition graduelle (confrontation à des images ou des situations de la vie qui provoquent de l'anxiété), c) la thérapie cognitive de processus (« cognitive processing therapy ») (combine les techniques d'exposition graduelle et de restructuration cognitive) et d) la thérapie d'exposition comportant de multiples modalités (combine l'inoculation au stress, la thérapie cognitive de processus, et les exercices pour maîtriser les attaques de panique).

Foa et ses collègues (1991) ont réalisé une étude ayant pour but d'évaluer l'efficacité de techniques cognitivo-comportementales pour les symptômes de SPT en les comparant aux méthodes employées dans une thérapie de soutien et au passage du temps. La première modalité d'intervention offerte est centrée sur l'inoculation au stress et son expérimentation comporte 14 participantes. L'exposition graduelle, comme deuxième stratégie d'intervention, est utilisée auprès de dix victimes. Un premier groupe de comparaison reçoit une intervention individuelle de soutien (n = 11). Finalement, dix participantes, en attente de recevoir des services, permettent de contrôler l'effet du passage du temps. Les interventions ont lieu à une fréquence de deux rencontres de 90 minutes par semaine, s'échelonnant sur quatre semaines et demie, soit neuf rencontres au total. Les résultats montrent que les techniques comportementales sont plus efficaces que l'intervention de soutien et le passage du temps pour faire diminuer les symptômes de SPT. Plus spécifiquement, les auteurs rapportent que l'entraînement à l'inoculation au stress est

plus efficace à court terme alors que l'exposition graduelle donne de meilleurs résultats à plus long terme (trois mois plus tard). À noter que la thérapie individuelle de soutien et le passage du temps ont aussi un effet d'atténuation des symptômes, mais que l'effet est plus important pour les interventions cognitivo-comportementales, plus particulièrement pour les symptômes de SPT. Cependant, les interventions cognitivo-comportementales suggérées n'apparaissent pas plus efficaces que la thérapie de soutien et le passage du temps pour les symptômes dépressifs, l'anxiété et les autres symptômes associés à une agression sexuelle récente. Il est possible, selon Foa et ses collègues (1991), que la relation thérapeutique soit un élément suffisant en soi pour faire diminuer ces symptômes chez les victimes, ce qui n'est cependant pas le cas pour les symptômes de SPT. En fonction des résultats qu'ils ont obtenus, les auteurs suggèrent de combiner les deux stratégies d'intervention individuelle, soit l'inoculation au stress et l'exposition graduelle dans les interventions ultérieures.

Dans le même ordre d'idée, Echeburua, De Corral, Sarasua et Zubizarreta (1996) présentent les résultats d'une étude évaluative d'une intervention destinée aux victimes d'agression sexuelle récente qui souffrent de symptômes de SPT. Ils comparent l'efficacité d'une intervention individuelle cognitivo-comportementale centrée sur la restructuration cognitive et l'entraînement aux habiletés d'adaptation à une intervention basée sur la relaxation des groupes musculaires pour faire face à l'anxiété provoquée par la situation traumatique. Dix victimes d'agression sexuelle récente perpétrée principalement par un étranger (90% des cas) participent aux traitements cognitivo-comportementaux comprenant cinq sessions, alors que dix autres victimes agressées sexuellement par un étranger (100% des cas) servent de groupe de comparaison et reçoivent cinq séances de relaxation. Les participantes ont été évaluées avant l'intervention, après l'intervention, et lors de suivis à un, trois, six et 12 mois. Echeburua et ses collègues (1996) rapportent des changements positifs pour les deux groupes en termes de symptômes de SPT, de peur, d'anxiété, de dépression et de difficultés d'adaptation. Bien qu'ils mentionnent une tendance à l'effet que les techniques cognitivo-comportementales soient plus efficaces que la relaxation, il demeure qu'ils n'observent pas de résultats significatifs, et ce, à aucun temps de mesure. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette absence d'effet dont, entre autres, le très petit nombre de sujets dans chacun des groupes.

Jaycox et ses collègues (1997) décrivent une intervention cognitivo-comportementale visant également la diminution des symptômes de SPT par l'utilisation de deux techniques spécifiques combinées, soit l'exposition graduelle et la restructuration cognitive. Leur programme d'intervention comprend entre neuf et 12 séances d'une durée de 90 minutes. Les quatre modalités suivantes sont incluses dans l'intervention : un entraînement à la

respiration, une éducation concernant les symptômes de SPT et des effets associés, une exposition graduelle au traumatisme et aux situations de la vie courante provoquant de l'anxiété, et de la restructuration cognitive (modification des pensées non fonctionnelles). Jaycox et ses collègues (1997) suggèrent de faire une évaluation des progrès après neuf rencontres. Si la victime semble avoir un meilleur fonctionnement, les auteurs proposent de faire un bref retour sur les techniques acquises et d'aborder la terminaison de la thérapie. Si les symptômes persistent, Jaycox et ses collègues (1997) recommandent de poursuivre l'intervention pour encore trois séances. Les auteurs présentent une histoire de cas illustrant le processus thérapeutique et discutant de l'efficacité de ces stratégies d'intervention. Cependant, ils ne rapportent pas de données empiriques permettant de qualifier l'efficacité réelle de l'intervention auprès des victimes.

Enfin, Rothbaum (1997) présente les résultats d'une étude traitant spécifiquement de la désensibilisation par mouvement oculaire (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing » [EMDR]) comme méthode d'intervention auprès d'un groupe de dix femmes victimes d'une agression sexuelle récente. Ces victimes sont comparées à huit femmes en attente de recevoir des services à la suite d'une agression récente. La désensibilisation par mouvement oculaire est une forme d'exposition graduelle (désensibilisation) avec une composante cognitive accompagnée par des mouvements oculaires saccadés. On demande aux patientes de se rappeler les aspects du traumatisme tout en visualisant le doigt du thérapeute qui fait des mouvements d'avant-arrière avec sa main. Rothbaum (1997) indique des résultats significatifs. En effet, les symptômes de SPT et de dépression diminuent peu de temps après l'intervention, et ce, en comparaison au passage du temps évalué chez le deuxième groupe de victimes (liste d'attente). Cependant, l'auteure ne rapporte pas d'effet significatif pour les peurs générales, l'anxiété et sur les symptômes de dissociation. Rothbaum (1997) conclut tout de même à l'efficacité des quatre sessions d'intervention par désensibilisation par mouvements oculaires. Notons que cette approche est controversée dans les écrits scientifiques et les milieux cliniques. Des études ultérieures sont indispensables avant de qualifier cette intervention comme étant efficace et liée à des effets probants pour la victime.

1.4.4 Conclusions

Les travaux empiriques des dernières années ont montré que les répercussions à long terme des agressions sexuelles commises dans l'enfance se retrouvent dans plusieurs sphères de fonctionnement de la femme adulte (Polusny & Follette, 1995). Il semble également que les conséquences des agressions sexuelles récentes soient nombreuses et

variées (Resnick & al., 2000). Afin d'aider les victimes à surmonter leurs difficultés d'adaptation et à faire face au traumatisme qu'elles ont vécu, plusieurs modalités d'intervention ont été suggérées et évaluées dans la recension des écrits. À la lumière des données présentées jusqu'à maintenant, il apparaît pertinent de souligner quelques aspects méritant une plus grande attention.

D'abord, il semble justifié de stipuler que les interventions de groupe sont très appropriées pour cette clientèle puisqu'elles leur procurent un lieu sécuritaire commun pour partager leur vécu personnel, pour briser leur isolement et pour diminuer leurs sentiments de stigmatisation (Frawley-O'Dea, 1997; Richter & al., 1997).

Les techniques d'intervention cognitivo-comportementales, notamment la restructuration cognitive, l'exposition graduelle et l'inoculation au stress apparaissent efficaces pour diminuer les symptômes manifestés par les victimes, et en particulier pour l'anxiété et les symptômes de SPT (Echeburua & al., 1996, 1997; Foa & al., 1991; Rothbaum, 1997; Zlotnick & al., 1997). Toutefois, il semble que les interventions proposées jusqu'à maintenant arrivent plus efficacement à modifier les symptômes intrapersonnels que les difficultés relationnelles. La particularité de la problématique des agressions sexuelles (bris des frontières personnelles par une autre personne) peut d'une certaine manière expliquer la plus grande méfiance des victimes, et par conséquent, la résistance au changement des problèmes de nature interpersonnelle (Saxe & Johnson, 1999). De plus, les problèmes relationnels sont rarement étudiés chez ces populations en comparaison aux symptômes d'anxiété et de dépression.

Bien que les méthodes d'approche psychanalytique/psychodynamique apparaissent fréquemment utilisées dans les milieux cliniques, il demeure que ces interventions ont été peu évaluées empiriquement jusqu'à ce jour, rendant difficile par le fait même de conclure à leur efficacité.

En ce qui a trait à la problématique spécifique des agressions sexuelles récentes, les écrits scientifiques tendent à démontrer que certaines interventions particulières apparaissent pertinentes. Entre autres, les chercheurs-cliniciens ont mis en évidence l'importance de faire des entrevues de dépistage et d'évaluation de la situation traumatique dans les milieux hospitaliers (Resnick & al., 2000). Il existe peu d'évaluations empiriques des interventions de crise particulières pour cette population, même s'il est clairement suggéré que de tels services soient primordiaux (O'Sullivan & Carlton, 2001). Il en est de même pour les services d'accompagnement dans les cas de poursuites judiciaires. D'autres études rigoureuses sont nécessaires afin de qualifier les retombées de ces interventions.

Enfin, à l'exception de l'intervention féministe qui considère le contexte social et politique dans lesquels surviennent les agressions sexuelles (Damant, 1995), la plupart des études répertoriées ici présentent peu de données sur les facteurs pouvant influencer les conséquences chez les femmes ayant vécu une agression sexuelle. Une identification des facteurs médiateurs favoriserait le développement d'interventions plus globales et plus adaptées à la réalité des victimes. Par exemple, qu'en est-il de la relation conjugale et du soutien offert par le partenaire amoureux dans les cas d'agression sexuelle récente ? Pourrait-on croire qu'il serait pertinent d'offrir des séances de groupe où les personnes significatives pour la femme agressée dans l'enfance seraient présentes ? Khouzam et Marchand (1998) ont réalisé une excellente recension des écrits traitant des conséquences d'une agression sexuelle récente sur la victime et sur son entourage. Des pistes d'intervention pertinentes peuvent être tirées de cette recension. Les personnes intéressées par ces questions sont priées de s'y référer.

1.5 INTERVENTIONS AUPRÈS DES HOMMES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Force est de constater que la littérature offre peu d'écrits sur les interventions offertes aux hommes victimes d'une agression sexuelle. Pourtant la victimisation sexuelle des garçons, des adolescents et des jeunes hommes n'est pas un phénomène nouveau; c'est toutefois une réalité récemment reconnue dans son ampleur et dans ses conséquences néfastes pour ces hommes et pour leurs proches.

Outre les approches de type suivi individuel, Hunter (1991) identifie différents types de réponses mises de l'avant pour répondre aux demandes d'aide en provenance des victimes de sexe masculin. D'abord, les groupes d'éducation qui consistent essentiellement à dispenser de l'information sur l'agression sexuelle et sur ses effets et ses conséquences possibles. Des groupes de soutien sont aussi offerts, généralement initiés par des professionnels. Ces groupes impliquent une participation active des participants, notamment en ce qui concerne l'expression de leurs problèmes et de leurs émotions, de même qu'un certain engagement vers le changement. Ces groupes ont l'avantage d'offrir la dimension de soutien par les pairs à celle de l'éducation. Il est aussi possible pour les hommes de participer à des programmes de thérapie de groupe à plus long terme. Les groupes d'entraide pourraient être ajoutés à cette liste. L'auteur canadien Jean-Marie Romeder (1989) propose comme définition des groupes de soutien «qu'ils sont de petits groupes autonomes et ouverts qui se réunissent régulièrement. Victimes d'une crise ou d'un bouleversement commun dans leur existence, les membres de ces groupes partagent un vécu commun de souffrance et un sentiment d'égalité. Leur activité primordiale est

l'entraide personnelle qui prend souvent la forme de soutien moral, par le partage d'expériences et d'information et par la discussion». On notera l'absence de référence à l'intervention professionnelle. Les groupes d'entraide se veulent contrôlés par leurs membres et indépendants des services traditionnels d'ordre social ou médical. Des intervenants professionnels peuvent toutefois participer au processus, à la demande du groupe et avec son approbation, tout en conservant cependant un rôle secondaire (Lavoie, 2001).

Tous ces groupes offrent l'avantage de briser l'isolement social dont souffrent plusieurs victimes masculines. En effet, le fait de se sentir seul et différent des autres apparaît souvent comme l'une des répercussions suite à l'agression sexuelle, selon la croyance que de telles agressions n'arrivent jamais aux garçons (Dorais, 1997). Par ailleurs, faire partie d'un groupe de pairs pourrait être particulièrement facilitant pour lutter aussi contre les sentiments de honte et de stigmatisation souvent présents. De plus, l'intervention dans le cadre d'un groupe permettrait de partager l'histoire de victimisation à l'intérieur d'un contexte sécuritaire et favoriserait la solidarité entre les participants. Enfin, la participation à de tels groupes est souvent une première occasion de réapprendre à faire confiance aux autres, à s'exprimer librement et à briser le secret.

Plusieurs chercheurs et intervenants ont souligné que trop peu de services s'adressent spécifiquement aux victimes masculines. Bolton, Morris et MacEachron (1989) suggèrent une approche éclectique dans l'intervention auprès des hommes victimes d'agression sexuelle, en insistant sur une solide connaissance de la problématique et de ses retombées. Ils soulignent que si l'approche de groupe semble particulièrement bénéfique à cette clientèle, la thérapie individuelle ne doit pas être négligée. Gonsiorek, Bera et LeTourneau (1994) croient pour leur part que la thérapie individuelle est incontournable, du moins dans un premier temps, pour les hommes victimes d'agression sexuelle. L'objectif principal de ces interventions individuelles vise la réduction des symptômes post-traumatiques vécus par cette clientèle. De ce point de vue, les thérapies de groupe, ou même de couples et de familles, peuvent servir à amplifier et optimiser les acquis, le temps venu, mais à difficilement les déclencher seuls. Enfin, certains auteurs, notamment Hunter (1991), recommandent de débiter par une intervention individuelle. Mentionnons que l'intervention spécifique auprès des garçons, des jeunes hommes ou des hommes victimes d'agression sexuelle est encore peu courante au Québec (nous verrons plus loin que quelques rares ressources leur sont réservées).

1.6 INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MATIÈRE D'AGRESSION SEXUELLE

Deux écrits récents présentent une discussion détaillée des études évaluatives concernant les programmes de prévention des agressions sexuelles envers les enfants (Hébert & Tremblay, 2000) et une synthèse exhaustive des interventions visant la prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les adolescentes et adolescents (Lavoie, 2000). Les lecteurs intéressés sont invités à s'y référer. Dans la prochaine section, nous présentons seulement un bref résumé des principales conclusions des études évaluatives ayant porté sur les interventions préventives en matière d'agression sexuelle.

En ce qui concerne la prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants, plusieurs programmes américains, canadiens et québécois ont été élaborés au cours des vingt dernières années. La majorité de ces interventions sont réalisées en milieu scolaire et ciblent les enfants alors qu'une minorité de programmes tentent simultanément de rejoindre les adultes de l'entourage, notamment les parents et les enseignantes et enseignants en offrant des ateliers de sensibilisation et de formation (Daro, 1996; Kolko, 1988; Olsen & Widom, 1993). Ces formations abordent généralement les caractéristiques de l'agression sexuelle, le dévoilement d'une agression, les interventions suite à un dévoilement, les services qui reçoivent les signalements, etc.). Ces programmes visent à favoriser une réponse adéquate de la part des adultes qui reçoivent le dévoilement d'une situation d'agression sexuelle.

Les différents programmes visant les enfants font appel à une variété d'outils tels des bandes dessinées, des marionnettes, des chansons, des pièces de théâtre et des films. La plupart des interventions utilisent différentes techniques d'apprentissage comportemental telles que les jeux de rôle, le modeling et le renforcement (Binder & McNiell, 1987; Madak & Berg, 1992; Wurtele, 1990). De plus, les intervenants-es favorisent la discussion et l'échange entre les jeunes participants-es des différentes stratégies de prévention proposées. Les différents programmes de prévention varient considérablement quant à leur durée. De plus, différents acteurs-trices sont appelés-es à animer les sessions de prévention. Ainsi, des professionnels-les spécialisés-es dans le domaine des agressions sexuelles, des bénévoles, des policiers-ères, des intervenants-es en santé mentale ou des professeurs-es sont aussi susceptibles d'être interpellés-es dans le but d'offrir des programmes de prévention aux enfants (Randolph & Gold, 1994; Tutty, 1993; Wurtele, Kast & Melzer, 1992).

Malgré des particularités au niveau du format de présentation, les objectifs des différents programmes sont sensiblement les mêmes. Ainsi, les interventions proposées

visent à diminuer la vulnérabilité des enfants en les aidant à reconnaître une situation potentiellement abusive, à développer le sens de ses droits et à susciter le développement d'un comportement d'affirmation. Les différents programmes de prévention des agressions sexuelles abordent des contenus similaires, tentant de contrer les mythes voulant que les inconnus soient les seuls agresseurs potentiels et que les garçons ne soient pas à risque d'être agressés. De plus, les ateliers de prévention soulignent que l'enfant n'est pas responsable et ne doit pas se blâmer dans l'éventualité d'une agression sexuelle (Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1995). Les programmes éducatifs destinés aux élèves adoptent une approche de prévention primaire en visant à empêcher que l'abus ne survienne. Ils peuvent toutefois agir au niveau du dépistage et au niveau de l'intervention en permettant d'identifier certaines victimes, et en donnant des moyens leur permettant de trouver l'aide et les ressources dont elles ont besoin, diminuant ainsi les conséquences à long terme.

Il importe de souligner que les stratégies de prévention en matière d'agression sexuelle se distinguent nettement des stratégies mises en place pour contrer d'autres formes de violence et d'abus. En effet, les stratégies implantées pour enrayer l'abus physique ou la négligence consistent principalement à identifier les situations à risque (par exemple, jeune âge de la mère, pauvreté, faible niveau de scolarité), et les interventions ciblent les agresseurs eux-mêmes (parents). En contraste, les initiatives de prévention de l'agression sexuelle ciblent les victimes potentielles, préconisent une approche universelle et adoptent une approche principalement éducative (Finkelhor & Daro, 1997; Wurtele, 1998). Ainsi, jusqu'à présent, les initiatives de prévention des agressions sexuelles à l'endroit des jeunes ont eu comme objectif premier d'augmenter la sécurité personnelle des enfants en les informant sur la réalité de l'agression sexuelle, en leur enseignant les habiletés à déployer devant une situation potentiellement à risque (par exemple, savoir dire NON, s'enfuir, le dévoiler à quelqu'un) (Dubé, Heger, Johnson & Hébert, 1988; Tutty, 1990). Ce consensus au niveau de l'objectif à atteindre provient du fait que la plupart des stratégies préventives s'appuient sur le concept de l'appropriation (« empowerment ») afin de définir leur cadre conceptuel (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). Le rationnel sous-jacent est qu'en donnant de l'information adéquate aux enfants et en les sensibilisant aux ressources disponibles dans leur milieu, ils seront mieux outillés pour faire face aux situations d'exploitation sexuelle.

Plusieurs initiatives de prévention, centrées sur les adolescentes et les adolescents, ont aussi été élaborées au cours des dernières années. Dans une analyse critique des contenus de plusieurs programmes dont la majorité ont été implantés aux États-Unis, Lavoie, Mercier et Piché (1991) remarquent que le rôle des groupes de femmes a été primordial dans la mise sur pied de ces programmes. Le modèle féministe est le cadre

conceptuel de plusieurs programmes; la poursuite d'un traitement égalitaire des sexes est perçue comme le moyen de prévenir la violence dans les fréquentations. Certains programmes abordent uniquement la prévention de l'agression sexuelle alors que d'autres sont plus globaux et abordent simultanément les phénomènes de la violence physique et psychologique. Les programmes font généralement appel à une variété de modalités de présentation (activités en classe, discussions en groupe, mises en situation, etc.) et intègrent plusieurs éléments explicatifs des causes de la violence (histoire familiale passée de violence, communication, habiletés sociales, stress, pression des pairs, etc.). La majorité des programmes visant la clientèle adolescente sont aussi dispensés en milieu scolaire et adoptent une approche universelle, visant l'acquisition de ressources personnelles par les élèves (Lavoie, 2000). Dans certains cas, des formations sont offertes aux intervenants-es appelés-es à côtoyer les jeunes, de même qu'aux parents. La majorité des programmes adoptent une approche éducative mais certains proposent aussi des activités d'implication communautaire telles la confection d'affiches, la planification d'une activité à l'école par un comité de jeunes, des collectes de fonds pour des organismes œuvrant dans le domaine ou encore des demandes de contacts auprès des organismes qui offrent des services aux victimes.

1.6.1 Effets des programmes de prévention

Malgré la prolifération au cours des dernières années de programmes visant à prévenir les agressions sexuelles, peu d'efforts ont été déployés afin d'évaluer systématiquement ce que les jeunes apprennent et de vérifier si les connaissances et les habiletés acquises sont maintenues après de telles interventions (Finkelhor & Strapko, 1992; Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, 1995). L'objectif immédiat d'un programme de prévention étant l'apprentissage de connaissances et d'habiletés préventives, la vérification de ces acquis devient une des premières étapes pour s'assurer des retombées positives du programme. Néanmoins, l'objectif distal de toute démarche préventive demeure l'utilisation des acquis par les enfants qui se retrouvent face à une situation d'agression sexuelle (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). La vérification de cet objectif est, toutefois, beaucoup plus difficile à réaliser; plusieurs problèmes méthodologiques et éthiques étant impliqués (O'Donohue, Geer & Elliott, 1992). La majorité des études menées à ce jour se centrent donc sur l'objectif proximal en termes d'acquis des enfants participant à un programme de prévention (Wurtele & Miller-Perrin, 1992). Les effets des interventions préventives sont donc évalués par l'acquisition de concepts véhiculés lors de l'atelier et par la généralisation des habiletés enseignées (dire non, s'affirmer, le dévoiler) à des situations

non discutées lors de l'atelier de prévention. Plusieurs auteurs ont recours à des mesures indirectes tel le « What If Situation Test » [WIST] ou des mesures apparentées qui consistent en différentes vignettes ou situations hypothétiques, dont certaines illustrent des circonstances d'agression sexuelle et d'autres des situations non abusives. Après la présentation de chaque vignette, l'enfant est appelé à répondre à une série de questions. Les réponses verbales de l'enfant sont, par la suite, codifiées en fonction de sa capacité à reconnaître une situation potentiellement abusive, à ses habiletés à s'affirmer, à s'esquiver de la situation présentée et à dévoiler les faits à une personne de confiance. Certains auteurs ont utilisé des variantes de cette mesure en présentant, par exemple, des vignettes sur vidéo.

La conclusion générale est que les élèves de niveau primaire qui participent à des programmes de prévention présentés en milieu scolaire augmentent leur niveau de connaissances et leurs habiletés préventives (Araji, Fenton & Straugh, 1995; Berrick & Barth, 1992; Daro, 1994; Tutty, 1992; Wurtele & Miller-Perrin, 1992). Rispens, Aleman et Goudena (1997) ont effectué une méta-analyse de 16 études évaluatives tout en considérant l'influence de certaines variables modératrices liées aux caractéristiques de la clientèle (âge, sexe de l'enfant, niveau socio-économique), de l'intervention (axée sur l'acquisition des connaissances versus sur la pratique de comportements préventifs, durée de l'intervention) et des qualités des études menées (nombre de participants-es impliqués-es, fidélité des mesures utilisées et qualité du devis de recherche). Les conclusions de Rispens et ses collègues (1997) permettent de situer l'ampleur de l'effet des interventions préventives à 0,71 tel qu'évalué au post-test et à 0,62 pour la relance. La valeur obtenue s'approche du seuil de 0,80 qui correspond à un effet d'intervention élevé (Cohen, 1988). Les résultats suggèrent que les caractéristiques des interventions recensées représentent les variables dont l'effet modérateur est le plus important, eu égard aux mesures dépendantes. Les programmes de plus longue durée ainsi que ceux axés sur une formation explicite seraient ainsi susceptibles d'être liés à des retombées plus favorables. Ce dernier résultat corrobore les analyses comparatives de modes de présentation des interventions, suggérant que les programmes qui permettent aux enfants de mettre en pratique les stratégies apprises et de participer à des jeux de rôles amènent des résultats plus probants que les approches plus passives (Wurtele, Saslawsky, Miller, Marrs & Britcher, 1986; Wurtele, Marrs & Miller-Perrin, 1987; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1995).

Certains programmes de prévention ont aussi plus particulièrement visé les jeunes enfants de niveau préscolaire. Les programmes s'adressant aux enfants d'âge préscolaire comportent, en plus des limites inhérentes aux programmes de prévention en général, des

difficultés qui leur sont propres et plusieurs critiques leur ont été formulées (Berrick & Gilbert, 1991; Grober & Bogat, 1994; Liang, Bogat & McGrath, 1993; Nemerofsky, Carran & Rosenberg, 1994). Les conclusions quant à l'impact des interventions réalisées auprès des clientèles préscolaires sont en effet beaucoup plus mitigées (Croteau, Hébert & Lavoie, 1998; Hazzard, 1990). Les analyses effectuées au cours des dernières années suggèrent néanmoins que lorsque les programmes privilégient la présentation de notions concrètes tout en favorisant une participation active des jeunes enfants, ils peuvent être associés à des effets bénéfiques. Les ateliers gagneraient aussi à être présentés en plusieurs sessions et à favoriser une participation active de la part des parents et des éducateurs-trices (Nemerofsky & al. 1994; Sarno & Wurtele, 1997; Wurtele, 1990; Wurtele & al., 1987; Wurtele & al., 1992). Les programmes de prévention les plus bénéfiques pour eux seraient donc ceux qui utilisent la répétition des concepts ainsi que l'usage d'indices visuels (Rispen & al., 1997; Sivan, 1991; Tutty, 1992). L'introduction graduelle des concepts et leur exposition régulière dans le temps s'avérerait préférable (Berrick & Gilbert, 1991). L'apprentissage serait aussi favorisé par l'exploration, les techniques expressives (jeux de rôle, dessins, discussions, etc.) et le renforcement (Wurtele, 1990).

En ce qui concerne les programmes visant davantage les adolescents et les adolescentes, dans une recension exhaustive des études, Lavoie (2000) identifie 11 évaluations récentes. Les programmes évalués sont variés. Ainsi, certaines interventions offrent des présentations brèves portant sur les principaux mythes liés à l'agression sexuelle, les signes liés à des situations à risque, les statistiques sur le viol, les causes de l'agression sexuelle et les informations sur les ressources disponibles. D'autres programmes sont davantage inspirés d'une approche d'organisation communautaire généralement accompagnée d'une journée spéciale à l'école. Les animations sont offertes par des intervenants-es préalablement formés-es (par exemple, policiers-ères, travailleurs-euses communautaires, enseignants-es). D'autres programmes comportent une série d'activités dirigées se déroulant sur plusieurs jours avec un contenu déterminé. Les thèmes abordés varient d'un programme à l'autre mais généralement les programmes visent à augmenter les connaissances des jeunes concernant les différentes formes de violence, les indices de la violence et les différentes ressources du milieu. De même, les activités offertes visent à favoriser un changement dans les attitudes des jeunes face à la violence et à promouvoir les relations harmonieuses dans les relations intimes. Une seule étude évaluative a été réalisée concernant une approche ciblant spécifiquement des jeunes présentant des facteurs de risque (avoir un passé familial de violence ou de négligence).

Les programmes apparaissent susceptibles de produire les résultats escomptés particulièrement au niveau des connaissances et des attitudes. Les programmes semblent plus efficaces auprès des jeunes qui n'ont pas été impliqués dans les relations teintées de violence. Lavoie (2000) souligne qu'il existe peu d'informations sur les facteurs de succès de ces interventions préventives. Les principales limites des études menées à ce jour sont l'utilisation de questionnaires aux qualités métriques discutables, des schèmes insuffisamment robustes et ne contrôlant pas les explications rivales et, dans quelques cas, de faibles échantillons. Finalement, on peut déplorer le manque d'attention aux effets négatifs potentiels de ces programmes (ex.: impact différent selon le sexe, effets nuisibles sur les populations à risque, etc.).

Malgré le fait que plusieurs études témoignent d'effets bénéfiques, certaines critiques ont été formulées à l'égard des programmes de prévention de l'agression sexuelle, surtout ceux offerts aux enfants. La critique la plus fréquente réfère à l'auditoire visé, plusieurs auteurs questionnant la centration exclusive de la majorité des interventions sur les victimes potentielles (O'Donohue & al., 1992; Krugman, 1985; Reppucci & Haugaard, 1993). Plusieurs intervenants-es et chercheurs-es ont souligné que l'implication des adultes, notamment celle des parents, représente l'élément fondamental de la réussite des programmes de prévention visant les enfants (Reppucci & Hauggard, 1993; Tutty, 1993; Wurtele & Miller-Perrin, 1992).

Les arguments pour favoriser la participation des parents aux programmes visant à prévenir l'agression sexuelle chez les enfants sont nombreux. En effet, bien souvent les programmes impliquent une seule rencontre avec les enfants en milieu scolaire, alors que les parents sont en mesure de présenter les notions préventives de façon continue et de renforcer les concepts véhiculés lors des ateliers dans le milieu familial (Tutty, 1993), ou encore de clarifier, si nécessaire, des incertitudes chez l'enfant suite aux ateliers à l'école (Wurtele, Kvaternick & Franklin, 1992). Des parents sensibilisés à la dynamique de l'agression sexuelle, sont susceptibles de faciliter le dévoilement d'une situation de victimisation et de prendre les mesures nécessaires pour protéger l'enfant contre d'éventuelles agressions (Reppucci & Haugaard, 1989). Les parents informés sont potentiellement plus enclins à réagir avec une attitude et des comportements de soutien face à l'enfant qui dévoile une situation d'agression.

Bien que les arguments en faveur de l'implication et la participation des parents dans les efforts de prévention soient nombreux, seule une minorité des programmes existants offrent des ateliers ou des sessions d'information destinés aux parents (Reppucci & Haugaard, 1989; Finkelhor & Dziuba-Leatherman, 1995; Olsen & Widom, 1993). De plus,

les quelques études ayant colligé des données sur la participation des adultes aux sessions d'information suggèrent que finalement, peu de parents prennent part aux ateliers offerts. Tutty (1993), par exemple, mentionne que des 284 parents invités à la session d'un programme de prévention diffusé en Ontario, seulement 24% se sont finalement présentés à la formation. Cette situation n'est pas différente de celle qui prévaut pour des programmes de prévention visant d'autres problématiques, comme le soulignent Normand, Vitaro et Charlebois (2000).

Il existe très peu d'études évaluatives permettant de témoigner des retombées des programmes destinés aux parents. Par contre, quelques études récentes suggèrent des effets bénéfiques à ces ateliers. Par exemple, McGee et Painter (1991) ont analysé les réponses d'un groupe de parents d'enfants d'âge préscolaire face à une vignette représentant une situation d'agression sexuelle. Les auteures rapportent que les parents ayant assisté à une présentation et une discussion de groupe sont davantage en mesure d'identifier les actions appropriées et à démontrer des comportements soutenant que les parents du groupe témoin. Dans une étude du programme Stay Safe, MacIntyre et Carr (1999) concluent aussi à des gains significatifs chez les parents qui participent à l'atelier de prévention.

Les enseignants-es sont aussi susceptibles de jouer un rôle important dans la prévention des agressions sexuelles. Ils-elles sont en effet dans une position privilégiée pour offrir leur soutien aux élèves qui dévoilent une situation d'agression sexuelle. Quelques interventions ont été expérimentées. Randolph et Gold (1994), par exemple, ont montré qu'une formation pouvait favoriser l'acquisition de connaissances chez les enseignants-es et que les gains sont maintenus lors de la relance trois mois plus tard. La participation à la formation amènerait aussi les enseignants-es à aborder le sujet en classe de même qu'avec leurs collègues, et à rapporter davantage de cas aux autorités compétentes. Des résultats positifs sont aussi rapportés par McGrath, Cappelli, Wiseman, Khalil et Allan (1987) qui ont proposé un atelier de deux jours sur l'abus et la violence envers les enfants à un groupe d'enseignants-es. Les gains répertoriés se traduisent par une augmentation des connaissances sur le sujet, des indicateurs de l'agression sexuelle et des aspects légaux impliqués. Finalement, lors d'une évaluation menée par Kleemeir, Webb, Hazzard et Pohl (1988), les enseignants-es participant à la formation offerte ont démontré des acquisitions au plan des connaissances liées à la problématique de l'agression sexuelle et sont davantage capables, à l'aide de situations hypothétiques proposées, d'identifier les interventions adéquates.

Cette recension des écrits a permis de constater que des interventions, tant au niveau des services d'aide directe que préventifs, sont effectuées auprès de diverses clientèles. Parmi ces interventions, certaines ont été soumises à une évaluation et ont donné lieu à des résultats probants. Les prochains chapitres portent sur les pratiques actuelles au Québec, telles qu'identifiées par les répondants-es ayant participé à ce projet.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET PORTRAIT DES ORGANISMES RÉPERTORIÉS

Ce chapitre porte, d'une part, sur la méthodologie de la recherche. Il est question de la description des organismes à l'étude, du repérage des programmes et des services, de la sélection des organismes et des programmes participants, de la démarche de la collecte de données, de l'instrument qui a permis cette collecte de données, de la manière dont les données recueillies ont été analysées ainsi que des limites de l'étude. D'autre part, la seconde partie de ce chapitre présente un portrait à l'aide des données recueillies auprès des organismes participants. Tout d'abord, les activités et les interventions que les organismes offrent, la description de leurs actions sociales ou politiques et les clientèles rencontrées sont exposées. Par la suite, il est question brièvement de l'organisation de ces organismes en décrivant les caractéristiques des intervenants-es qui dispensent les services ainsi que le soutien leur étant disponible, en abordant le financement de l'ensemble des interventions et le partenariat exercé avec d'autres organismes ou ressources. Pour terminer cette section, les résultats portant sur l'évaluation du degré d'atteinte des objectifs poursuivis dans le cadre de différentes interventions menées sont présentés.

2.1 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette section décrit la méthodologie de recherche qui a été utilisée et porte sur les organismes à l'étude, le repérage des programmes et des services, la sélection des organismes et des programmes participants, la démarche de la collecte de données, l'instrument de collecte de données, l'analyse des données et les limites de l'étude.

2.1.1 Organismes à l'étude

Dans le cadre de cette recherche, tous les organismes et tous les programmes des régions de Montréal et de Québec qui offrent des interventions préventives en matière d'agression sexuelle ou qui offrent des services d'aide directe aux victimes d'agression sexuelle ou encore, qui soutiennent les organismes qui donnent ces types d'intervention, ont été ciblés pour participer à l'étude. Quelques organismes de chacune des autres régions du Québec ont été invités à participer afin d'obtenir des renseignements complémentaires. Les limites budgétaires et temporelles ne permettaient pas, par contre, d'effectuer un relevé exhaustif dans toutes les régions.

Le but premier de l'étude était de décrire les différents types de pratiques différentes préventives et d'aide directe dans le domaine des agressions sexuelles. Les programmes préventifs à recenser pouvaient s'adresser à des clientèles de tous âges (enfants, adolescents-es ou adultes). Cependant, un effort a été mis pour répertorier plus particulièrement les services d'aide directe offerts aux adolescents-es et aux adultes (femmes et hommes) victimes d'agression sexuelle. Le projet ne visait pas à recenser les pratiques et les interventions qui s'adressent aux agresseurs sexuels ou les programmes offerts dans les Centres Jeunesse.

Dans le cas de programmes préventifs (ex. ESPACE ou VIRAJ) dont le contenu est offert par différents organismes à travers le Québec, seuls les responsables de ces programmes et un organisme représentatif dispensateur du programme identifié par les responsables des programmes, ont été interviewés.

Le terme « intervention préventive » réfère à tous types d'interventions qui outillent les clientèles ciblées à reconnaître les situations potentielles d'agression sexuelle et à savoir comment agir dans de telles situations. Les services d'aide directe désignent tous types de services offerts directement aux victimes d'agression sexuelle : soutien, références, accompagnement, thérapie individuelle ou de groupe, etc.

2.1.2 Repérage des programmes et des services

Le repérage des divers programmes et services a été effectué de multiples façons. Dans un premier temps, une professionnelle de recherche a fait appel à plusieurs personnes susceptibles de connaître les services offerts dans leur région en matière d'agression sexuelle, afin qu'elles lui fournissent les coordonnées des responsables de ces services. Elle a également recueilli des informations, par divers centres de référence régionaux et provinciaux, en communiquant avec eux par téléphone (ex. Info-Ressources Québec-Métro, Info Santé MTS-CLSC) ou en consultant directement leur répertoire (ex. Centre de référence du Grand Montréal), des listes de services pouvant toucher de près ou de loin la prévention ou les services d'aide directe aux victimes d'agression sexuelle. Elle a ensuite repéré les Tables de concertation en abus sexuel des régions de Montréal et de Québec. Elle a communiqué avec les hôpitaux de ces régions, les Services de police de la Communauté urbaine de Montréal et de Québec et contacté les représentants-es des programmes d'aide aux employés de syndicats susceptibles d'offrir des services en agression sexuelle à leurs membres (CEQ, FTQ, CSN). Elle a communiqué avec tous les organismes dont elle avait les coordonnées afin de s'assurer que les services qu'ils offraient en matière d'agression sexuelle correspondaient aux besoins de la recherche. Elle leur a aussi demandé de lui

référer les services de leur communauté (du réseau de la santé, du communautaire et du privé) qu'ils connaissaient (méthode « boule de neige »). Elle effectuait ensuite une chaîne d'appel auprès des nouveaux organismes identifiés afin de procéder aux mêmes vérifications (la nature de leurs services et les références possibles à d'autres organismes). La chaîne d'appels était reprise jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles ressources identifiées. Cette étape a principalement porté sur l'identification des services offerts dans les régions de Montréal et de Québec, pour laquelle neuf chaînes d'appel ont été réalisées auprès de plus de 200 organismes.

Parallèlement à ces démarches, elle a communiqué avec l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec qui l'a référée aux coordonnateurs-trices régionaux-les. Toutefois, compte tenu du fait que les services des CLSC ne sont pas identiques d'un établissement à l'autre, on a communiqué directement avec chacun des CLSC de Montréal et de Québec. Dans les autres régions du Québec, seuls les CLSC identifiés par les informateurs-trices régionaux-les (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel [CALACS] et Régie régionale de la santé et des services sociaux [RRSSS]) comme offrant des services en agression sexuelle ont été contactés.

La professionnelle de recherche a également contacté le Bureau d'aide aux victimes d'actes criminels [BAVAC] du ministère de la Justice, le bureau du substitut du procureur général de Montréal et une juge (représentante à la cour du Québec), ainsi que les représentants-es des divers ministères et organismes gouvernementaux membres du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle (ministère de l'Éducation, ministère de la Famille et de l'Enfance, ministère des Relations avec les citoyens et l'Immigration, ministère de la Sécurité publique, ministère de la Solidarité sociale, Secrétariat aux affaires autochtones, Secrétariat au loisir et aux sports) susceptibles de travailler avec des regroupements d'organismes ou des organismes qui offrent des services en matière d'agression sexuelle. Quatre de ces ministères ou organismes ont fourni des références qui n'étaient pas déjà connues de la professionnelle de recherche. Des appels téléphoniques furent faits auprès de tous les organismes référés par ces représentants-es des ministères. Elle leur demandait les services qu'eux-mêmes offraient et de la référer vers d'autres ressources qu'ils connaissaient. À cette étape, quatre chaînes d'appels ont été réalisées.

Puis, on a communiqué avec les responsables en violence, en traumatisme intentionnel et non-intentionnel de toutes les RRSSS des 16 régions du Québec afin de connaître ce qui se faisait en matière d'agression sexuelle dans leur milieu. Ces responsables la réfèrent parfois à des collègues à l'interne qui travaillaient davantage sur

la problématique des agressions sexuelles, parfois à des partenaires du milieu, ou parfois, eux-mêmes étaient responsables de table de concertation en agression sexuelle. Les responsables de chaque RRSSS ont aussi fait parvenir la liste des organismes de leurs territoires respectifs qui travaillent en agression sexuelle, en violence, en jeunesse et auprès des femmes. De là, une autre série d'appels téléphoniques a été faite. Cette étape a nécessité jusqu'à cinq ou six chaînes d'appels selon les régions. Mis à part la région du Nord du Québec (services aux autochtones), six ou huit ressources par région ont été contactées. En résumé, les organismes participants dans les autres régions du Québec ont été identifiés à l'aide des personnes contactées dans les RRSSS, des intervenantes des CALACS, ou des contacts faits à partir des listes reçues de diverses sources (répertoires provinciaux, RRSSS ou autres).

Des démarches ont également été réalisées auprès de représentants-es de trois ordres professionnels-les afin d'identifier des travailleurs-euses sociaux-les, des psychologues ou des sexologues qui travaillent en pratique privée sur la problématique des agressions sexuelles. Cette démarche a été faite pour les régions de Montréal et de Québec seulement. Toutefois, ce ne sont pas tous les professionnels-les en pratique privée de ces deux régions qui ont été contactés-es. La professionnelle de recherche a soumis une liste de professionnels-les à des personnes contacts d'organismes spécialisés en agression sexuelle (CALACS, hôpitaux, chercheurs) des deux régions, afin qu'ils identifient des professionnels-les représentatifs-ves d'approches variées en pratique privée en agression sexuelle dans leur région. Vingt professionnels-les ont été identifiés-es dans la région de Montréal et dix dans la région de Québec. Puis, elle a contacté chacun des professionnels-les identifiés-es afin de vérifier que leur pratique portait toujours sur la problématique des agressions sexuelles. De ce nombre, seulement quelques-uns-es ont été invités-es à participer à l'étude. Cet échantillon de professionnels-les en pratique privée est donc très limité.

Le milieu scolaire n'a pas été contacté directement. Les programmes préventifs qui y sont offerts le sont souvent par des intervenants-es des CLSC qui ont été rejoints-es par ailleurs ou dans le cadre des programmes de type ESPACE ou VIRAJ interviewés également. Peu de programmes d'aide directe aux victimes sont offerts par les commissions scolaires ou les écoles.

En somme, plus de 1000 appels téléphoniques ont été effectués à travers le Québec pour tenter d'identifier les services offerts en matière d'agression sexuelle. Ainsi, tous les secteurs (sauf les Centres Jeunesse et le milieu scolaire) du réseau de la santé et des services sociaux, du réseau communautaire, de la sécurité publique, de la justice, des services gouvernementaux, des syndicats, des intervenants-es privés-es ou autres,

susceptibles de travailler de près ou de loin avec la problématique de l'agression sexuelle (prévention ou services d'aide directe) furent contactés-es d'une façon ou d'une autre, notamment les cliniques ou les hôpitaux désignés pour la trousse médicolégale de Montréal et de Québec et les CLSC; les ressources spécialisées en agression sexuelle comme les CALACS de tout le Québec; les ressources communautaires pour les jeunes; les centres de femmes et maisons d'hébergement; les maisons de la famille; les services de police de Montréal et de Québec; la Sûreté du Québec; les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels [CAVAC] de Montréal et de Québec; la Direction des Indemnisation des Victimes d'Acte Criminel [IVAC]; le BAVAC et des professionnels-les en pratique privée.

2.1.3 Sélection des organismes et des programmes participants

L'objectif initial de l'étude était de documenter le plus exhaustivement possible les pratiques préventives en matière d'agression sexuelle et les services d'aide directe offerts aux victimes d'agression sexuelle. À cette fin, nous avons concentré les démarches sur les régions de Montréal et de Québec. Dans ces régions, tous les organismes qui offraient des interventions en prévention des agressions sexuelles ainsi que tous les organismes qui offraient des services de tous types d'aide directe aux victimes avec qui la professionnelle de recherche a communiqué et qui ont accepté de collaborer, ont été retenus pour participer à l'étude.

Par ailleurs, il s'est avéré pertinent de donner un aperçu des activités menées en région. Ainsi, des organismes représentatifs des services offerts en matière d'agression sexuelle dans chacune des régions du Québec furent interviewés. En moyenne, trois organismes par région furent retenus. Systématiquement, un CALACS de chaque région a été interrogé, ces organismes étant spécialisés en agression sexuelle. Les autres organismes étaient retenus en fonction de leur représentativité des services offerts en matière d'agression sexuelle dans leur milieu ou par la complémentarité de leurs services par rapport aux services offerts par les CALACS. Souvent aussi, il s'agissait des seuls organismes dans la région à intervenir sur la problématique des agressions sexuelles. En région, certaines instances ont aussi été interviewées à cause des services spécifiques qu'elles apportaient dans leur milieu, aux organismes qui offrent les services à la population et à cause du dynamisme qu'elles créaient (par exemple, table de concertation coordonnée par une RRSSS). Les organismes d'aide aux victimes d'actes criminels tels que BAVAC et IVAC n'ont pas été retenus car leurs services n'étaient pas suffisamment spécifiques aux victimes d'agression sexuelle.

Le Grand Nord québécois présentait un portrait tout à fait particulier, par l'organisation de ses services (très disparates d'un secteur à l'autre et même entre les villages d'un même secteur) et par l'absence de services spécifiques (mais on aborde ce problème dans un contexte plus large) en matière d'agression sexuelle à la population amérindienne et inuit. Tous les informateurs-trices contactés-es ont confirmé qu'il n'était pas encore possible d'aborder directement, tant avec les enfants, les adolescents-es que les adultes, la problématique des agressions sexuelles, malgré une prévalence élevée. Les femmes acceptent davantage de parler de cette violence et de chercher du soutien à cet égard. Par ailleurs, dans certains villages de la Baie d'Ungava, de la Baie d'Hudson et de la Baie James, les intervenantes d'un service de santé, avec des aidantes naturelles autochtones des villages visités, peuvent parfois plus facilement recevoir les confidences des gens. En plus, les points de services de ce centre reçoivent régulièrement mais peu souvent des infirmières, des travailleuses sociales ou des psychologues offrant des services de *counselling* individuel. Dans ce contexte, émerge parfois le dévoilement d'abus sexuels. Mais aucun service reconnu et officiel n'est en place dans les communautés autochtones du Grand Nord québécois.

Pour tenter d'identifier les services offerts à ces populations, plusieurs appels téléphoniques ont été faits. D'abord, auprès du Secrétariat des affaires autochtones qui a fourni quelques références de personnes à contacter dont : 1) les Femmes autochtones du Québec, qui ont fait parvenir la liste des Maisons de femmes membres de leur regroupement; 2) la RRSSS du Nunavik qui a fait parvenir la liste des établissements de santé et de services sociaux, des points de service ainsi que des RRSSS du Grand Nord québécois; 3) la Commission SSS des premières nations et du Labrador qui ont référé à une intervenante en santé chez les Hurons (sur ce territoire, le programme *ESPACE* est offert aux élèves de tous les niveaux du primaire de l'école de la réserve huronne. Toutefois, il n'a pas été possible de contacter la personne responsable du programme.); 4) le Conseil Cri (neuf communautés Cri) qui a référé aux directeurs-trices de CLSC de leur territoire et à la Direction de la santé publique [DSP] conseil Cri de la Baie James, dont le bureau est à Montréal; 5) les DSP Nord du Québec et Nunavik qui ont envoyé la liste des établissements de leurs territoires, en précisant qu'il n'y avait pas de services spécifiques en agression sexuelle dans leur milieu. Toutes les personnes, tous les établissements de santé (sauf ceux qui ne pouvaient pas offrir de services en agression sexuelle (ex. soins de longue durée) et leurs points de service ont été appelés. De plus, une entrevue informelle a été réalisée par la professionnelle de recherche avec une intervenante en violence conjugale chez les Cris de la Baie James pour tenter d'en connaître davantage sur les services du Grand Nord. Cette

entrevue n'a fait que confirmer ce qui avait été dit par les nombreux-ses intervenants-es déjà contactés-es.

2.1.4 Démarche de la collecte de données

Les appels téléphoniques qui ont servi au repérage des services et des programmes se faisaient auprès des responsables des organismes ou des services offerts en matière d'agression sexuelle. Lors de ces appels téléphoniques, on présentait la recherche et ses objectifs, puis on s'informait des services offerts par l'organisme. Lorsque ce dernier n'offrait pas de services spécifiques en matière d'agression sexuelle ou qu'il offrait des services d'aide directe aux enfants seulement ou aux agresseurs, on leur expliquait qu'ils ne pouvaient pas les solliciter pour participer à l'étude. Lorsque les services offerts par l'organisme correspondaient au profil recherché, on sollicitait alors leur collaboration. On précisait que leur participation impliquait de réaliser une entrevue téléphonique d'une durée d'environ une heure trente et que le questionnaire servant à l'entrevue leur serait envoyé au préalable. Aucun refus n'a été noté à cette étape. Toutefois, certaines personnes se sont désistées un peu plus tard au cours du processus de cueillette de données.

La très grande majorité (98%) des organismes participants ont été sollicités directement lors des appels téléphoniques de repérage. Une lettre exposant en détail les objectifs de l'étude ainsi que les étapes de participation a été envoyée à tous les organismes sollicités. Suite à la réception de la lettre, une intervieweuse² communiquait avec la personne responsable pour vérifier si elle maintenait sa participation à la recherche. Si oui, l'intervieweuse lui faisait parvenir un formulaire de consentement avec une enveloppe préaffranchie ainsi qu'une copie du questionnaire, afin qu'elle puisse se préparer à l'entrevue téléphonique. L'intervieweuse et la personne responsable de l'organisme prenaient alors rendez-vous pour l'entrevue. L'entrevue était généralement réalisée auprès de la personne responsable de l'organisme ou du service. Il est arrivé cependant que ce soit une personne plus directement associée à l'intervention qui soit interviewée. Les entrevues réalisées avec des organismes qui offraient plusieurs types de services pouvaient être faites en deux temps : une première partie sur l'intervention préventive et une seconde, sur les services d'aide directe. Les entrevues ont été réalisées entre le 28 novembre 2000 et le 25 mars 2001. La durée des entrevues a varié entre 40 et 220 minutes. En moyenne, elles ont duré 91 minutes. De plus, les personnes interrogées ont été une nouvelle fois sollicitées lorsque

² Quatre intervieweuses ont réalisé les entrevues.

les fiches descriptives de leur organisme ou programme respectif ont été complétées par les intervieweuses (annexe). En effet, ces fiches ont été validées par les intervenants-es.

Les raisons du désistement des 10 organismes sont les suivantes. Au moment de faire les entrevues, il fut impossible de rejoindre certains répondants-es. Les intervieweuses ont laissé jusqu'à cinq messages sans retour d'appel, puis la professionnelle de recherche qui leur avait déjà parlé a tenté de les recontacter de nouveau mais sans succès, à ce moment les organismes concernés furent abandonnés (n = 5). Certains organismes se sont désistés après avoir reçu le questionnaire (n = 5). De ce nombre, deux organismes ont considéré que les services qu'ils offraient ne correspondaient pas à ce que l'étude recherchait, en fait leurs services étaient trop généraux pour qu'ils puissent répondre à un questionnaire spécifique sur les agressions sexuelles.

En résumé, 99 organismes œuvrant en agression sexuelle ont été ciblés pour participer à l'étude. De ce nombre, 89 ont répondu à l'appel, constituant un taux de participation de 89,9%. Cinquante et un sont des organismes communautaires, des CALACS (n = 17), d'autres organismes que les CALACS œuvrant uniquement en agression sexuelle (n = 10), des centres de femmes (n = 6), des CAVAC (n = 2). Vingt-cinq représentants-es d'organismes publics ont été interrogés-es, tels que des CLSC (n = 9), des centres hospitaliers (n = 6), des services de police (n = 4), des RRSSS (n = 4), un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et une personne-ressource ayant contribué à l'élaboration d'un programme commandé par le ministère de l'Éducation. De plus, 13 organismes privés (n = 4) ou professionnels-les en pratique privée (n = 9) ont participé à l'étude.

2.1.5 Instrument de collecte de données

Les données recueillies lors des entrevues téléphoniques l'ont été à l'aide d'un instrument principalement composé de questions à choix multiples. Ce questionnaire a été conçu spécifiquement pour cette étude.

a) Construction de l'instrument de collecte de données

Quatre étapes ont présidé à la construction de l'instrument de collecte de données. La première version a été inspirée d'instruments de mesure construits dans le cadre d'autres études du même type (Bolté, Devault, Saint-Denis & Gaudet, sous presse; Turcotte, Beaudoin & Pâquet-Deehy, 1999; Savoie & Tourigny, 1995) ainsi que de la recension des écrits sur les composantes des programmes préventifs et de services directs aux victimes d'agression sexuelle. Cette première version a été soumise aux membres du comité aviseur du projet. Les commentaires ont mené à des modifications du questionnaire. L'instrument

corrigé a été resoumis aux membres du comité avisé. Puis, de nouvelles corrections ont été apportées. Ensuite, chaque intervieweuse a pré-expérimenté l'instrument auprès d'un organisme de prévention et d'un organisme qui offrait des services d'aide directe. Suite à cette pré-expérimentation, quelques ajustements ont été faits pour parvenir à la version finale de l'instrument.

b) Composition de l'instrument de cueillette de données

Le questionnaire final est divisé en quatre parties :

- 1- La première partie comprend des questions d'informations générales sur l'organisme ainsi que des informations générales sur l'ensemble de ses interventions et activités en matière d'agression sexuelle et sur la clientèle ciblée par ces interventions;
- 2- La deuxième partie porte sur l'intervention préventive offerte par l'organisme (seuls les organismes qui offrent des activités de prévention répondaient à cette section du questionnaire) : description de la pratique, bases conceptuelles ou théoriques des interventions, description détaillée d'une activité spécifique;
- 3- La troisième section documente les services d'aide directe offerts aux victimes d'agressions sexuelles et à leurs proches (seuls les organismes qui offrent des services d'aide directe aux victimes répondaient à cette section du questionnaire) : description de la pratique et des modalités d'intervention, bases conceptuelles ou théoriques des interventions, description détaillée d'une activité spécifique;
- 4- La dernière partie du questionnaire réfère à l'ensemble des interventions de l'organisme et porte : 1) sur les caractéristiques des intervenants-es qui travaillent en agression sexuelle dans l'organisme; 2) sur la formation continue offerte à ces intervenants-es; 3) sur le financement des interventions en agression sexuelle; 4) sur le partenariat avec les autres organismes du milieu en matière d'agression sexuelle; et 5) sur les activités d'évaluation des interventions en agression sexuelle.

2.1.6 Analyse des données

Des 89 organismes interrogés, les questionnaires de 81 organismes ont été retenus pour constituer l'échantillon de recherche qui a été soumis aux analyses statistiques. Les questionnaires qui n'ont pas été retenus pour faire partie de cet échantillon sont au nombre de huit. Il s'agit des RRSSS, des regroupements d'organismes et du programme VIRAJ. Le questionnaire n'était pas approprié pour recueillir des données auprès de ces organismes puisque ces derniers n'offrent pas de services directement à la population. Les données provenant des entrevues sont néanmoins répertoriées dans les fiches descriptives présentées en annexe.

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 10. Les données recueillies ont été soumises à des analyses descriptives (moyenne et proportion). Les résultats portant sur l'ensemble des interventions sont présentés selon les trois types de ressources : organismes communautaires (y compris les CALACS), publics (ex. service de police) et privés (ex. centre de médiation).

Pour analyser les questions ouvertes, la méthode utilisée est inspirée du modèle général de l'analyse de contenu proposée par L'Écuyer (1990). Ce modèle est composé de six étapes :

- Étape 1 : *Lectures préliminaires et établissement d'une liste d'énoncés;*
- Étape 2 : *Choix et définition des unités de classification, étape comprenant les types d'unités, les critères de choix et leur définition;*
- Étape 3 : *Processus de catégorisation et de classification, étape cruciale qui traitera de la définition d'une catégorie, des diverses sous-étapes de classification conduisant à trois modèles spécifiques, et enfin des qualités nécessaires aux catégories pour assurer une bonne analyse de contenu;*
- Étape 4 : *Quantification et traitement statistique;*
- Étape 5 : *Description scientifique* comprenant l'analyse quantitative et l'analyse qualitative;
- Étape 6 : *Interprétation des résultats.* (L'Écuyer, 1990, p. 57)

En ce sens, l'analyse de contenu effectuée dans le cadre de cette étude a suivi ces étapes. Toutefois, comme le matériel à analyser était des courtes réponses aux questions ouvertes, donc assez limité, l'analyse n'a pu être aussi approfondie tel que l'Écuyer (1990) le propose. Toutefois, l'analyse a permis de dégager les tendances pour chacune de ces questions.

2.1.7 Limites de l'étude

Comme il a été mentionné plus tôt, cette étude avait comme objectif de répertorier les organismes et les services destinés aux victimes d'agression sexuelle, les principales pratiques curatives ainsi que les principales pratiques préventives. En ce sens, une recherche exhaustive des organismes des régions de Montréal et de Québec a été faite. Toutefois, cette recherche ne permet pas d'affirmer que toutes les pratiques, qu'elles soient préventives ou de services d'aide directe, ont été répertoriées.

Les principales difficultés auxquelles les auteures ont été confrontées se situent au niveau des informations recueillies à l'aide du questionnaire, malgré les soins accordés lors de l'élaboration de cet instrument de mesure. De manière générale, le questionnaire aurait répondu davantage aux objectifs de l'étude s'il avait permis de décrire chaque service, activité ou pratique offert par les organismes, tant au niveau curatif que préventif, en plus, bien entendu, de décrire l'organisme lui-même. Le temps de l'entrevue téléphonique a fait

en sorte de ne répertorier qu'une seule activité principale. Afin de faciliter la compréhension du questionnaire et de favoriser l'homogénéité des termes utilisés, autant par les intervieweuses que par les intervenants-es interrogés-es, il aurait été pertinent d'élaborer un lexique définissant les termes plus ambigus, par exemple, évaluation formelle, évaluation informelle, etc.

Ainsi, afin de mieux connaître à qui les interventions sont destinées, il aurait été pertinent d'obtenir, d'une part, les clientèles ciblées par les interventions préventives et, d'autre part, celles par les services d'aide directe. En ce qui concerne les intervenants-es œuvrant dans le domaine de l'agression sexuelle, il aurait été intéressant de connaître les caractéristiques de tout le personnel et pas seulement des six principaux-les intervenants-es. Afin de cibler davantage les besoins des organismes en termes de personnel, il aurait été pertinent de savoir le nombre d'intervenants-es rémunérés-es, bénévoles et stagiaires. En ce qui concerne les services d'aide directe, il a semblé difficile aux organismes de préciser le nombre de rencontres individuelles ou de groupe. Si on avait demandé aux répondants-es s'ils-elles offraient des services d'aide directe à court, à moyen ou à long terme, le nombre aurait probablement été plus élevé.

2.2 PORTRAIT STATISTIQUE DES ORGANISMES PARTICIPANTS

Cette section présente le portrait statistique des organismes qui ont participé à l'étude. Il est important de rappeler au lecteur que les analyses statistiques ont utilisé les données recueillies auprès de 81 organismes. Dans cette section, il sera donc question des types d'intervention offerts par les organismes, des actions sociales ou politiques, des clientèles rencontrées, des intervenants-es qui dispensent les services, du financement de l'ensemble des interventions, du partenariat exercé avec d'autres organismes ou ressources et de l'évaluation du degré d'atteinte des objectifs.

2.2.1 Activités et interventions offertes

Par rapport aux agressions sexuelles, il existe divers services offerts par les organismes qui œuvrent en ce domaine. Dans le cadre de cette étude, les interventions qui ont été étudiées sont les interventions préventives, les services d'aide directe auprès de victimes ainsi que les actions sociales ou politiques (tableau 1).

Les données recueillies permettent de constater que presque tous les organismes participants offrent, sous une forme ou une autre, des services d'aide directe auprès des victimes. Les interventions préventives sont principalement dispensées par les organismes

communautaires et publics. Soulignons que les organismes privés s'imposent moins en ce qui a trait aux activités préventives et aux actions sociales ou politiques.

Tableau 1
Activités et interventions offertes

Type d'intervention	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 48	%	n = 20	%	n = 13	%	n = 81	%
Interventions de type préventif	37	77,1	16	80,0	3	23,1	56	69,1
Services d'aide directe auprès des victimes	45	93,8	19	95,0	12	92,3	76	93,8
Actions sociales ou politiques	37	77,1	12	60,0	1	7,7	50	61,7

Le second tableau dénombre les organismes qui offrent un seul service, une combinaison de deux ou des trois services qui sont étudiés.

Tableau 2
Combinaison des interventions offertes

Interventions offertes	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 48	%	n = 20	%	n = 13	%	n = 81	%
Interventions de type préventif seulement	0	0,0	0	0,0	1	7,7	1	1,2
Services d'aide directe auprès des victimes seulement	7	14,6	3	15,0	10	76,9	20	25,9
Actions sociales ou politiques seulement	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Interventions de type préventif + services d'aide directe auprès des victimes	4	8,3	5	25,0	1	7,7	10	12,3
Interventions de type préventif + actions sociales ou politiques	3	6,3	1	5,0	0	0,0	4	4,9
Services d'aide directe auprès des victimes + actions sociales ou politiques	4	8,3	1	5,0	0	0,0	5	6,2
Interventions de type préventif + services d'aide directe auprès des victimes + actions sociales ou politiques	30	62,5	10	50,0	1	7,7	41	50,6

Ces données montrent que près des deux tiers des organismes communautaires et la moitié des organismes publics offrent une combinaison des trois types d'interventions, soit les interventions préventives, les services d'aide directe auprès des victimes et les actions sociales ou politiques. Par ailleurs, trois-quarts des organismes privés offrent uniquement des services d'aide directe. Le quart des organismes publics offrent à la fois des interventions préventives et des services d'aide directe. Finalement, les données révèlent que les actions sociales ou politiques sont principalement offertes en combinaison avec d'autres services.

2.2.2 Actions sociales ou politiques

Les actions sociales ou politiques semblent être des activités complémentaires importantes comme le démontre le tableau 3. Les organismes privés sont exclus de ce tableau puisque la majorité de ces organismes ne sont pas impliqués dans ce type d'actions. En effet, un-e seul-e intervenant-e a décrit de telles activités et référerait à une participation dans un groupe de travail.

Outre les services d'aide directe et les pratiques préventives, les intervenants-es sont donc souvent appelés-es à participer à diverses actions sociales ou politiques. Plusieurs des intervenants-es interrogés-es mentionnent que l'organisme s'implique dans une variété d'actions sociales ou politiques. Ainsi, les actions décrites peuvent prendre diverses formes, telles que la sensibilisation de masse, les consultations, la défense des droits, etc.

Tableau 3
Actions sociales ou politiques

Actions sociales ou politiques	Organismes communautaires		Organismes publics		Total	
	n = 37	%	n = 12	%	n = 50	%
Table de concertation	35	94,6	11	91,7	46	92,0
Sensibilisation de masse	27	73,0	9	75,0	36	72,0
Manifestations ou marches	31	83,8	3	25,0	34	68,0
Groupe de travail	23	62,2	7	58,3	31	62,0
Défense des droits	23	62,2	1	8,3	24	48,0
Représentations auprès de ministres ou d'instances gouvernementales ou politiques	20	54,1	4	33,3	24	48,0
Consultations	12	32,4	3	25,0	15	30,0
Promotion	11	29,7	1	8,3	12	24,0
Réaménagement de l'environnement	8	21,6	1	8,3	9	18,0

La très grande majorité des intervenants-es des milieux communautaires et des organismes publics mentionnent que l'organisme participe à une table de concertation. De plus, la majorité de ces organismes décrivent des activités visant la sensibilisation de masse et la participation à divers groupes de travail. Les intervenants-es décrivent aussi s'impliquer par le biais de représentations auprès des ministères ou d'instances gouvernementales, dans le cadre de consultations, d'activités de promotion et d'activités visant le réaménagement de l'environnement. En comparaison avec les organismes publics, les organismes communautaires s'impliquent aussi de façon importante dans les diverses manifestations ou marches et dans les activités visant la défense des droits des femmes et des enfants.

Quelques organismes disent effectuer d'autres actions sociales ou politiques, telles que la sensibilisation par les médias (par exemple, la participation à des émissions de télévision sur le thème), la médiatisation de certains cas d'agression sexuelle dans un but de

prévention, des conférences dans le cadre de cours universitaires et l'aide aux travaux des étudiants-es. Outre les services visant la prévention ou les services d'aide directe aux victimes, les intervenants-es investissent leur temps pour favoriser la sensibilisation auprès de la population ainsi que l'implantation des divers services offerts, et donnent leur appui à des événements ponctuels (par exemple, la Journée du 8 mars), la signature de pétitions, les revendications, etc.

2.2.3 Clientèles rencontrées

Une diversité d'informations a été recueillie à l'aide du questionnaire en ce qui concerne les clientèles qui bénéficient des services offerts par les organismes. Ces données ont été analysées afin d'élaborer un tableau portant sur les différentes clientèles ciblées (tableau 4), un autre sur les clientèles qui ont été victimes d'agression sexuelle (tableau 5) et un dernier dénombrant les différentes catégories d'adultes de soutien (tableau 6). Compte tenu de la diversité des organismes, des différentes interventions offertes et des divers types d'agression sexuelle, ces tableaux démontrent la diversité des clientèles ciblées³.

Tableau 4
Clientèles desservies par les organismes selon le type de services offerts

Clientèles	Interventions préventives seulement		Services d'aide directe seulement		Interv. préventives et services d'aide		Total	
	n = 5	%	n = 25	%	n = 51	%	n = 81	%
Enfants d'âge pré-scolaire	1	20,0	8	32,0	14	27,5	23	28,4
Enfants de scolarité primaire	2	40,0	9	36,0	18	35,3	29	35,8
Adolescents-es	4	80,0	14	56,0	41	80,4	59	72,8
Adultes	3	60,0	22	88,0	45	88,2	70	86,4
Agresseurs	1	20,0	4	16,0	12	23,5	17	21,0
Familles	2	40,0	10	40,0	27	52,9	39	48,1
Adultes de soutien	4	80,0	13	52,0	42	82,4	59	72,8
Population générale	1	20,0	3	12,0	31	60,8	35	43,2
Instances gouvernementales	1	20,0	3	12,0	15	29,4	19	23,5
Entreprises privées ou publiques	1	20,0	0	0,0	9	17,6	10	12,3

Dans l'ensemble, un nombre plus important d'organismes disent offrir des services aux clientèles suivantes : les adultes, les adolescents-es et les adultes de soutien (tableau 4). Selon la proportion d'organismes, les clientèles qui semblent avoir le moins de services sont les enfants d'âge pré-scolaire, les agresseurs et les entreprises privées/publiques. Ces résultats reflètent bien la sélection faite des organismes lors de la collecte de données. La moitié des organismes offrent des services aux familles. La population en général constitue

la clientèle d'environ quarante pour cent des organismes. Près du tiers des organismes desservent les enfants d'âge scolaire de niveau primaire. La majorité des organismes répertoriés ciblent les adolescents-es et les adultes.

Une proportion appréciable d'organismes impliqués dans les pratiques préventives ciblent les adultes de soutien. En ce sens, les interventions préventives ciblent souvent, non seulement les victimes potentielles (enfants et adolescents-es), mais aussi les adultes de l'entourage (parents, enseignants-es), tandis que les services d'aide directe sont plus souvent destinés à la clientèle adulte.

Le tableau suivant (tableau 5) présente les proportions d'organismes qui offrent des services aux victimes d'agression sexuelle. Il a semblé opportun d'y retirer les résultats portant sur les organismes offrant uniquement des interventions préventives puisque ces services sont rarement destinés à une clientèle victime.

Tableau 5
Organismes offrant des services aux victimes d'agression sexuelle

Clientèle victime	Services d'aide directe seulement		Interv. préventives et Services d'aide		Total	
Enfants d'âge pré-scolaire	n = 8	%	n = 14	%	n = 23	%
- victimes filles	8	100,0	7	50,0	15	65,2
- victimes garçons	8	100,0	7	50,0	15	65,2
Enfants de scolarité primaire	n = 9	%	n = 18	%	n = 29	%
- victimes filles	9	100,0	11	61,1	20	69,0
- victimes garçons	9	100,0	11	61,1	20	69,0
Adolescent-es	n = 14	%	n = 41	%	n = 59	%
- victimes filles	13	92,9	31	75,6	45	76,3
- victimes garçons	11	78,6	15	36,6	26	44,1
Adultes	n = 22	%	n = 45	%	n = 70	%
- victimes femmes	19	86,4	38	84,4	58	82,9
- victimes hommes	16	72,7	14	31,1	30	42,9
Familles	n = 10	%	n = 27	%	n = 39	%
- famille de la victime	10	100,0	25	92,6	35	89,7

Parmi les organismes qui ont participé aux entrevues, les organismes offrant uniquement des services d'aide directe semblent rencontrer des victimes de sexe masculin et des victimes de sexe féminin. En contraste, les organismes qui offrent à la fois des services d'aide directe et des interventions préventives, reçoivent majoritairement des victimes de sexe féminin adolescentes et adultes.

La catégorie « Adultes de soutien » renferme une variété de clientèles ciblées (tableau 6). Selon les proportions observées d'organismes, les adultes de soutien qui reçoivent

³ Un même organisme peut offrir ses services à plus d'une clientèle spécifique.

davantage de services sont les parents de la victime, les intervenants-es du milieu institutionnel, le personnel scolaire et les intervenants-es du milieu communautaire. Les organismes semblent moins offrir de services aux couples où l'un des conjoints a été victime d'agression sexuelle. Enfin, les autres adultes ou aidants-es naturels-les significatifs-ves de la communauté, tels les amis-es, les jeunes dans les écoles, sont ciblés par des interventions spécifiques dans un peu plus de vingt pour cent des organismes.

Tableau 6
Organismes offrant des services aux adultes de soutien

Adultes de soutien	Interventions préventives		Services d'aide directe		Interventions préventives et Services d'aide directe		Total	
	n = 4	%	n = 13	%	n = 42	%	n = 59	%
Parents	1	25,0	9	69,2	29	69,0	39	66,1
Conjoint-e de la victime	0	0,0	7	53,8	23	54,8	30	50,8
Couple	0	0,0	5	38,5	6	14,3	11	18,6
Personnel scolaire	3	75,0	3	23,1	28	66,7	34	57,6
Intervenants-es du milieu communautaire	2	50,0	4	30,8	28	66,7	34	57,6
Intervenants-es du milieu institutionnel	3	75,0	5	38,5	29	69,0	37	62,7
Intervenants-es en pratique privée	1	25,0	1	7,7	10	23,8	12	20,3
Policiers-ères	0	0,0	3	23,1	19	45,2	22	37,3
Autres adultes ou aidants-es naturels-les significatifs-ves de la communauté	1	25,0	0	0,0	12	28,6	13	22,0

Par rapport à cet aspect, deux tendances se dessinent. D'une part, les parents, le ou la conjoint-e de la victime et le couple bénéficient davantage de services d'aide directe, c'est-à-dire que ces clientèles profitent de services, tels que la thérapie, le soutien. D'autre part, les organismes offrant des interventions préventives le font davantage auprès du personnel scolaire et des intervenants-es du milieu institutionnel.

2.2.4 Intervenants-es qui dispensent les services

a) Caractéristiques des principaux-les intervenants-es

L'élaboration ainsi que le maintien de l'ensemble des interventions faites en matière d'agression sexuelle requièrent le travail de divers-es intervenants-es. Les informations qui suivent présentent leur nombre ainsi qu'un portrait général des six principaux-les intervenants-es qui œuvrent dans les organismes décrits.

Dans l'échantillon total, le nombre d'intervenants-es impliqués-es dans l'ensemble des interventions diffère énormément d'un organisme à un autre. En effet, le nombre varie de un à 40. L'étude a recensé deux organismes qui font exception, ils comptent chacun plus de 750 intervenants-es. Ces organismes ne sont pas représentatifs de ceux qui

œuvrent dans le domaine de l'agression sexuelle. Il s'agit d'organismes qui ont un mandat plus élargi et qui travaillent sur plus d'une problématique, tels que les services de police. Toutefois, la majorité des organismes emploient entre un-e et six intervenants-es.

Concernant leurs caractéristiques, le questionnaire de recherche a permis de recueillir de l'information détaillée sur 281 intervenants-es. Soulignons que ce ne sont pas tous les organismes qui ont présenté de manière individuelle leurs intervenants-es. Ainsi, par exemple, l'un des organismes mentionne n'employer aucun intervenant-e afin d'animer l'activité offerte. Deux organismes ont présenté de manière générale l'ensemble de leurs intervenants-es. La majorité des intervenants-es sont des femmes, et cela quel que soit le type d'organisme. Leur domaine de formation varie beaucoup. Toutefois, près du tiers des intervenants-es œuvrant dans les organismes communautaires interrogés ont une formation en travail social. Soixante-dix pour cent des intervenants-es en pratique privée qui ont participé à notre enquête ont été formés-es dans le domaine de la psychologie. La formation de trois intervenants-es des organismes publics relève du domaine de la santé. Une certaine proportion ont une toute autre formation (17%) : administration, philosophie, informatique, ergothérapie, communication, etc. En ce qui concerne leur expérience, 41% des intervenants-es ont œuvré depuis moins de cinq ans, 29% sont expérimentés-es (entre cinq et dix ans) et 30% œuvrent dans le domaine depuis plus de 11 ans.

b) Soutien disponible aux intervenants-es

La majorité des intervenants-es interrogés-es décrivent un environnement de travail supportant. Comme on peut s'y attendre, les intervenants-es des milieux privés sont un peu moins nombreux à indiquer recevoir un soutien pour leurs interventions. Parmi ceux qui identifient un soutien, la totalité réfère à des supervisions pour des cas particuliers et un peu plus de la moitié mentionnent être en mesure de tenir des discussions d'équipe. Les données présentées au tableau 7 suggèrent que les intervenants-es issus-es des milieux communautaires et publics disposent notamment de soutien sous la forme de discussions d'équipe.

Tableau 7
Soutien des organismes à leurs intervenants

Soutien	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 48	%	n = 20	%	n = 13	%	n = 81	%
Présence de soutien	44	91,7	20	100,0	10	76,9	74	91,4
- Discussions en équipe	42	95,5	14	70,0	6	60,0	62	83,8
- Supervision	29	65,9	7	35,0	10	100,0	46	62,2
- Personne(s) ressources(s) experte(s) dans le domaine	21	47,7	5	25,0	1	10,0	27	36,5
- Accompagnement	12	27,3	1	5,0	0	0,0	13	17,6

De plus, les intervenants-es bénéficient de supervision particulièrement dans les milieux communautaires. Dans certains cas, les organismes sollicitent les services de personne(s) ressource(s) dans le domaine des agressions sexuelles ou de leur prévention, disponible au besoin, pratique qui semble plus courante dans les milieux communautaires. Notons que certains-es intervenants-es interrogés-es disposent d'accompagnement et ce, notamment dans les organismes communautaires. Les autres formes de soutien rapportées sont l'information, l'élaboration d'outils, les suivis psychologiques, les formations, le soutien d'un collègue ou la consultation.

2.2.5 Financement de l'ensemble des interventions

La présente section permet de dresser un portrait du financement des organismes qui offrent des interventions en matière d'agression sexuelle. Cependant, certaines personnes en pratique privée n'ont pas répondu aux questions car le budget annuel représente leur salaire annuel. De plus, les personnes interrogées de deux organismes n'ont pu fournir les renseignements demandés, car elles ne connaissaient pas les informations à ce propos.

En ce qui concerne le budget annuel alloué aux interventions en matière d'agression sexuelle, un dixième des organismes ont moins de 20 000\$ par année (12%). Une faible proportion a entre 20 000\$ et 59 999\$ (8%) ou entre 60 000\$ et 99 999\$ (6%). Un peu plus de la moitié des organismes bénéficient d'un budget annuel de 100 000\$ et plus (55%). Pour près d'un cinquième de l'échantillon, le budget alloué aux interventions en matière d'agression sexuelle est inclus dans celui d'une institution (19%).

Les sources de financement de l'ensemble des interventions en matière d'agression sexuelle, par ordre d'importance, sont les organismes subventionnaires ou les sources gouvernementales (74%), l'autofinancement (56%), les dons (48%), les fondations privées (14%), le budget institutionnel (12%) et les organismes responsables de l'intervention (4%). Parmi les autres sources de financement, on retrouve, entre autres, les subventions ponctuelles, les contributions volontaires, les revenus des interventions effectuées et Centraide.

La durée du financement n'est pas assurée pour 19% des organismes. Pour une faible proportion, le financement est assuré pour moins d'un an (3%). Près de 40% des organismes ont un financement assuré pour une période allant entre un à trois ans (39%), peu d'organismes ont obtenu un financement assuré entre trois et cinq ans (5%) alors que le tiers prévoient recevoir du financement pour une durée de cinq et plus (34%).

En ce qui a trait à la probabilité du maintien de l'ensemble des interventions, aucun organisme ne mentionne que ce maintien n'est pas du tout probable. Une très faible proportion affirment que le maintien de leurs interventions est peu probable (3%). Une

certaines proportions des organismes évaluent que le maintien de leurs interventions est assez probable (39%) alors que plus de la moitié des organismes pensent que le maintien de l'ensemble de leurs interventions est plus que probable (58%).

2.2.6 Partenariat avec d'autres organismes ou ressources

Dans le domaine des agressions sexuelles, certains organismes participants sont en partenariat avec d'autres organismes ou ressources. La présente section fait état de cette situation.

Tableau 8
Partenariat avec d'autres organismes ou ressources

Partenariat	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n	% ou M	n	% ou M	n	% ou M	n	% ou M
Partenariat avec d'autres organismes ou ressources	n = 45	93,8%	n = 19	95,0%	n = 9	69,2%	n = 73	90,1%
Nombre d'organismes partenaires	n = 43	M = 11,63 ÉT = 4,63	n = 17	M = 9,41 ÉT = 4,50	n = 9	M = 5,00 ÉT = 3,97	n = 69	M = 10,22 ÉT = 4,99

Selon le tableau 8, la majorité des organismes agissent en partenariat avec d'autres organismes ou ressources. Les organismes ont en moyenne une dizaine de partenaires. Toutefois, le nombre de partenaires identifiés varie grandement (un à 20 partenaires). Pour cette dernière question, quelques organismes n'ont pas été en mesure de dénombrer tous les organismes ou ressources avec lesquels un partenariat a été établi. Les organismes privés sont moins nombreux à être en partenariat et le nombre de leurs partenaires est moins élevé que les organismes communautaires et les organismes publics.

Les organismes et les ressources partenaires aux organismes participants sont présentés dans le tableau 9. Les organismes privés semblent se distinguer des organismes communautaires ou publics à plusieurs égards. D'abord, ils identifient moins de partenaires. Les trois-quarts des organismes privés ont comme partenaires les IVAC et d'autres professionnels-les en pratique privée. La majorité des organismes communautaires et publics comptent les services sociaux et les services de santé parmi leurs partenaires. Les mêmes deux types d'organismes ont aussi établi des partenariats réguliers avec les services de police et les procureurs. Compte tenu que plusieurs des interventions préventives élaborées sont diffusées par le biais des écoles primaires ou secondaires, il n'est pas surprenant de constater que près des deux tiers des intervenants-es mentionnent entretenir une collaboration étroite avec le personnel scolaire. Par contre, les garderies ou centres de petite enfance sont moins régulièrement sollicités.

Les organismes communautaires apparaissent davantage susceptibles que les organismes publics à entretenir des collaborations et des relations étroites avec les CALACS

et les IVAC et d'autres groupes communautaires. Soulignons que plus de la moitié des intervenants-es interrogés-es, tant des milieux privés que communautaires sont appelés-es à collaborer avec les intervenants-es des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence. Par ailleurs, les groupes d'entraide ou autres ressources pour personnes ayant été abusées sexuellement et les groupes ou les ressources pour hommes violents sont des partenaires pour bon nombre d'intervenants-es des milieux communautaires.

Tableau 9
Organismes et ressources partenaires

Partenaires	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 45	%	n = 19	%	n = 9	%	n = 73	%
Services sociaux	36	80,0	14	73,7	4	44,4	54	74,0
Services de santé	34	75,6	15	78,9	3	33,3	52	71,2
CALACS	40	88,9	10	52,6	1	11,1	51	69,9
Services de police	33	73,3	13	68,4	2	22,2	48	65,8
IVAC	32	71,1	9	47,4	7	77,8	48	65,8
Maisons d'hébergement pour femmes violentées	36	80,0	11	57,9	1	11,1	48	65,8
Écoles	30	66,7	14	73,7	3	33,3	47	64,4
Procureurs	30	66,7	11	57,9	3	33,3	44	60,3
CAVAC	30	66,7	11	57,9	2	22,2	43	58,9
Autres organismes communautaires	32	71,1	9	47,4	1	11,1	42	57,5
Autres groupes ou ressources	32	71,1	6	31,6	0	0,0	38	52,1
Universités ou instituts de recherche	27	60,0	8	42,1	2	22,2	37	50,7
Organismes gouvernementaux	26	57,8	9	47,4	1	11,1	36	49,3
Professionnel-les en pratique privée	22	48,9	7	36,8	7	77,8	36	49,3
Centres de crise	25	55,6	9	47,4	0	0,0	34	46,6
Groupes d'entraide (ou autres ressources) pour personnes ayant été abusées sexuellement	22	48,9	7	36,8	3	33,3	32	43,8
Groupes (ou ressources) d'hommes violents	22	48,9	6	31,6	0	0,0	28	38,4
Centres de petite enfance	4	8,9	7	35,8	2	22,2	13	17,8
Entreprises privées	8	17,8	2	10,5	0	0,0	10	13,7

Parmi les autres faits intéressants à souligner, mentionnons que près de la moitié des intervenants-es en milieu communautaire ou public rapportent collaborer avec les milieux de recherche, soit par le biais de consultations, de formation, ou encore de partenariats clairement établis pour des projets de recherche évaluative.

2.2.7 Évaluation du degré d'atteinte des objectifs

Les intervenants-es interrogés-es sont nombreux-ses à rapporter que les objectifs visés par les interventions préventives ou les services d'aide directe aux victimes sont

complètement atteints. Cette proportion est similaire, qu'une évaluation formelle ait été effectuée ou pas (voir tableau 10).

Tableau 10
Degré d'atteinte des objectifs des interventions en matière d'agression sexuelle

Degré	Évaluation formelle		Évaluation informelle		Pas d'évaluation		Total	
	n = 22	%	n = 40	%	n = 19	%	n = 81	%
Pas du tout atteints	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Peu atteints	0	0,0	0	0,0	1	5,3	1	1,2
Partiellement atteints	7	31,8	12	30,0	8	42,1	27	33,3
Complètement atteints	15	68,2	27	67,5	10	52,6	52	65,2
Trop tôt pour le dire	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	1,2

Interrogés-es sur les raisons du succès de leurs démarches, les intervenants-es semblent attribuer l'atteinte des objectifs visés à plusieurs facteurs, notamment à l'approche choisie et aux méthodes d'intervention utilisées (tableau 11). Comme permettent de le constater les données présentées au tableau 11, si certains facteurs liés aux thèmes abordés ou encore à la nature des approches retenues apparaissent influencer la réussite des interventions, des variables tenant aux caractéristiques des personnes (qualité des animateurs-trices) ou encore à la relation, à l'alliance établie avec la clientèle seraient des déterminants importants, surtout selon les intervenants-es œuvrant dans les milieux communautaires.

Tableau 11
Perception des raisons du succès des interventions

Attribution	Évaluation formelle		Évaluation informelle		Pas d'évaluation		Total	
	n = 22	%	n = 39	%	n = 17	%	n = 78	%
Approche(s) choisie(s)	15	68,2	27	69,2	10	58,8	52	66,7
Qualité des animateurs-trices / intervenants-es	17	77,3	25	64,1	8	47,1	50	64,1
Méthodes d'intervention	15	68,2	25	64,1	10	58,8	50	64,1
Thèmes abordés	13	59,1	24	61,5	7	41,2	44	56,4
Type d'activités offertes	15	68,2	18	46,2	6	35,3	39	50,0
Matériel utilisé	15	68,2	16	41,0	4	23,5	35	44,9
Lien entre les participants-es	15	68,2	12	30,8	5	29,4	32	41,0
Durée de l'intervention	11	50,0	12	30,8	5	29,4	28	35,9
Lieu de l'intervention	9	40,9	13	33,3	5	29,4	27	34,6

Les autres raisons de succès permettent de mieux apprécier les attributions des répondants-es. Ainsi, quelques-uns-es font référence à la motivation des personnes comme élément facilitant. D'autres répondants-es soulignent aussi l'importance de la compétence des intervenants-es et de leur habileté à établir une relation de confiance. Les liens tissés entre le participant-e et l'intervenant-e ou l'alliance thérapeutique sont ainsi mentionnés

comme des ingrédients facilitant la réussite de l'intervention. En outre, la qualité des pratiques, le fait d'identifier des objectifs détaillés (« objectifs sont réalistes et très structurés »), des cibles d'intervention bien cernées et la pertinence de l'assise théorique se dégagent des propos des intervenants-es comme des facteurs facilitant l'intervention. La présence d'un partenariat et d'une concertation bien établie qui facilite l'intervention est aussi un élément mentionné.

Selon les propos des personnes interrogées, certains déterminants liés à la clientèle vont aussi rendre plus difficile l'atteinte des objectifs visés et agir comme des obstacles à la réussite des interventions. Ainsi la « capacité d'introspection de la cliente », « l'absence d'un réseau de soutien », « le manque de motivation », « le manque de ressources financières pour poursuivre » en milieu privé ou encore la présence de problématiques connexes qui complexifient l'intervention sont des obstacles qui sont identifiés. Dans certains cas, les intervenants-es soulignent des particularités de la clientèle (par exemple, « lors de l'intervention préventive visant les enfants en bas âge, il est nécessaire de répéter pour avoir plus d'impact ou encore de collaborer avec les enseignants pour faciliter son rôle de multiplicateur des messages préventifs », ou encore on note qu'il n'y a « pas assez de services aux parents des victimes »).

CHAPITRE III

SERVICES D'AIDE DIRECTE AUPRÈS DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Ce chapitre dresse un portrait des services d'aide directe offerts aux victimes d'agression sexuelle tel que les ont présenté les personnes interrogées. Dans un premier temps, à partir de la documentation reçue ainsi que des questionnaires, les services de certains organismes sont décrits brièvement. Il s'agit d'un survol non systématique visant à illustrer la diversité des interventions offertes. Un relevé plus systématique des services offerts et une description des principales interventions sont présentés dans les fiches descriptives des organismes répertoriées (annexe). Nous avons tenté d'illustrer le plus fidèlement possible les différentes interventions promulguées par les milieux cliniques. Cependant, nous ne pouvons pas présenter un portrait précis de toutes les interventions offertes par les organismes en raison principalement du manque d'information. Nous avons tout de même choisi de présenter la plupart des organismes en les regroupant selon les philosophies d'intervention, la clientèle visée ou la similarité des services offerts. Lorsque des données d'évaluation de l'efficacité et de la qualité des services sont disponibles par le biais de documents écrits, nous les exposons de façon plus détaillée. À noter également que la présente section ne constitue pas une présentation explicite de toutes les interventions offertes par les milieux de pratique puisque nous avons choisi d'énoncer uniquement les principales interventions décrites par les organismes participants. Suivant la présentation des interventions, un portrait d'ensemble des services d'aide directe est exposé à l'aide des données statistiques.

3.1 DESCRIPTION DE QUELQUES SERVICES D'AIDE DIRECTE

Rappelons que la présente analyse ne permet pas de faire un portrait des services promulgués par les centres de Protection de l'Enfance et de la Jeunesse [CPEJ]. L'analyse des pratiques québécoises en matière d'agression sexuelle nous a permis de constater qu'il existe un large éventail de services d'aide directe offerts aux victimes. Les organismes participants mentionnent qu'ils proposent des services à différents groupes de personnes. Dans un premier temps, les interventions individuelles et de groupe promulguées aux jeunes sont exposées. Par la suite, les interventions destinées aux femmes adultes agressées sexuellement dans l'enfance ou victimisées plus récemment sont présentées. Enfin, quelques interventions promulguées à des populations et pour des problématiques

plus spécifiques (hommes victimisés dans l'enfance, agresseurs, travailleuses du sexe, etc.) sont explicitées.

3.1.1 Interventions québécoises destinées aux enfants et aux adolescents-es ⁴

Les services d'aide directe offerts aux enfants et aux adolescents-es sont variés et se présentent sous plusieurs formes. Une des premières démarches posée à la suite d'un dévoilement d'une agression sexuelle est souvent l'examen médico-légal ou l'examen médicosocial sans prélèvements médico-légaux. L'Hôpital des enfants de Montréal et le centre hospitalier Sainte-Justine de Montréal, des centres désignés par le gouvernement québécois, réalisent certaines de ces évaluations médicales. Les urgentologues des centres hospitaliers sont formés pour appliquer les trousseaux médico-légaux et médicosociaux avec les victimes et leur famille lorsqu'elles se présentent à l'urgence. En plus, des cliniques spécialisées offrent des services médicaux et psychosociaux d'expertise aux enfants et aux adolescents-es. D'abord, la clinique de pédiatrie socio-juridique s'occupe principalement des jeunes âgés entre 0 et 12 ans. Les pédiatres et les professionnels-les de la clinique sont responsables de l'évaluation des séquelles physiques, en plus de l'évaluation psychologique et sociale des victimes d'agression intrafamiliale et extrafamiliale. Un suivi à court terme peut être proposé à la clientèle, mais une majorité des cas sont référés aux ressources du milieu lorsque la situation exige un suivi à plus long terme. Les médecins de la clinique ont évalué la perception de l'examen médical chez un groupe de jeunes âgés entre quatre et 12 ans (Allard-Dansereau, Hébert, Tremblay & Bernard-Bonnin, 2001). Les résultats de cette étude montrent que les trois-quarts des participants n'ont pas perçu négativement l'examen médical, alors que 30% des enfants l'ont considéré négatif (24% négatif et 6% très négatif). L'amabilité de l'examinateur-trice et l'intensité de la peur associée à l'examen constituent les deux facteurs qui expliqueraient l'anxiété ressentie face à un deuxième examen médical du même genre (Allard-Dansereau & al., 2001). La clinique des abus sexuels de l'Hôpital des enfants de Montréal offre des services similaires à ceux de la clinique de pédiatrie socio-juridique, mais ils s'adressent à des enfants et des adolescents-es âgés entre 0 et 17 ans.

Les services promulgués par les professionnels-les de la clinique des adolescents-es de l'Hôpital Sainte-Justine ressemblent à ceux des deux autres cliniques désignées mais s'adressent principalement aux adolescents-es (12 à 18 ans) et à leurs proches. Comme leurs confrères, ils sont responsables de l'évaluation médico-légale de l'agression sexuelle

rapportée par l'adolescent-e ou de l'évaluation médicosociale. De plus, ils-elles réalisent une évaluation de soutien ayant comme objectif d'identifier les besoins de la victime, de mesurer l'impact de l'agression sur son développement et d'évaluer les capacités de l'adolescent-e de s'en sortir.

Les interventions offertes dans les autres milieux de pratique (communautaires, publics ou privés) sont très variées. D'abord, certains organismes proposent des interventions individuelles de courte ou de longue durée à la clientèle de jeunes enfants et adolescents-es. La plupart des organismes qui offrent des services individuels ont comme objectif de les soutenir face à cette situation stressante, de les aider à ventiler leurs sentiments afin qu'ils retrouvent un certain équilibre, et de faire en sorte de diminuer les séquelles associées à l'agression sexuelle. Les modalités d'intervention vont de la thérapie de jeu à l'entretien en face à face.

Parmi les organismes qui ont participé à l'étude, le regroupement du CH-CHSLD-CLSC Cléophas Claveau de Ville de La Baie propose une thérapie individuelle aux jeunes enfants du primaire âgés entre cinq et 13 ans. L'intervention est adaptée à chaque cas et elle est principalement basée sur une approche systémique/familiale où la psycho-éducation et l'apprentissage social occupent une place d'importance. L'objectif principal vise à déresponsabiliser l'enfant de même qu'à intervenir sur les effets de l'agression (par exemple, estime de soi). Les intervenants-es du CLSC voient exclusivement les enfants agressés par un tiers puisque les autres victimes sont desservies par les Centres Jeunesse. Divers moyens sont utilisés pour aider les enfants à discuter de leurs sentiments et de leurs pensées reliés à la victimisation, allant de l'échange verbal au visionnement de matériel audiovisuel, en passant par le dessin et autres. La prévention d'épisodes subséquents de violence demeure centrale, et pour ce faire, les intervenants-es montrent aux enfants des techniques de protection (par exemple, affirmation de soi, identification des personnes ressources, etc.). Les parents sont rencontrés au besoin et des contacts téléphoniques sont établis avec ces derniers de manière à obtenir une bonne collaboration de travail. Jusqu'à maintenant, aucune évaluation formelle ne permet de qualifier l'efficacité de cette intervention. Toutefois, les intervenants-es prennent le soin de faire une évaluation individuelle des progrès observés chez l'enfant par l'entremise de la perception du parent.

⁴ La section 3.1.1 est extraite d'un article soumis pour fins de publication : Tremblay, C. & Hébert, M. (soumis). Efficacité des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle : Présentation des nouvelles pratiques curatives.

Une équipe d'intervenants-es du Service de Consultation de l'École de Psychologie de l'Université Laval propose une intervention individuelle spécialement développée pour aider les jeunes enfants âgés entre deux et sept ans victimes d'agression sexuelle. L'intervention suggérée vise l'adaptation globale de la jeune victime, mais se penche plus spécifiquement sur les comportements sexualisés et les conduites agressives souvent difficiles à modifier. Le cadre théorique d'intervention est psychodynamique et accorde une grande importance aux représentations de soi et aux représentations des autres intériorisées chez l'enfant. La thérapie se fait dans le contexte du jeu libre et l'agression sexuelle n'est pas directement abordée avec la victime à moins que celle-ci en parle ouvertement. Les intervenants-es postulent que l'enfant met spontanément en scène les éléments les plus problématiques et les plus conflictuels, et qu'une résolution des conflits est possible même s'il n'y a pas de discussion dirigée concernant la victimisation. Un protocole d'évaluation de l'intervention a été mis sur pied l'an dernier par une équipe dirigée par Mme Lina Normandin. Quatre groupes d'enfants participent à cette recherche. Un premier est constitué de jeunes en attente de recevoir des services et vise à évaluer l'effet du passage du temps. Des intervenants-es en bureau privé ont accepté de participer au projet et offrent leurs services habituels à un deuxième groupe d'enfants. La seule modification apportée aux interventions promulguées par ces intervenants-es concerne la fréquence des séances et le nombre maximum de rencontres, soit 30 séances au total à raison de deux sessions par semaine. Les troisième et quatrième groupes sont rencontrés au Service de Consultation. Une intervention individuelle basée sur le jeu est offerte au troisième groupe de jeunes deux fois par semaine pendant 15 semaines. Pour ces victimes, les parents sont uniquement rencontrés au besoin. Les enfants du dernier groupe reçoivent une session individuelle de 45 minutes par semaine pendant 15 semaines. Puis, la mère de l'enfant est rencontrée seule pendant l'autre séance hebdomadaire afin d'aborder avec elle sa réaction au dévoilement ainsi que ses sentiments associés. Enfin, cette rencontre est suivie d'une intervention en dyade mère-enfant de 45 minutes. Les retombées de cette intervention sont présentement analysées et il sera possible d'en connaître les résultats au cours des prochaines années.

Le Centre de Prévention et d'Intervention auprès des Victimes d'Aggression Sexuelle Inc. [CPIVAS], situé dans la région de Laval, propose lui aussi des services d'aide directe aux adolescents-es. Ils offrent également des services aux adultes, mais nous y reviendrons dans la prochaine section. Une évaluation individuelle du fonctionnement de la victime est réalisée préalablement à son intégration dans un groupe de traitement. Si les résultats de l'évaluation montrent que les services disponibles au CPIVAS peuvent aider la jeune victime,

celle-ci entame alors une thérapie de groupe avec cinq à sept autres filles. Différents thèmes sont abordés avec les jeunes durant les 12 rencontres incluant l'histoire de la victimisation, les mécanismes d'adaptation et de défense, l'estime de soi, l'affirmation de soi, la culpabilité, la colère, la honte, la sexualité, l'intimité et les conséquences de l'agression et de leurs effets potentiels sur le fonctionnement quotidien. Plusieurs techniques sont utilisées telles que l'art thérapie, l'écriture, les métaphores, l'écoute active, la psychoéducation, etc. Des exercices hebdomadaires sont exigés des participants-es et les rencontres démarrent avec les réflexions suscitées par ces exercices personnels. Les responsables de cet organisme mentionnent que les évaluations individuelles précédant le début de l'intervention de groupe et suivant la fin des rencontres montrent que les objectifs de traitement sont généralement atteints. Cependant, aucune évaluation formelle n'a été réalisée jusqu'à maintenant pour évaluer l'efficacité de cette intervention.

Le CLSC Saint-Hubert sur la rive sud de Montréal propose un service spécifique aux enfants et aux adolescents-es victimisés-es par un tiers (toute personne non biologiquement liée avec l'enfant). Le développement des interventions s'est réalisé avec la collaboration du CLSC Samuel-de-Champlain, du service de police de la Ville de Saint-Hubert et des Centres Jeunesse de la Montérégie, et repose sur la prémisse que les jeunes agressés par un tiers ne reçoivent pas de services des Centres Jeunesse puisque les parents assument généralement leur responsabilité de protection vis-à-vis le jeune. Des évaluations des services directs ont été réalisées auprès d'enfants (21 familles) (Turner, Chamberland, Hamelin & Tourigny, 2001) et d'adolescents-es (21 participants-es) (Hamelin, Chamberland, Turner & Tourigny, 2001). Turner et ses collègues (2001) se sont penchés sur les interventions individuelles (enfant ou parent seul), dyadiques (mère-enfant) ou familiales, proposées aux enfants âgés entre six et 12 ans (à noter que certains enfants ont été victimisés par une personne de la famille immédiate). Les auteurs-es (Turner & al., 2001) observent que les familles ont participé en moyenne à quatre rencontres, le nombre variant entre un et 21. La plupart des interventions se faisaient en dyade, mais il est arrivé que seulement l'enfant ou seulement le parent ait été rencontré par les intervenants-es du CLSC. L'hétérogénéité des situations a fait en sorte que les interventions ont été très différentes selon les familles. Toutefois, Turner et ses collègues (2001) ont dégagé certains thèmes centraux qui sont les suivants: 1) valider, auprès du parent, les actions émises pour assurer la protection de l'enfant et lui apporter du soutien et du réconfort, 2) normaliser, auprès du parent, ses réactions face à l'agression sexuelle, ainsi que les émotions et sentiments ressentis, 3) informer le parent sur l'aide et le soutien qu'il peut apporter à son enfant, 4) informer le parent sur le développement psychosexuel de l'enfant, les conséquences de l'agression sexuelle et le

processus judiciaire, et 5) impliquer le parent dans l'éducation sexuelle de son enfant et favoriser la communication entre eux. Les interventions visaient également à dépister, modifier et renseigner le parent sur les comportements sexuels des jeunes. L'analyse de Turner et ses collègues (2001) montre qu'il existe des services adaptés pour les enfants au CLSC de Saint-Hubert et CLSC Samuel-de-Champlain. Cette recherche permet de décrire les processus d'intervention, mais elle ne permet pas de qualifier l'efficacité des services sur l'adaptation des jeunes.

Hamelin et ses collègues (2001) ont, quant à eux, conduit une recherche évaluative des interventions individuelles et de groupe promulguées aux adolescents-es âgés-es entre 12 et 18 ans. Les auteurs-es ont analysé les interventions individuelles (soit le processus régulier ou l'intervention de crise) et de groupe. Dans le contexte des services offerts en CLSC, l'intervention individuelle est perçue comme un élément qui permet de stabiliser la situation auprès de l'adolescent-e et de favoriser l'intégration ultérieure à un groupe. Le groupe, quant à lui, vise principalement l'expression des sentiments liés à l'agression en plus de briser l'isolement. Les rencontres de groupe se déroulent une fois par semaine pour un total de six rencontres. Les moyens utilisés et les thèmes abordés dans ces interventions se ressemblent indépendamment du format du service. Par exemple, les moyens employés peuvent aller de l'expression verbale des sentiments aux dessins, jeux de rôle et autres. Les thèmes discutés touchent la victimisation sexuelle, la prévention de la revictimisation, la reprise du pouvoir, l'intimité et le processus judiciaire. Les résultats observés par Hamelin et ses collègues (2001) montrent que, de façon générale, la majorité des scores obtenus à plusieurs échelles évaluant les problèmes de comportements internalisés et externalisés et les symptômes de stress post-traumatique diminuent entre les deux temps de mesure. Toutefois, un petit nombre de sujets ne semblent pas répondre à l'intervention. Il est probable que les interventions aient un effet positif pour la plupart des adolescents-es, mais que différentes variables agissent comme facteurs modérateurs (par exemple, l'utilisation de stratégies d'adaptation adéquates versus non adéquates, le lien d'attachement versus de détachement avec le milieu familial). Les auteurs concluent qu'en fonction des différentes limites de l'étude, des analyses subséquentes seraient nécessaires afin de qualifier l'efficacité de l'intervention.

Les multiples CALACS sont présents partout dans la province et procurent aux victimes d'agression sexuelle une grande variété de services. Il est à noter que la plupart des CALACS desservent des clientèles adultes (référer à la section 3.1.2), mais plusieurs CALACS offrent également des suivis individuels aux adolescentes. Les modalités d'intervention peuvent varier d'un centre à l'autre (utilisation de l'écriture ou de l'art,

expression de la colère, jeux de rôle, relaxation, etc.), de même que les thèmes abordés (la honte, la culpabilité, l'estime de soi, l'affirmation de soi, la peur, etc.), mais tous stipulent que l'intervention est principalement adaptée aux besoins individuels de l'adolescente et qu'une attention particulière est portée au caractère unique de la situation. Le CALACS de l'Estrie se distingue des autres centres puisqu'il procure aux adolescentes agressées sexuellement une intervention de groupe en plus de l'intervention individuelle. Le déroulement de la thérapie de groupe ainsi que les thèmes abordés sont adaptés aux besoins des membres qui le composent et visent principalement à aider la victime à travailler sur les conséquences de l'agression, à briser l'isolement et à diminuer la stigmatisation.

D'autres organismes québécois se spécialisent dans les interventions de groupe destinées aux enfants et aux adolescents-es. D'abord, le Centre d'Intervention en Abus Sexuel pour la Famille [CIASF] de la région de Hull propose un traitement intégré qui semble être lié à des résultats positifs selon l'appréciation des responsables de l'organisme. Les services offerts s'adressent à de multiples clientèles sous un format de groupe incluant les enfants d'âge préscolaire, scolaire et les adolescents-es, les adolescents agresseurs, les mères des victimes ou les parents d'enfants agressés par un tiers, ainsi que les agresseurs. Nous nous centrons ici sur les interventions pour les jeunes. Il est essentiel de souligner qu'un enfant seul est rarement admis dans les groupes; les parents doivent également participer à une intervention dyadique (mère-enfant par exemple) et à une intervention de groupe. Plusieurs approches théoriques sous-tendent les interventions, mais la thérapie de jeu représente la technique la plus couramment utilisée auprès des jeunes. Évidemment, les thématiques et les activités sont adaptées en fonction de l'âge des enfants et les interventions sont généralement dirigées de manière à aider la victime à exprimer ses sentiments, à développer des stratégies de protection et à favoriser une représentation de soi plus positive. Des évaluations individuelles sont réalisées au début et à la fin des rencontres de groupes de manière à identifier les objectifs atteints en cours de traitement pour chaque enfant d'âge préscolaire et scolaire. Globalement, les analyses de ces évaluations montrent que les victimes bénéficient de l'intervention intégrée. En effet, le rapport d'activités produit par l'organisme (CIASF, 2001) montre que les participants se sentent moins coupables, ont une image de soi plus positive et sont moins vulnérables à une revictimisation à la suite du traitement. Cependant, les intervenants-es de ce centre envisagent évaluer de façon plus systématique les interventions offertes au cours des prochaines années. L'intervention de groupe offerte aux adolescents-es victimes et

adolescents agresseurs a été soumise à une évaluation et les résultats seront publiés aux cours des prochains mois.

Dans la région de Québec, la Maison de la Famille Rive Sud offre un groupe d'entraide pour adolescents-es nommé « Entrados, brisons le silence ». L'intervention s'adresse aux jeunes âgés entre 12 et 18 ans, répartis en deux groupes selon l'âge (12-14 ans et 15-18 ans) et consiste en dix rencontres hebdomadaires de deux heures chacune. L'intervention est principalement basée sur l'entraide et le partage entre les jeunes, bien que des composantes thérapeutiques et psycho-éducatives soient également intégrées. Plusieurs thèmes sont prédéterminés et couvrent l'ensemble des éléments associés aux agressions : sentiments (honte, peine, culpabilité, colère), les conséquences, les réactions de la famille, les relations avec les pairs, la sexualité et la prévention de la revictimisation. Des activités telles que des dessins, des jeux de rôle et de la visualisation sont employées en plus des échanges verbaux habituels. Une évaluation de l'intervention de groupe a été réalisée par des chercheurs des Centres Jeunesse (Bergeron & Laflamme, 1994, 1995). Bergeron et Laflamme (1994) ont mesuré les effets du groupe d'entraide sur certaines composantes de la personnalité et du fonctionnement de neuf jeunes âgés entre 15 et 16 ans. Cette étude a permis de démontrer que le groupe suscitait une augmentation de l'estime de soi chez la plupart des participants-es, une augmentation de l'affirmation de soi et une diminution de l'anxiété. Les résultats concernant l'anxiété générale, l'anxiété manifeste et l'anxiété latente laissent supposer que l'intervention a des effets positifs sur l'anxiété généralisée, mais provoquerait chez certains-es adolescents-es un refoulement de l'anxiété latente. Bergeron et Laflamme (1994) concluent que le groupe « Entrados, brisons le silence » a des effets positifs dans 67% des cas, n'a pas d'effet positif ou négatif dans 20% des situations et est associé à des répercussions plus négatives dans 12% des cas. En 1995, Bergeron et Laflamme ont complété un deuxième volet de l'évaluation en mesurant les symptômes auprès de six jeunes âgés entre 12 et 17 ans. Les données indiquent que l'efficacité de l'intervention de groupe est plus mitigée pour la variable estime de soi, pour les relations avec les pairs et pour l'anxiété. Cependant, le groupe d'entraide a des effets positifs sur l'affirmation de soi. L'ensemble des résultats montre que cette intervention a provoqué une amélioration des symptômes et du fonctionnement dans 44% des cas, n'a produit aucun changement dans 23% des cas et a eu des effets négatifs concernant 28% des symptômes mesurés. Les auteurs concluent qu'au terme des deux expérimentations réalisées à la Maison de la famille de la Rive-Sud, le groupe d'entraide « Entrados, brisons le silence » produit une amélioration globale chez les jeunes participants-es, plus

particulièrement en ce qui a trait à l'estime de soi, aux relations amicales, au niveau d'anxiété, à l'affirmation de soi et au sentiment de culpabilité.

Le programme de traitement des enfants abusés sexuellement de l'organisme Parents-Unis de Repentigny dans Lanaudière offre également des services d'aide directe de groupe. Cet organisme dessert une grande variété d'individus incluant des enfants et des adolescents-es victimes. Nous nous centrons ici sur les services offerts principalement à ces jeunes clientèles. Les activités thérapeutiques du groupe Parents-Unis de Repentigny dans Lanaudière sont basées sur la méthode de « Parent-United ». Les interventions de groupe permettent aux victimes de briser leur isolement et leurs sentiments de stigmatisation en plus de leur offrir la possibilité de reprendre le contrôle sur leur vie et d'identifier les comportements et les attitudes qu'ils peuvent changer. Tourigny, Péladeau, Doyon et Bouchard (1998) ont mené une étude pour mesurer l'efficacité des interventions de Parent-Unis. Ils ont comparé l'efficacité de la thérapie de groupe à une intervention comprenant de la thérapie individuelle, dyadique et familiale auprès de 41 jeunes âgés entre six et 17 ans. Les résultats montrent que la participation à l'intervention de groupe est associée à peu de changements, et certaines détériorations du fonctionnement ont été observées chez quelques victimes. Il semble que l'intervention proposée n'ait pas ou peu d'effet sur le sentiment de compétence, les perceptions de contrôle, les sentiments d'anxiété, de dépression, d'agressivité, de soumission ou d'affirmation de soi des enfants. Toutefois, la perception des parents est différente puisqu'ils indiquent que leur enfant présente moins de difficultés de comportement à la suite de leur participation au groupe. L'intervention à volets multiples (individuelle, dyadique et familiale) semble donner de meilleurs résultats puisqu'elle aurait un effet bénéfique sur l'état psychologique des jeunes. Cependant, les résultats doivent être interprétés en tenant compte des limites de l'étude incluant le nombre de participants-es, l'absence de groupe de comparaison et le taux d'absentéisme important des jeunes aux rencontres de groupe. Les responsables de l'organisme Parents-Unis mentionnent que des changements ont été apportés aux interventions à la suite de cette évaluation. D'autres études évaluatives prenant en considération ces modifications et en insistant sur les agents de changements présents dans ces thérapies de groupe sont recommandées. D'ailleurs, une étude est présentement en cours.

L'organisme Parents-Unis offre actuellement un groupe d'intervention destiné aux enfants présentant des comportements sexualisés problématiques et à leurs parents. Cette intervention poursuit trois objectifs précis : prévenir les comportements sexuels problématiques à l'endroit des autres enfants, aider les enfants et leurs parents à reconnaître les différences entre les jeux sexuels et ces comportements, et faire cesser

l'aggravation de ces comportements en favorisant l'acquisition de nouvelles habiletés personnelles, sociales et familiales. L'intervention de groupe est constituée de jeunes âgés entre six et 12 ans et comporte 20 rencontres hebdomadaires d'une durée de 90 minutes. Une évaluation de ce traitement est présentement en cours par une équipe de recherche dirigée par Huguette Bégin de l'Université de Montréal, Monique Fortin de Parents-Unis, Mélanie M. Gagnon de l'Université de Montréal et Claudia Tremblay du Centre Jeunesse de Lanaudière (Desjardins, 2001).

La ligne Tel-Jeunes de l'organisme Générations et le Centre pour les Victimes d'Aggression Sexuelle de Montréal [CVASM] proposent aux enfants et aux adolescents-es un service d'aide directe différent. En effet, Tel-Jeunes et le CVASM offrent un service d'écoute téléphonique et d'intervention de crise qui répond à toutes sortes de questions provenant des jeunes de cinq à 20 ans. Des professionnels-les soutiennent, écoutent et donnent des conseils et des informations aux jeunes qui appellent à l'organisme. Ces services sont offerts 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Le CVASM promulgue d'autres services d'aide directe, mais surtout aux clientèles adultes. Tel-Jeunes, quant à lui, s'adresse uniquement aux enfants et aux adolescents-es aux prises avec des problématiques de toutes sortes, et reçoit plusieurs appels de jeunes victimes d'agression sexuelle. De plus, ils soutiennent que les jeunes agresseurs sollicitent parfois leurs services. En raison de la nature confidentielle et anonyme des appels téléphoniques, il est évidemment difficile pour ces deux organismes d'évaluer l'efficacité de leur intervention de crise. Toutefois, les responsables mentionnent qu'il y a une évaluation continue de la qualité de l'intervention.

La présente analyse des pratiques montre qu'il existe des interventions individuelles et de groupe proposées aux enfants et aux adolescents-es. Il faut noter cependant qu'il y a encore beaucoup de place pour le développement de services d'aide directe pour les jeunes victimes, en particulier pour les enfants d'âge pré-scolaire et scolaire. En outre, il est difficile à ce jour de conclure à l'efficacité des services puisque les évaluations sont parcimonieuses. De plus, les interventions apparaissent variables d'un cas à l'autre, rendant l'évaluation de ces services encore plus compliquée. Néanmoins, plusieurs organismes rapportent que les jeunes et leurs parents qui reçoivent des services à la suite d'une agression sexuelle mentionnent qu'ils sont en général satisfaits et que les objectifs de traitement sont partiellement atteints ou complètement atteints dans l'ensemble. Il est également encourageant de constater que de plus en plus de milieux cliniques se préoccupent de l'évaluation de leurs services en voulant examiner les retombées des services offerts.

3.1.2 Interventions québécoises destinées aux adultes

Les services d'aide directe proposés aux femmes agressées sexuellement dans l'enfance ou récemment victimes d'agression sexuelle sont très nombreux dans les milieux de pratique québécois. D'abord, plusieurs organismes offrent des services de première ligne incluant l'intervention de crise et l'écoute téléphonique. De plus, une grande proportion des milieux donnent des informations générales et des références à des organismes spécifiques afin d'aider les victimes à démystifier la situation d'agression sexuelle et à s'orienter dans le système de soins disponibles. Des organismes accompagnent également les victimes dans leurs démarches avec le système de la justice et le milieu médical. Enfin, plusieurs milieux d'intervention proposent des thérapies individuelles et de groupe selon différentes approches et modalités.

Nous proposons de présenter quelques services d'aide directe offerts aux femmes victimes d'agression sexuelle par catégorie d'organismes. En ce sens, nous présenterons les objectifs poursuivis ainsi que les principales interventions promulguées par les milieux de pratique incluant les CALACS, les CAVAC, les Centres Locaux de Services Communautaires [CLSC], les centres hospitaliers, et finalement, les Centres de femmes des diverses régions du Québec qui ont participé à cette enquête.

Il est possible de retrouver un CALACS dans plusieurs régions du Québec. Ainsi, au cours des 27 dernières années, des centres fondés par des groupes de femmes et pour des femmes se sont implantés partout à travers la province, prenant en charge la mise sur pied de services autonomes d'intervention de crise, d'accompagnement médical et judiciaire des femmes victimes d'agression sexuelle récente ou passée. Ces organismes spécialisés sont reconnus comme étant très impliqués dans la sensibilisation de masse, la lutte et les représentations auprès des instances gouvernementales pour tout ce qui concerne les agressions sexuelles et la violence faite aux femmes. Les CALACS ont donc contribué de façon importante à placer sur la place publique la problématique de l'agression sexuelle et ses conséquences. Les CALACS ont, de plus, joué un rôle important dans la mise sur pied d'un protocole d'intervention et d'accueil des victimes dans les milieux hospitaliers.

Les 23 CALACS que l'on retrouve (et quatre actuellement en implantation) partout sur le territoire québécois articulent leur intervention autour de trois volets : l'aide directe aux femmes et aux adolescentes victimes d'agression sexuelle, la prévention par la sensibilisation et l'éducation ainsi que la défense des droits. De plus, ces centres sont aussi des lieux de formation, d'échange et de soutien pour les intervenants-es des différents milieux sociaux et communautaires.

Tous ces centres appuient leurs interventions préventives et curatives ainsi que leurs actions sociales et politiques sur les concepts et les prémisses de l'approche féministe. Par conséquent, les services d'aide directe offerts sont centrés sur les besoins des femmes et sur la nécessité de leur redonner du pouvoir et du contrôle sur sa vie. L'intervention féministe dans les CALACS a été élaborée en fonction des besoins des femmes victimes d'agression sexuelle. L'approche d'intervention mise sur le potentiel des femmes et se fait dans une perspective qui tient compte de leur analyse sociale et politique de la problématique (Vandal, 1997). Les objectifs de l'intervention visent notamment à conscientiser les femmes sur les stéréotypes sexuels, à développer leur estime d'elles-mêmes, à développer des habiletés d'affirmation de soi, à les encourager à prendre des décisions de façon autonome et de favoriser l'implication sociale et le militantisme. De plus, l'intervention vise à aider les femmes à comprendre qu'elles ne sont pas responsables des agressions qu'elles ont vécues. L'intervention vise aussi à favoriser l'expression des émotions, des sentiments et du vécu, et de valider ses sentiments (Vandal, 1997). Aussi, les intervenants vont tenter de rassurer les femmes sur la normalité de leurs réactions et de leur faire prendre conscience des compétences qu'elles démontrent pour surmonter la situation de violence.

La plupart des CALACS procurent un soutien immédiat à la victime par l'entremise de l'écoute téléphonique et de l'accompagnement judiciaire et médical et de l'intervention de crise. Ces centres offrent également des thérapies de soutien individuelles et de groupe. En général, les suivis individuels visent à aider la femme à ventiler ses sentiments, à démystifier le phénomène des agressions sexuelles, à réduire le sentiment de culpabilité, à augmenter l'estime de soi, à favoriser l'affirmation de soi et à favoriser la prise de pouvoir. Dans le cas d'agression sexuelle récente, les interventions visent aussi le soutien aux différentes interventions médicales et judiciaires. Les CALACS de l'Outaouais, de Trois-Rivières, de Chaudière-Appalaches, de la rive-sud de Montréal (La Traversée), de Montréal (Mouvement contre le Viol et l'Inceste, Trêve pour Elles), de Gaspé (La Bôme), d'Amos (Assaut Sexuel Secours Inc.), de Chicoutimi (La Maison Isa), de Rouyn-Noranda (Point d'Appui) et de Drummondville (La Passerelle) proposent surtout des interventions individuelles de courte et de longue durée à des femmes adultes et parfois à des adolescentes. Les thérapies de groupes apparaissent davantage privilégiées dans les CALACS de l'Estrie, de Montréal (Mouvement contre le Viol et l'Inceste, Trêve pour Elles) et des Laurentides. Les objectifs poursuivis par ces interventions de groupe sont semblables à ceux des services individuels et sont adaptés aux membres composant le groupe de thérapie. Ainsi, les interventions proposées visent à briser le silence et l'isolement et de réduire les conséquences de l'agression sexuelle. Les participantes peuvent aussi être

amenées à déterminer les thèmes abordés. Les thèmes fréquents sont les différentes émotions, les questions liées à la sexualité, les divers moyens de protection, la colère, les liens affectifs avec les membres de l'entourage, la confiance et l'estime de soi. Les interventions de groupe visent de plus à développer un réseau de soutien et d'appui avec les autres femmes. Dans le cadre des interventions individuelles ou de groupe, différentes techniques sont utilisées notamment les échanges, les contrats personnels, le journal de bord, les activités artistiques, les techniques d'impact, les jeux de rôles, les techniques de relaxation et le matériel audio-visuel.

Certains CALACS offrent en plus des activités d'intervention telles que des cafés-rencontres (Assaut Sexuel Secours Inc., Trêve pour Elles, Trois-Rivières), des formations aux aidants-es naturels-les et aux intervenants-es (Estrie, La Passerelle, Laurentides, Outaouais, Point d'Appui, Trois-Rivières) et des sessions d'information et de sensibilisation pour la population générale (Assaut Sexuel Secours inc., Chaudière-Appalaches, Estrie, La Traversée, Outaouais, Trêve pour Elles). De plus, les intervenantes des CALACS ont su adapter leurs services aux besoins de la clientèle. Par exemple, le CALACS de Baie-Comeau a une ligne 1-800 permet tant aux femmes des communautés éloignées qui ne peuvent avoir accès au centre de Baie-Comeau à cause de la grande distance, d'obtenir des informations et un suivi téléphonique d'intervention de crise.

Les responsables de ces différents CALACS se sont souciées d'évaluer la satisfaction des utilisatrices concernant les services reçus. Des évaluations écrites et verbales, de même que des bilans des activités et services offerts, permettent aux intervenantes d'estimer que les objectifs des interventions sont atteints. De plus, lorsque des évaluations écrites sont sollicitées, les participantes formulent des commentaires très positifs et apparaissent satisfaites face aux interventions proposées.

Damant (1995) a réalisé une étude évaluant l'efficacité des interventions de groupe de type féministe promulguées par trois CALACS du Québec incluant celui de Saint-Georges de Beauce, de Trois-Rivières et de Saint-Jérôme. L'auteure compare les effets des interventions à ceux observés dans un autre traitement pour femmes agressées sexuellement dans l'enfance, soit l'intervention de groupe selon le modèle de Giaretto offert par l'organisme Parents-Unis Repentigny. Au départ, soixante et une femmes ont accepté de participer à l'étude. Cependant, Damant (1995) rapporte les résultats pour un échantillon final de 39 participantes (soit 18 pour le groupe de Giaretto et 21 pour les interventions féministes des CALACS). L'évaluation des effets des interventions porte sur quatre conséquences fréquemment rapportées dans les écrits scientifiques, soit l'estime de soi, les affects dépressifs, l'ajustement social et l'attribution de la responsabilité. Damant (1995) indique

que les deux programmes amènent une amélioration de l'estime de soi des victimes entre le début et la fin de l'intervention. De plus, les rencontres de groupe de type féministe apparaissent avoir un effet bénéfique sur la dépression et sur l'ajustement social des participantes. L'auteure pousse plus loin les analyses en tentant d'identifier laquelle des interventions semble la plus efficace. Les données indiquent toutefois qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux programmes à la suite des analyses des changements de cotes, ce qui voudrait dire qu'aucune différence ne permet d'affirmer que l'un ou l'autre des programmes est supérieur à l'autre au niveau des variables évaluées.

Les CAVAC de Québec et de Montréal ont des objectifs d'intervention bien articulés. Ils ont comme engagement de fournir des services de première ligne aux victimes d'actes criminels incluant l'accueil et le soutien moral, l'information de base en ce qui concerne les procédures judiciaires, le soutien et l'accompagnement des victimes dans leurs démarches auprès des organismes administratifs (compagnies d'assurance, IVAC, CSST, etc.) et du système judiciaire, et les références à des services spécialisés lorsque nécessaire. Ils ont comme philosophie principale d'aider la victime à reprendre contrôle sur sa vie et à retrouver un équilibre personnel en concevant la victimisation comme un état de crise temporaire. Dans ce contexte, ils visent à amoindrir les conséquences de l'acte criminel dans la vie de la victime, à supporter la personne dans les procédures judiciaires et à l'amener à consulter les ressources adéquates pour sa propre situation. Ils font principalement de l'intervention de crise et se concentrent sur l'accompagnement de la victime dans le système de la justice (droits, recours, vulgarisation, liens entre victimes et policiers-ères et avocats-es, etc.). Les actions des CAVAC visent à prévenir l'aggravation et la détérioration de la blessure causée par l'acte criminel et servent à diminuer les coûts économiques, psychologiques et sociaux (par exemple, en rendant la personne apte à retourner au travail, à reprendre sa place dans sa famille, à éviter une hospitalisation, etc.). Une évaluation formelle des interventions est prévue dans le CAVAC de la région de Québec.

Les femmes victimes d'agression sexuelle peuvent également retrouver des services d'aide directe dans quelques CLSC de la province et dans certains centres hospitaliers. Les intervenants-es œuvrant dans plusieurs de ces organismes ne sont pas nécessairement spécialisés en matière d'agression sexuelle. Toutefois, certains CLSC et centres hospitaliers ont développé une expertise pour aider les victimes. Parmi ceux-ci, les CLSC Saint-Hubert/Samuel-de-Champlain proposent une intervention spécifique pour les victimes d'agression sexuelle. Rappelons que ce service est également offert aux enfants et adolescents-es et qu'il a été décrit plus haut. L'évaluation informelle tend à démontrer que les objectifs sont partiellement atteints ou complètement atteints selon le client.

Le CLSC de Rivière-des-Prairies propose des consultations sexologiques individuelles aux femmes et aux hommes victimes d'agression sexuelle. Les thèmes abordés sont multiples (le rapport à soi-même, le rapport aux autres, les blocages, les attentes, les besoins, etc.) de même que les méthodes et outils d'intervention (face à face, journal, relaxation et lectures). Aucune évaluation formelle ou informelle n'a toutefois été menée jusqu'à ce jour pour qualifier l'efficacité de cette intervention.

Le secteur adulte du CLSC Saint-Michel à Montréal offre des thérapies individuelles et de groupe aux femmes agressées sexuellement dans l'enfance. Les objectifs généraux sont d'aider les victimes à retrouver du pouvoir sur leur vie, à rompre le silence et à briser le sentiment de stigmatisation et d'isolement. Le contenu de l'intervention de groupe (Groupe de thérapie pour Femmes Abusées Sexuellement dans l'Enfance par un membre de la famille [FASE]) est plus structuré alors que le suivi individuel est adapté en fonction des besoins particuliers de la cliente et vise, en général, la dévictimisation. Les intervenantes de l'intervention FASE ont mis sur pied une série d'outils d'intervention et la supervision de l'intervention a été réalisée par l'organisme le Mouvement contre le Viol et l'Inceste de Montréal. Ces outils pratiques aident les participantes à définir leurs objectifs personnels de traitement (photo-image), à identifier leur réseau social (carnet d'adresse), à comprendre les effets des agressions sur leur vie (portrait commun - silhouette) et à démystifier et modifier les mécanismes de défense (le mur de briques). Des témoignages complètent les rencontres de groupe. Chaque rencontre débute par un moment de détente et se termine par une activité de casse-tête qui permet d'évaluer l'état émotif dans lequel repartent les femmes. Des auto-évaluations du cheminement personnel montrent que les participantes sont généralement satisfaites de l'intervention. Un souci a été accordé au départ à l'évaluation des outils utilisés par les victimes. Cependant, aucune évaluation de l'efficacité du programme FASE n'a été réalisée jusqu'à maintenant de façon plus systématique.

La clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel du Centre hospitalier Robert-Giffard propose des interventions de groupe aux femmes et aux hommes victimes d'agression sexuelle. Cette thérapie vise à permettre aux gens d'exprimer leur vécu et de diminuer leurs traumatismes. Plusieurs techniques d'intervention sont employées incluant notamment la gestion des émotions et de la colère, l'éducation sexuelle, les activités artistiques et les techniques comportementales. Le nombre de rencontres dépend des besoins des personnes. Une évaluation des activités de la clinique a été effectuée par un comité d'évaluation mandaté par l'hôpital, en lien avec la RRSSS, dirigé par le Dr. Evens Villeneuve. Le rapport sera rendu disponible au cours de l'année 2002.

Des centres hospitaliers ont été désignés par le gouvernement québécois pour évaluer les situations d'agression sexuelle chez les femmes adultes. Le Centre hospitalier universitaire de Québec (Hôpital Saint-François d'Assise) et le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM – Pavillon Hôtel-Dieu) font des évaluations spécialisées à l'aide des trousseaux médico-légale et médico-sociale. En plus des services de crise, des interventions individuelles visant à aider les victimes et à leur permettre de comprendre l'impact de cet événement sur leur vie quotidienne sont offertes par la clinique pour victimes d'agression sexuelle du CHUM. Des techniques cognitivo-comportementales sont utilisées au cours de ces interventions et abordent plusieurs thèmes (réactions post-traumatiques, peur, relation de couple, etc.). Le Centre pour Victimes d'Aggression Sexuelle de Montréal propose également une intervention médicale ayant pour but de répondre aux besoins d'une victime d'agression sexuelle récente, d'offrir une aide médicale et médico-légale, de répondre aux besoins psychosociaux de leurs clientes, et de soutenir les victimes dans leurs démarches médicales et judiciaires.

En outre, plusieurs autres organismes communautaires proposent des interventions d'aide directe aux victimes. Par exemple, quelques centres de femmes se sont donné comme mandat de sensibiliser la population générale, de prévenir les agressions sexuelles et d'aider les femmes aux prises avec cette situation à reprendre le contrôle sur leur vie, à se sentir mieux et plus confiantes. En ce qui a trait plus particulièrement aux services d'aide directe, certains de ces centres offrent des interventions de crise, par exemple, le Centre-femmes La Jardilec, le CVASM, Viol Secours; d'autres offrent des services de relation d'aide et de thérapie individuelle, par exemple, le CVASM, Centre des femmes de Rivière-des-Prairies, Centre de formation professionnelle Osmose, Le Parados Inc., Viol Secours, et enfin, plusieurs proposent des interventions de groupe, par exemple, le Centre des femmes aux 3A de Québec Inc., Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia, Centre des femmes de Montréal, Centre-femmes La Jardilec et La Centinelle. Les méthodes d'intervention sont diverses de même que les thèmes abordés. Le Centre des femmes de Montréal a rendu accessible un guide d'intervention pour groupe d'entraide à l'intention des survivantes d'inceste (Poudrette, 1995). Les évaluations informelles de la satisfaction tendent à démontrer que les clientes perçoivent qu'elles reçoivent des services adaptés à leurs besoins et que les objectifs de traitement ont été partiellement ou complètement atteints. Par exemple, le Centre des femmes aux 3A de Québec Inc. rapporte que l'intervention de groupe aide les femmes à se sentir plus en contrôle et plus sûres d'elles-mêmes et qu'elles ne se sentent plus paralysées par l'agression à la suite de leur participation au groupe.

Comme il a été mentionné plus haut, certains des organismes offrant des services aux enfants et aux adolescents-es ont également développé des interventions pour les populations adultes. Entre autres, le CIASF, le CPIVAS et l'organisme Parents-Unis proposent des sessions de groupe pour les femmes agressées sexuellement dans l'enfance, pour les mères des enfants et adolescents-es victimisés-es, de même que pour les agresseurs. Nous discuterons des services spécifiques offerts à des populations aux prises avec des problématiques particulières dans la section qui suit.

La recension des différents organismes permet de constater qu'il existe une grande variété de services d'aide directe pour les femmes victimes d'agression sexuelle. Notons cependant que peu de ces milieux de pratique ont évalué de façon formelle l'efficacité de leurs interventions. En ce sens, il apparaît hâtif de préciser quel ingrédient de l'intervention est le plus actif (le format de groupe versus individuel, le matériel utilisé, les compétences de l'intervenante, etc.).

3.1.3 Interventions particulières ou s'adressant à des populations spécifiques

La dernière section de la description des principales interventions tente d'illustrer le plus justement possible les différents services offerts aux autres populations touchées de près ou de loin par les agressions sexuelles.

D'abord, les écrits scientifiques indiquent de plus en plus clairement l'importance d'impliquer le parent non-agresseur dans les interventions destinées aux enfants et aux adolescents-es victimisés-es (Cohen & Mannarino, 2000; Jinich & Litrownik, 1999). Au Québec, quelques organismes ont développé des services s'adressant spécifiquement aux parents des jeunes victimes. Par exemple, le CIASF de la région de Hull propose plusieurs ateliers parents-enfants. Il est à souligner que les parents ont le devoir de participer à une intervention de groupe qui a lieu de façon concomitante à l'intervention pour les jeunes. Les responsables de ce centre d'intervention souhaiteraient établir des collaborations avec les milieux de recherche en vue d'établir l'efficacité de ces groupes de traitement. Ceci pourrait se faire dans les années à venir.

Le CPIVAS propose également un groupe destiné aux parents d'enfants victimes (pouvant aussi inclure les pères non-agresseurs). Le groupe d'entraide vise à procurer un lieu de rencontre et de partage, à permettre aux parents d'exprimer et de ventiler les émotions reliées à cette situation traumatisante, à briser l'isolement social des familles, à éduquer les parents à propos de la dynamique de l'agression sexuelle et de ses conséquences, et à leur offrir des ressources et des outils pour venir en aide à leur enfant. Bienvenu (1998) évalue la satisfaction et les effets possibles de la participation des parents

au groupe de traitement. L'auteure rapporte que l'intervention semble avoir un effet positif sur le sentiment de culpabilité exprimé par les parents. En effet, l'ensemble des parents révèle qu'ils ne se sentent plus autant coupables de l'agression. L'intervention semble également avoir un impact positif sur leur estime d'eux-mêmes ainsi que sur leur sentiment d'isolement. Ces premiers résultats qualitatifs permettent de croire qu'une intervention à l'intention des parents non-agresseurs puisse être utile.

Le Mouvement contre le Viol et l'Inceste a développé un suivi individuel ou de groupe offert aux mères des victimes. Ce service serait unique dans la région de Montréal. L'objectif du groupe, composé de cinq à huit femmes, vise principalement l'expression des sentiments quant à la situation de crise à laquelle elles font face avec leur enfant. De plus, ce groupe d'intervention procure aux participantes de l'information sur les agressions sexuelles et sur les procédures judiciaires, ainsi que des notions de prévention. L'intervention n'est pas spécifiquement définie, étant plutôt souple et s'adaptant à la composition du groupe de femmes.

Enfin, le groupe Parent-Unis est l'un des organismes offrant une variété de services aux victimes et à leur famille. Les mères d'enfants victimes peuvent participer à deux groupes d'intervention. Le premier vise à permettre à la mère ou au père non-agresseur de décompresser et de se familiariser avec le fonctionnement du réseau (Centre de protection et procédures légales). Il est principalement défini comme un groupe de soutien et comporte neuf rencontres. Le deuxième, « mères et conjointes » (ou couple le cas échéant), a une visée plus thérapeutique. Il représente un long processus de cinq fois neuf semaines de traitement. Différents thèmes sont abordés au cours de ces semaines. Le dévoilement et ses suites, la relation avec le conjoint, la relation avec l'enfant, l'affirmation de soi, l'énergie sexuelle, la sensualité et le plaisir, constituent quelques-uns des thèmes abordés avec les participantes.

Dans un tout autre d'ordre d'idée, la Ligne PARENTS de l'organisme Générations offre une écoute téléphonique aux parents d'enfants et d'adolescents-es qui vivent des difficultés de toutes sortes, dont une agression sexuelle. Les interventions se font principalement au téléphone et visent à outiller les parents qui ne savent pas comment agir à l'égard d'un dévoilement d'une agression sexuelle ou à l'égard des effets que peut avoir cet événement sur la vie de leur enfant. Il est également possible que les intervenants-es de ce service reçoivent des appels provenant de parents qui racontent avoir posé des gestes abusifs envers des jeunes. Des références à des milieux de pratique appropriés sont également réalisées au cours de ces entretiens téléphoniques.

Le Projet d'Intervention Prostitution de Québec [PIPQ], ainsi que l'organisme Stella de Montréal promulguent des services et des soins aux adolescentes et aux femmes qui travaillent dans la rue. D'une part, les interventions ont une visée préventive ayant comme objectif de prévenir les agressions ou les expériences de revictimisation. D'autre part, ces organismes offrent de l'intervention individuelle et familiale aux personnes aux prises avec cette problématique particulière (incluant les prostituées, les transsexuelles et les travesties). Les intervenants-es jouent particulièrement un rôle de soutien et d'écoute et tentent d'aider la victime à se sentir plus en sécurité, à se prendre en charge, à porter plainte à la police et à quitter le milieu malsain dans lequel elles vivent si c'est ce qu'elles désirent. Les responsables de l'organisme Stella ont indiqué qu'une évaluation formelle des services devrait avoir lieu au cours de l'année 2001.

Jusqu'à maintenant, nous avons présenté presque exclusivement les services destinés aux populations féminines. Il est important de souligner que certains milieux cliniques se concentrent plutôt sur des populations masculines ou sur les relations de couples. Parents-Unis dans Lanaudière offre des thérapies de groupe pour les hommes victimisés dans leur enfance tout comme le Centre de Ressources et d'Intervention pour Hommes Abusés Sexuellement dans leur Enfance [CRIPHASE] et l'organisme AutonHommie. Ces milieux proposent des interventions de groupe ayant comme objectif de briser l'isolement, de faire des liens entre les conséquences des agressions sur leur fonctionnement actuel et d'identifier les pistes de rétablissement. Différents thèmes sont abordés incluant la description de l'expérience de victimisation, des mécanismes de défense, des stratégies de survie, de la sexualité, etc. Les interventions reposent sur plusieurs techniques conceptuelles telles que les techniques d'impact, cognitivo-comportementales et humanistes. Les évaluations informelles tendent à démontrer la satisfaction des participants.

Les interventions du CRIPHASE ont récemment fait l'objet d'une évaluation empirique. Guillot (2000) a évalué les effets de l'intervention PHASE I visant à briser l'isolement, améliorer le sentiment de valeur personnelle et aider les victimes à faire un lien entre leur histoire de victimisation et leur fonctionnement présent. Vingt-trois hommes ont accepté de participer à la recherche et un groupe témoin, composé de 13 hommes, a été recruté. Ces derniers figurent sur une liste d'attente pour recevoir les services du CRIPHASE ou bien ont été recrutés dans des milieux publics (universités, entreprises, organismes communautaires). Aucun des participants considérés pour constituer le groupe témoin n'a reçu de services spécifiques pour leur victimisation pendant que les hommes du groupe expérimental participaient aux rencontres de groupe. Des questionnaires ont été

administrés avant le début du traitement et à la fin de celui-ci, visant à mesurer plusieurs séquelles associées aux agressions (estime de soi, dépression, anxiété, dissociation, troubles sexuels, troubles du sommeil, symptômes traumatiques, solitude et détresse psychologique). Les premières analyses révèlent que l'intervention de groupe favorise une augmentation de l'estime de soi et une diminution des symptômes traumatiques. Cependant, l'intervention PHASE I ne semble pas avoir d'effet significatif pour les autres symptômes à l'étude. Les résultats d'analyses descriptives complémentaires (à partir de scores cliniques et de changements individuels observés) montrent que les participants semblent éprouver un apaisement de leurs symptômes, indiquant un meilleur bien-être psychologique. Il s'avère essentiel de nuancer l'ensemble des résultats de cette étude par le petit nombre de participants et par le fait que les deux groupes de participants se différencient de façon importante au plan de leur symptomatologie initiale, les hommes du groupe expérimental étant plus souffrants.

Le Groupe d'Entraide l'Expression Libre du Haut-Richelieu [GEELHR] propose des services spécifiques aux adolescents victimes d'agression sexuelle. Les intervenants-es offrent du soutien et du réconfort aux jeunes de manière à ce qu'ils puissent identifier l'agression et comprendre les répercussions de cette situation sur leur vie quotidienne. Les thèmes discutés sont multiples de même que les techniques utilisées. Généralement, les sujets abordés et le rythme des rencontres individuelles sont adaptés aux besoins du client. De manière informelle, il semble que les adolescents soient satisfaits du service disponible.

Le Centre hospitalier Robert-Giffard de Québec, propose une gamme de services pour les adolescents, les hommes et les couples. Certains-es intervenants-es ont développé une expertise spécifique à l'égard de l'intervention auprès des adolescents (agressés et agresseurs). D'autres cliniciens-nes se spécialisent dans les thérapies de groupe pour les hommes adultes (agressés et agresseurs). Plusieurs thèmes sont abordés avec les participants dont la compréhension de l'agression, les distorsions cognitives, l'éducation sexuelle et l'autonomie. Les techniques d'intervention sont très variées et peuvent inclure des activités cognitivo-comportementales, psycho-éducatives et artistiques. Enfin, le centre hospitalier offre également des services pour les conjointes des agresseurs (thérapie de groupe) et pour les couples. Comme il a été mentionné antérieurement, une évaluation des services est présentement en cours et les résultats devraient paraître durant l'année 2002.

Finalement, plusieurs corps policiers de la province ont développé une expertise en évaluation et en intervention policière pour les victimes infantiles, juvéniles et adultes. La plupart des services promulgués visent l'accompagnement des victimes dans les procédures

légales et judiciaires suivant la déclaration aux services de protection. À noter que les services en tant que tel n'ont pas été évalués, mais que chaque policier qui œuvre dans ces secteurs a préalablement reçu une formation intensive pour intervenir auprès de cette clientèle. De plus, des démarches gouvernementales ont permis d'établir une entente multi-sectorielle entre les intervenants concernés dont les corps policiers, la Direction de la Protection de la Jeunesse, les procureurs de la Couronne, les milieux scolaires (Gouvernement du Québec, 2001b). Cette entente a pour but de faciliter les procédures entre ces trois paliers d'intervention et d'éviter les situations où les victimes sont « revictimisées » par le système.

La précédente description illustre la diversité des services disponibles aux jeunes et aux adultes victimes d'agression sexuelle. Certes, cette présentation n'est pas exhaustive et plusieurs milieux québécois offrent d'autres interventions qu'il est possible de retrouver dans le répertoire en annexe du présent document. Toutefois, le portrait dressé permet de constater les multiples efforts déployés par les intervenants-es pour aider les victimes à surmonter leur expérience de victimisation. Il est également intéressant de noter que les évaluations de l'efficacité des interventions sont de plus en plus présentes. Bien qu'il existe un désir de collaboration entre les intervenants-es et les chercheurs-es, l'absence de ressources, tant financières qu'humaines, a des effets notables sur les travaux entrepris au cours des dernières années.

La section qui suit décrit les interventions des organismes participants selon une perspective statistique. Il sera ainsi possible de dresser le portrait d'ensemble des services interrogés dans les différentes régions du Québec.

3.2 PORTRAIT STATISTIQUE DES SERVICES D'AIDE DIRECTE RÉPERTORIÉS

Cette section présente les données recueillies portant sur les services d'aide directe offerts aux victimes d'agression sexuelle. Le questionnaire a colligé des informations, d'une part, sur l'ensemble des services d'aide directe offerts et, d'autre part, sur la principale activité d'aide directe proposée par l'organisme. Cette section est donc divisée selon ces renseignements.

Presque tous les organismes interrogés, c'est-à-dire 76 organismes, offrent des services d'aide directe aux victimes (94%). Parmi ces organismes, cinq n'ont pas été en mesure de compléter la section du questionnaire qui porte sur la description des services d'aide directe car leurs interventions en ce domaine sont davantage faites de manière informelle. Par exemple, certains organismes disent qu'ils offrent des services d'aide directe mais ces services sont dispensés dans le cadre d'interventions préventives ou, en ce qui

concerne les services de police, au niveau de la protection des victimes et de la répression des agresseurs. D'autres organismes mentionnent faire de l'accompagnement auprès des enfants qui dévoilent une agression sexuelle, ou de l'écoute et de la référence, ou de la thérapie, mais pas spécifiquement pour les victimes d'agression sexuelle.

3.2.1 Ensemble des services d'aide directe

Comme il a été mentionné précédemment, cette partie expose les données recueillies portant sur l'ensemble des services d'aide directe offerts par les organismes participants. Il est donc question des buts finaux, des modèles théoriques et de l'évaluation individuelle.

a) Buts finaux

Les données de l'analyse de contenu des réponses données à la question ouverte permettent de recenser les buts visés par l'ensemble des services d'aide directe (tableau 12).

Les intervenants-es mentionnent que les services d'aide directe visent principalement à favoriser la prise en main de leur vie et favoriser le mieux-être de la personne qui sollicite leurs services. Ces objectifs peuvent aussi se traduire par une volonté de diminuer les conséquences de l'agression sexuelle et de favoriser l'estime de soi chez les victimes.

Tableau 12
Buts visés de l'ensemble des services d'aide directe

Buts visés	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 42	%	n = 17	%	n = 12	%	n = 71	%
Favoriser la prise en main de leur vie	17	40,5	3	17,6	7	58,3	27	38,0
Favoriser le mieux-être de la personne	10	23,8	7	41,2	4	33,3	21	29,6
Diminuer les conséquences	7	16,7	2	11,8	2	16,7	11	15,5
Favoriser l'intégration	6	14,3	1	5,9	2	16,7	9	12,7
Prévenir	8	19,0	1	5,9	0	0,0	9	12,7
Offrir du soutien	7	16,7	1	5,9	0	0,0	8	11,3
Favoriser l'estime de soi	4	9,5	2	11,8	2	16,7	8	11,3
Offrir des services à la clientèle	2	4,8	4	23,5	0	0,0	6	8,5
Sécuriser	3	7,1	2	11,8	0	0,0	5	7,0
Entreprendre des démarches judiciaires	1	2,4	3	17,6	0	0,0	4	5,6
Briser l'isolement	3	7,1	0	0,0	0	0,0	3	4,2
Déculpabiliser	2	4,8	0	0,0	0	0,0	2	2,8

b) Modèles théoriques

Les modèles théoriques qui sous-tendent l'ensemble des services d'aide directe auprès de victimes et leurs proches sont très diversifiés (tableau 13). De plus, on remarque que les organismes adoptent généralement un ensemble d'approches théoriques et non un seul modèle.

Tableau 13
Modèles théoriques qui sous-tendent l'ensemble des services d'aide directe

Modèles théoriques	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 42	%	n = 17	%	n = 12	%	n = 71	%
Féministe	33	78,6	7	41,2	5	41,7	45	63,4
Empowerment	27	64,3	8	47,1	6	50,0	41	57,7
Existentielle-humaniste	14	33,3	8	47,1	4	33,3	26	36,6
Systémique/familiale	12	28,6	9	52,9	3	25,0	24	33,8
Éclectique	8	19,0	8	47,1	4	33,3	20	28,2
Psychodynamique-analytique-sexoanalyse	5	11,9	4	23,5	9	75,0	18	25,4
Cognitivo-behaviorale	5	11,9	5	29,4	5	41,7	15	21,1
Apprentissage social	6	14,3	1	5,9	3	25,0	10	14,1
Art thérapie	8	19,0	1	5,9	1	8,3	10	14,1
Psycho-éducative	4	9,5	3	17,6	1	8,3	8	11,3
Écologique/écosystémique	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	1,4

Les organismes communautaires privilégient davantage l'approche féministe et l'empowerment tandis les organismes publics et privés basent leurs interventions sur une diversité de modèles théoriques. Près de la moitié des répondants-es œuvrant dans les organismes publics utilisent l'approche systémique/familiale, l'empowerment, l'approche existentielle-humaniste ou une approche éclectique. Les trois-quarts des organismes privés ayant participé à cette étude utilisent l'approche psychodynamique/analytique/sexoanalyse. Parmi les autres modèles théoriques rapportés, on retrouve les bases conceptuelles ou théoriques telles que le stress post-traumatique, l'approche Masterson, la thérapie brève, l'approche émotivo-rationnelle, etc.

c) Évaluation individuelle

Pour l'ensemble de leurs activités d'aide directe, la majorité des organismes procèdent à une évaluation individuelle de la personne qui sollicite leurs services (tableau 14). Plus précisément, la totalité des organismes privés, une très forte proportion des organismes publics et les trois-quarts des organismes communautaires effectuent cette évaluation.

De plus, les résultats démontrent que les évaluations individuelles menées sont quelque peu différentes d'un organisme à un autre, selon les catégories d'organismes. En effet, parmi les organismes qui effectuent une évaluation, une forte proportion affirme procéder à une évaluation des besoins, et près de la totalité des organismes communautaires font ce type d'évaluation. Une évaluation psychologique est faite par les trois-quarts des organismes privés et près de la moitié des organismes publics et communautaires. Près de la moitié des organismes publics et communautaires effectuent une évaluation psychosociale. Un peu moins de vingt pour cent des organismes publics et

des organismes privés procèdent à une évaluation médicale. Toutefois, on remarque que dans l'ensemble des organismes qui effectuent une évaluation individuelle, une faible proportion procède à l'histoire de vie. Les autres formes d'évaluation individuelle qui sont faites font référence à l'urgence de la situation, à l'évaluation du traumatisme, à l'évaluation des conséquences de l'agression sexuelle, à l'évaluation de la demande d'aide, etc.

Tableau 14
Évaluation individuelle de l'ensemble des services d'aide directe

	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 42	%	n = 17	%	n = 12	%	n = 71	%
Procédure d'évaluation individuelle	32	76,2	16	94,1	12	100,0	60	84,5
Type d'évaluation	n = 32	%	n = 16	%	n = 12	%	n = 60	%
- Besoins	31	96,9	13	81,3	8	66,7	52	86,7
- Psychologique	14	43,8	8	50,0	9	75,0	31	51,7
- Psychosociale	17	53,1	10	62,5	3	25,0	30	50,0
- Médicale	0	0,0	3	18,8	2	16,7	5	8,3
- Histoire de vie	2	6,3	1	6,3	1	8,3	4	6,7

Parmi les organismes qui ne font pas une évaluation individuelle systématique, un peu moins de la moitié recueillent néanmoins certaines informations sur les victimes qu'ils reçoivent (46%). Les informations recueillies sont, par exemple, le genre, l'âge, la région, le moment et le lieu de l'agression, les éléments à caractère criminel, les éléments familiaux, la feuille de route (venue des personnes à l'organisme).

3.2.2 Présentation de la principale activité d'aide directe

Cette partie fait référence à la principale activité d'aide directe, c'est-à-dire que lors de l'entrevue, la personne interrogée devait décrire le plus précisément possible l'activité qui semblait la plus importante ou prédominante. Il est clair que les données recueillies ne représentent pas toutes les activités d'aide directe offertes dans le domaine des agressions sexuelles. Compte tenu de cette lacune, il a été décidé d'exposer les tendances sans toutefois s'attarder aux différentes catégories d'organismes.

a) Types d'activités d'aide directe

Il est peu surprenant de constater que les trois-quarts des intervenants-es interrogés-es sur leur principale intervention d'aide directe ont présenté une activité individuelle (75%). Quant aux autres, ils-elles ont décrit un programme de groupe (30%). Pour certains organismes, l'activité présentée peut être individuelle et de groupe à la fois ($\pm 5\%$). Ces activités font référence à de la thérapie, à du soutien ou à un amalgame des deux.

b) Objectifs généraux

Concernant cet aspect, dans le cadre du questionnaire de recherche, il a été demandé aux intervenants-es interrogés-es d'énumérer les objectifs généraux visés par la principale activité d'aide directe. Parmi ceux-ci, on retrouve des objectifs d'intervention mais aussi des moyens afin d'atteindre ces objectifs; cependant, ces derniers ont été préservés afin de respecter les propos des répondants-es.

Les données suggèrent que les objectifs mentionnés les plus fréquemment font référence à favoriser la prise en charge des victimes sur de leur vie et la reprise du pouvoir (tableau 15). Le travail sur soi, référant à reprendre confiance, augmenter l'estime de soi de même que de renforcer l'identité, est aussi identifié comme objectif visé par une proportion importante des répondants-es. Soulignons aussi que la réduction des conséquences de l'agression est identifiée par près du tiers des personnes interrogées. De même, plusieurs intervenants-es mentionnent que l'expression des émotions et la validation des émotions ressenties par la victime d'une agression sexuelle est un des objectifs poursuivis dans l'intervention.

c) Thèmes abordés

Les thèmes abordés lors de l'intervention sont variés (tableau 16). Parmi les plus fréquents, on retrouve l'estime de soi et les objectifs personnels identifiés par la personne ayant subi une agression sexuelle, de même que les différentes conséquences associées (peurs, phobies, distorsions cognitives, etc.). De plus, les émotions associées à l'expérience de victimisation sexuelle (colère, culpabilité, etc.) font l'objet de thèmes discutés lors de l'intervention. Les relations avec les personnes de l'entourage de même que les thèmes liés à la sexualité sont identifiés par près du tiers des répondants-es. Notons que pour plusieurs intervenants-es interrogés-es, les thèmes varient selon les objectifs établis par la personne qui sollicite les services, ou encore selon les besoins identifiés par le groupe ou l'individu.

Près du quart des répondants-es mentionnent que des informations sur les agressions sexuelles (mythes, préjugés, cycle de la violence) sont aussi abordées de même que les stratégies de protection et mécanismes d'adaptation.

Tableau 15
Objectifs généraux - Services d'aide directe

Objectifs	Exemples	Total	
		n = 70	%
Favoriser la prise en charge de leur vie	Amener la personne à poursuivre une vie plus satisfaisante Établir des relations interpersonnelles plus saines Améliorer son fonctionnement personnel Reprendre le pouvoir sur sa vie Retrouver l'équilibre	32	45,7
Travailler sur soi	Briser l'isolement et le silence Apprendre à établir et faire respecter des limites Augmenter l'estime de soi pour prise de pouvoir sur sa vie Faciliter la construction ou renforcer l'identité Reprendre confiance en soi Développer de la responsabilisation et non de la culpabilisation par rapport à l'agression	28	40,0
Travailler sur l'impact de l'agression	Remettre la culpabilité à l'abuseur La réduction des séquelles dans le but d'améliorer la qualité de vie Comprendre l'impact de l'agression sexuelle sur la vie quotidienne Permettre aux femmes de travailler sur les conséquences de l'abus vécu	24	34,3
Favoriser l'expression des sentiments et des émotions liés au traumatisme	Valider la femme dans ses sentiments par rapport à l'agression sexuelle (honte, culpabilité, colère) Ventiler les sentiments pour retrouver l'équilibre le plus vite possible et le moins de séquelles possibles Leur faire prendre contact avec les sentiments qu'ils vivent (colère, peine, culpabilité, honte)	17	24,3
Aider la clientèle	L'aider à sortir du milieu malsain Offrir de l'écoute aux victimes, proches, membres de la communauté S'assurer de la santé de la femme Travailler en parallèle avec les parents (leur colère, leur perception de l'enfant) Permettre aux femmes de vivre des expériences et d'être mieux outillées	13	18,6
Soutenir	Aider le client à surmonter ses difficultés ou la situation Offrir aux femmes du support de groupe Accompagner dans la réalisation de cet objectif Offrir du support et du soutien Aider la personne à comprendre l'origine de ses difficultés actuelles en lien avec l'inceste et la dynamique familiale	12	17,1
Éduquer	Démystifier le phénomène de l'agression sexuelle Informations sur la problématique Permettre aux adolescents d'identifier une agression sexuelle Offrir des infos-références aux victimes, proches, membres de la communauté	11	15,7
Favoriser la solidarité	Créer des liens de solidarité et d'entraide Permettre aux jeunes de se soutenir mutuellement Que les femmes se soutiennent entre elles Développer collectivement ce réseau de solidarité et d'appui Partager leurs expériences	7	10,0
Comprendre les procédures judiciaires	Lui permettre d'exercer ses droits et recours Monter une preuve pour la poursuite judiciaire Humaniser le passage à la cour	7	10,0
Sécuriser	Retrouver une sécurité extérieure Trouver et expérimenter les mécanismes de défense et de protection adéquats Être capable de se protéger	5	7,1
Répondre aux besoins	Répondre aux besoins de la personne Tenir compte de ses besoins et demandes Établir avec la cliente ce qu'elle veut, son besoin d'aide, ce qu'elle veut travailler	5	7,1

Tableau 16
Thèmes abordés - Services d'aide directe

Thèmes abordés	Exemples	Total	
		n = 71	%
Travail personnel	Estime de soi; confiance en soi et aux autres; valeurs personnelles; croyances; objectifs individuels; empowerment; limites; attentes; besoins	31	43,7
Conséquences	Pertes vécues; dommages au corps; peurs, phobies, troubles compulsifs; distorsions cognitives vécues par la victime; réactions stress post-traumatique	26	36,6
Émotions / Peurs	Hypervigilance, peur, anxiété, sentiment de perte de contrôle, culpabilité, honte, colère; oppressions intériorisées; émotions (colère, culpabilité, honte, tristesse)	26	36,6
Relations	Relations conjugales et interpersonnelles; relation avec l'agresseur; socialisation (régime social par rapport à l'agression sexuelle); relations avec les pairs; rapport aux autres; socialisation; stéréotypes sociaux, inégalité	22	31,0
Sexualité	Comportement sexualisé; pornographie; sexualité et intimité; éducation sexuelle	20	28,2
Thèmes en fonction de la clientèle	Variet beaucoup d'un client à l'autre; selon les besoins de la clientèle; groupe détermine les thèmes abordés lors de la première rencontre; selon les objectifs des femmes	19	26,8
Informations sur le phénomène des agressions sexuelles	Définition; agression sexuelle (mythes, préjugés, relation agresseur-victime, émotions, conséquences, impacts); cycle de la violence; abus sexuel	18	25,4
Responsabilisation	Déculpabilisation; victimisation/dévictimisation; responsabilité parentale dans la situation; cycle de l'impuissance	17	23,9
Stratégies de protection et d'adaptation	Sécurité personnelle, confiance vs méfiance dans relations amoureuses; situations à risques; mécanismes de défense; mécanismes de survivance; mécanismes d'adaptation pour limiter les conséquences	17	23,9
Culpabilité / Honte	Culpabilité; émotions contradictoires vécues dans la situation d'abus (culpabilité, honte, peur, colère); honte; culpabilité à l'abuseur	15	21,1
Affirmation de soi	Affirmation de soi; rupture du silence; briser l'isolement; communication	14	19,7
Vécu	Histoire d'agression sexuelle; témoignages, histoire de vie; signification de l'agression; problèmes antérieurs	13	18,3
Démarches judiciaires	Droits et recours; dénonciation; rôle des acteurs (police, procureur, témoin principal); étapes de la procédure judiciaire; mesures légales	11	15,5
Ressources	Ressources d'aide; réseau de support, soutien; loisirs; relation d'aide; relaxation	10	14,1
Corps	Rapport au corps; santé	5	7,0
Bilan	Bilan, chemin parcouru; évaluation, repas collectif; rencontre de relance	2	2,8

d) Principales techniques ou moyens d'intervention

Afin de recueillir les principales techniques d'intervention utilisées auprès des victimes d'agression sexuelle, il a été demandé aux intervenants-es de les énumérer.

Il est à noter que ce qui peut être considéré comme étant une technique pour certains peut-être un moyen, une manière de faire ou etc. pour d'autres. Nous avons préservé tous les propos des répondants-es afin de respecter ces derniers. Nous avons conservé les propos les plus explicites dans le tableau 17.

Les données suggèrent que les intervenants-es utilisent différentes techniques d'intervention dans une même activité d'aide directe. Les techniques d'intervention les plus utilisées sont l'écriture, la lecture et les activités artistiques. Les autres moyens aussi fréquemment pratiqués sont les discussions, les échanges et les témoignages, le face à face ainsi que l'expression des émotions, les jeux de rôle, les techniques de détente et les techniques d'affirmation de soi.

Tableau 17
Principaux moyens et techniques d'intervention - Services d'aide directe

Techniques ou moyens d'intervention	Exemples	Total	
		n = 71	%
Écriture / Lectures / Activités artistiques	Projection des images par le dessin (le client fait sa propre analyse); dessins, collages; activités artistiques; art-thérapie; bricolage et dessins; lectures recommandées; écriture; exercices d'écriture (schémas, échanges); méthodes d'expression (taïchi, journal)	37	52,1
Discussions / Échanges / Témoignages	Dialogue; discussions/échanges; communication; expression verbale; témoignages; partage; interaction en groupe; contrat personnel, prendre le temps pour elle, parler de ses objectifs au groupe et faire des comptes rendus	31	43,7
Face à face	Face à face; entrevue; interrogatoire; thérapie verbale	29	40,8
Expression des émotions	Expression de la colère et autres sentiments; travail corporel (contacter les sentiments); expression des émotions; exploration appropriée des affects	29	40,8
Jeux de rôle	Mise en situation; jeux de rôles	18	25,4
Techniques de détente	Techniques de relaxation; techniques de respiration; techniques de détente	18	25,4
Techniques d'affirmation	Technique d'affirmation; affirmation de soi	18	25,4
Techniques cognitives	Techniques cognitives; travail analytique; prise de conscience de sa dynamique personnelle; interprétation; démystification de la relation intervenante-victime (favoriser la solidarité); information; éducation sexuelle; enseignement	15	21,1
Résolution de problème	Approche centrée sur la solution; résolution de problèmes; résolution de conflits; méthodes de résolution de problèmes	14	19,7
Remémoration de l'événement	Remémoration de l'événement	13	18,3
Techniques d'impact	Technique d'impact (travail verbal et au niveau des émotions); confrontation (aller voir l'employeur)	12	16,9
Renforcement	Renforcement; empowerment; validation affective; technique de prise de pouvoir	11	15,5
Imagerie	Imagerie; visualisation; visualisation psychologie corporelle intégrée, centration émotionnelle; rêves	11	15,5
Restructuration cognitive	Restructuration cognitive	9	12,7
Jeux thématiques ou thérapie par le jeu	Thérapie par le jeu; jeux thématiques; jeux libres	7	9,9
Processus de prise de décision	Processus de prise de décision	7	9,9
Désensibilisation	Désensibilisation; technique de désensibilisation	6	8,5
Écoute active / Soutien	Reformulation; reflet ; écoute active; soutien individuel; rôle de facilitatrice et soutien technique; suivi de groupe (pour briser l'isolement)	6	8,5
Techniques behaviorales	Techniques behaviorales	2	2,8

e) Support matériel

Complémentaires aux techniques d'intervention, les supports matériels sont utilisés par les intervenants-es afin de dispenser les activités d'aide. Les données montrent que les organismes utilisent divers moyens matériels. La majorité des organismes utilisent la documentation écrite (67%). Quatre organismes sur dix font appel aux films, aux vidéos ou à tout autre matériel audio-visuel (42%). Le quart des organismes utilisent le matériel artistique (25%). Les bandes dessinées (7%), le matériel projectif, tels que les posters (7%), les jeux, par exemple, les poupées ou les animaux en peluche (6%) et le matériel audio tels que les cassettes de détente (4%), servent de support à une faible proportion. Parmi les autres supports mentionnés on retrouve, par exemple, les photos, les planches (auto-défense), le matériel pour les techniques de détente, etc.

f) Rencontres dans le cadre d'activités individuelles

Dans le cadre d'une activité individuelle, il paraît difficile de déterminer un nombre de rencontres. En effet, parmi les organismes qui ont présenté leur activité individuelle, une proportion appréciable préfère ne pas établir le nombre moyen de rencontres. Certains ont plutôt établi la durée de leur activité en termes de mois ou même d'années. Considérant que l'activité individuelle prend la forme de soutien et de thérapie, elle doit durer aussi longtemps que la victime ressent le besoin d'en bénéficier.

À titre indicatif, selon les données recueillies auprès des intervenants-es qui ont répondu à cette question, les deux tiers des organismes établissent le nombre moyen de rencontres entre quatre et dix (29%) ou entre 11 et 20 (35%).

g) Rencontres dans le cadre d'activités de groupe

Les données recueillies montrent que les caractéristiques des activités de groupe diffèrent d'un organisme à un autre. De manière générale, les activités de groupe présentées se déroulent une à deux fois par année (1 fois : 42%; 2 fois : 26%) (démarrage de groupe). Les activités prennent la forme de rencontres qui durent principalement entre deux et trois heures ($M = 156,81$; ét : 180,00) (121 à 180 min. : 71%). Ce sont des activités constituées en moyenne d'une vingtaine de rencontres ($M = 21,89$; ét : 14,00) et qui regroupent habituellement entre cinq et 10 personnes ($M = 8,16$; ét = 8,00) (5 à 7 pers. : 47%; 8 à 10 pers. : 42%). La majorité des activités de groupe sont composées de rencontres hebdomadaires (95%).

CHAPITRE IV

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES DES AGRESSIONS SEXUELLES

Ce chapitre dresse un portrait des pratiques préventives en matière d'agression sexuelle, selon les propos des personnes interrogées. Premièrement, quelques programmes et activités de prévention sont décrits. Rappelons qu'il s'agit d'un survol des pratiques visant à mettre en valeur la diversité des interventions préventives. Les informations de chaque organisme participant sont présentées dans les fiches descriptives (annexe). Une seconde section présente un portrait des interventions préventives répertoriées à l'aide des données quantitatives.

4.1 DESCRIPTION DE QUELQUES PROGRAMMES ET ACTIVITÉS DE PRÉVENTION

Dans cette section, nous décrivons quelques services préventifs offerts par les organismes qui ont participé au projet. Cette section ne vise pas à recenser de façon exhaustive les pratiques préventives, les descriptions étant présentées en annexe. Un bref survol des interventions préventives répertoriées est présenté, visant davantage à illustrer la variété des pratiques offertes. Selon les informations fournies, nous avons tenté de décrire le plus fidèlement possible les interventions préventives offertes par les différents organismes à partir des informations disponibles. Rappelons que plusieurs des milieux interrogés proposent des interventions ponctuelles et individuelles. En ce sens, la majorité des organismes offrent aux personnes qui sollicitent leurs services ou encore à celles qu'ils côtoient dans le cadre de leurs activités de sensibilisation, des conseils sur les mesures de sécurité, sur l'identification des situations potentiellement dangereuses, et sur les actions possibles lorsqu'il y a confrontation à un agresseur. Les interventions préventives destinées aux enfants sont d'abord présentées. Ensuite, puisque les programmes desservant les adolescents-es comportent des différences conceptuelles et pratiques, une section particulière fait état des programmes offerts à la population adolescente. En troisième lieu, les services préventifs destinés aux adultes sont abordés. Enfin, la prévention des populations particulières termine cette présentation.

4.1.1 Interventions préventives québécoises destinées aux enfants

Au cours des dernières années, plusieurs programmes et initiatives de prévention des agressions sexuelles ont vu le jour. Le programme ESPACE est l'un des programmes les plus répandus au Québec. Il a été originellement conçu en 1978 par le groupe « Women

Against Rape » de Columbus, Ohio, où il est connu sous le nom de Child Assault Prevention Project [CAP] (Cooper, 1991). En 1985, il a été adapté à la réalité québécoise par le Regroupement Québécois des CALACS. En 1989, le Regroupement des organismes Espace du Québec [R.O.E.Q.] (connu sous le nom de Regroupement des équipes régionales ESPACE jusqu'en juillet 1999) devient responsable du développement et de la diffusion du programme ESPACE au Québec. Depuis, douze organismes membres appliquent le programme dans leur communauté respective. De plus, un nouvel organisme est en projet d'implantation. Au 31 mars 2001, 190 950 enfants et 63 888 adultes avaient participé aux ateliers de prévention offerts au Québec par les organismes membres du R.O.E.Q.

L'approche d'ESPACE est fondée sur une analyse féministe des facteurs de vulnérabilité des enfants face aux abus et s'inspire du modèle de l'appropriation. À l'aide de mises en situation et de jeux de rôle, les ateliers offerts visent à informer les enfants, à renforcer leur confiance en soi ainsi qu'à leur enseigner qu'ils peuvent compter les uns sur les autres pour obtenir de l'aide et avoir recours à des adultes de confiance. De plus, l'approche vise à faire connaître aux enfants et aux adultes de leur entourage, les ressources disponibles dans leur milieu (Centres Jeunesses, CLSC, organismes communautaires et bénévoles, etc.). Les ateliers destinés aux enfants existent en trois versions, soit la version préscolaire, la version premier cycle et la version deuxième cycle du primaire. Ils diffèrent sur l'utilisation du vocabulaire, sur les scénarios des mises en situation et sur le degré d'approfondissement.

L'atelier ESPACE du premier cycle du primaire a récemment fait l'objet d'une évaluation qui a donné lieu à des résultats probants (Hébert, Lavoie, Piché & Poitras, 1999, 2001). L'étude a été effectuée auprès de 133 enfants de première et de troisième année de la région de Québec. Les résultats indiquent que, devant des mises en situations présentées sur vidéo illustrant différentes formes d'abus potentiel, les élèves ayant participé au programme ESPACE ont, relativement aux élèves du groupe témoin, davantage identifié les réponses comportementales appropriées. De plus, les enfants ont démontré une meilleure connaissance des concepts véhiculés lors des activités réalisées en classe avec les intervenantes ESPACE. Les résultats obtenus à la mesure des habiletés préventives, lors de la relance effectuée deux mois après l'atelier, demeurent significativement plus élevés que le niveau de base initial, suggérant que les élèves maintiennent certains de leurs acquis. Par contre, l'analyse du maintien à court terme des effets initiaux du programme révèle aussi que les enfants ayant participé à l'atelier de prévention montrent une diminution significative de leurs acquisitions en ce qui concerne les habiletés, soulignant la nécessité de prévoir des moyens pour maximiser le maintien des acquis des élèves. En termes de

conséquences non anticipées du programme de prévention, près de la moitié des parents mentionnent une augmentation de la fréquence des comportements suivants : l'enfant semble avoir confiance en lui, il parle de ce qu'il aime et de ce qu'il n'aime pas, il règle les situations de conflit, il s'affirme et il est autonome. Les organismes ESPACE de la province desservent plusieurs milieux scolaires partout au Québec. Le programme est principalement dispensé dans les milieux scolaires mais est aussi diffusé dans les centres de la petite enfance de même qu'auprès des groupes de sports et loisirs dans certains cas. Le Centre de prévention des agressions de Montréal offre aussi le programme ESPACE aux enfants du pré-scolaire et du primaire.

Les intervenants-es de la région du Saguenay qui ont participé à cette analyse des pratiques (le CLSC du Grand Chicoutimi et le CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau) utilisent le programme de prévention intitulé « Mon corps, c'est mon corps » auprès des élèves de la deuxième année (Cléophas-Claveau) et de la quatrième année du primaire (CLSC du Grand Chicoutimi). Cette activité vise à sensibiliser le parent, l'intervenant-e scolaire et l'enfant sur les agressions sexuelles, à fournir les outils d'intervention et à prémunir l'enfant contre les agressions sexuelles. Une vidéo est utilisée, de même que des mises en situation, des jeux de rôles, des discussions de groupe, du matériel écrit (« Le secret du petit cheval » ainsi que des signets pour le CLSC du Grand Chicoutimi). Aucune évaluation formelle n'a été réalisée jusqu'à maintenant, mais les intervenants-es considèrent que les objectifs de prévention sont généralement atteints. Dans le cadre des programmes socio-préventifs de la sûreté du Québec, la trousse « Je réfléchis avant d'agir » comporte un guide qui propose aux policiers-ères divers outils d'intervention (par exemple, une vidéocassette, le disque compact de la chanson thème et des fiches conseils destinées aux parents). L'intervention n'est pas uniquement centrée sur l'agression sexuelle mais aborde différentes notions liées à la sécurité des enfants. La trousse est remise aux policiers-ères qui organisent des rencontres d'information auprès des comités de parents, des commissaires et auprès des élèves dans les milieux scolaires.

En outre, des programmes plus spécifiquement destinés aux enfants d'âge préscolaire sont également offerts par différents organismes. Notons, entre autres, que le Centre Holland dans la région de Québec propose une intervention préventive pour les enfants de la maternelle, intitulé « Stay Safe, Stay Alert ». Ce programme vise à prévenir les agressions sexuelles et à aider les enfants à reconnaître une situation à risque, à savoir dire NON et à chercher de l'aide. Les responsables de cet organisme ont évalué la satisfaction des participants-es au programme (enfants, parents, écoles) et tous semblent apprécier cette mesure préventive. Cependant, le programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation formelle à

ce jour. Le CLSC des Hautes Marées dans la région de Québec offre aussi des ateliers de prévention de la violence et des abus sexuels aux jeunes enfants de la maternelle. L'atelier vise à amener l'enfant à identifier les messages de son corps, à reconnaître une situation d'abus, à l'outiller pour qu'il sache dire NON et qu'il aille chercher du soutien et de l'aide au besoin. L'atelier utilise des mises en situation et du matériel visuel (affiches, illustrations). Une évaluation informelle auprès des jeunes élèves suggère des effets bénéfiques de l'atelier.

Le programme « Child Aggression and Research Education » [CARE] est l'un des programmes de prévention implantés au Québec depuis plusieurs années. Ce programme est animé par l'enseignant-e qui a, au préalable, participé à une formation d'une demi-journée portant sur l'agression sexuelle et l'animation de ce programme auprès des élèves. Le programme vise principalement à aider les enfants à reconnaître l'agression sexuelle et les différentes situations à risque, à favoriser l'acquisition d'habiletés chez les enfants pour qu'ils s'affirment dans les situations potentiellement abusives et à les encourager à dévoiler les situations d'agression. Le programme utilise des cartons illustrés, un livre (« Écoute ton cœur »), une cassette audio, des marionnettes, des affiches et un guide de planification pour l'enseignant-e. Les cartons illustrés présentent aussi différentes activités pouvant être intégrées à l'animation du programme à l'intention de l'enseignant-e. Perreault, Bégin et Tremblay (1998) ont réalisé une étude évaluative du programme auprès d'un groupe de 294 enfants inscrits en maternelle. Dans le cadre de cette expérimentation, le programme a été présenté en sessions d'une vingtaine de minutes échelonnées sur une période d'un mois. Les résultats ont montré une augmentation significative des résultats au questionnaire d'évaluation chez les élèves participant au programme et le maintien des gains à la relance tenue trois mois après la présentation du programme. En outre, les données suggèrent que, peu importe le moment d'évaluation, les élèves issus d'écoles de niveau socio-économique moyen obtiennent des résultats supérieurs relativement aux élèves de milieu favorisé ou défavorisé, et que les garçons montrent des cotes moyennes plus élevées que celles des filles. L'analyse des réponses aux items du questionnaire mène les auteures à postuler que certaines des notions véhiculées (i.e. ce qui constitue une raison valable pour justifier un toucher aux parties intimes) demeurent abstraites pour les enfants de la maternelle. L'analyse des réponses du groupe d'élèves de pré-maternelle indique, par ailleurs, que ceux-ci obtiennent des résultats inférieurs à leurs pairs de la maternelle à tous les moments d'évaluation. Par contre, les données ne permettent pas de conclure à un effet différentiel de l'intervention pour les deux groupes d'âge considérés. La trousse CARE est disponible auprès de l'Association Parent-Unis de Repentigny.

Certains programmes visent simultanément les enfants du préscolaire et du début du primaire. Le programme « CASPARS » de la Tournée Jaune Camion, par exemple, cible les enfants âgés de six à neuf ans. Il s'agit d'une intervention de deux heures durant laquelle un conte illustrant une situation d'agression sexuelle par un gardien est raconté aux enfants. L'histoire est racontée à l'aide d'images et des scènes sont jouées par les intervenants-es. Les activités suivant la présentation de l'histoire visent la reconnaissance des situations potentiellement dangereuses, la reconnaissance des touchers qui font OUI ou NON, et le dévoilement de l'agression sexuelle. Les activités se terminent avec la présentation d'une chanson. Les Productions Jodal, pour leur part, proposent un spectacle jeunesse, « Il faut que tu le dises. Non aux abus faits aux enfants », aux enfants d'âge préscolaire et du primaire. Il s'agit d'un spectacle musical de prévention où l'on tente de sensibiliser les enfants aux abus dont ils peuvent être victimes, où on les amène à reconnaître une situation d'agression sexuelle, et où on leur montre à dire NON et à dénoncer une agression, s'il y a lieu. Ce spectacle a été présenté dans plusieurs régions de la province au cours des dernières années. Les deux dernières interventions préventives mentionnées n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation de leurs effets sur les acquis des élèves.

La Table de concertation régionale sur la prévention des abus sexuels à l'égard des enfants de la DSP de la région du Saguenay a mis sur pied une campagne médiatique au cours de l'année scolaire 2000-2001. Dans le cadre de l'activité « J'ai quelque chose à te dire », les élèves fréquentant la 4^e année et participant à un programme de prévention, ont reçu une série de trois signets. Afin de favoriser le rapprochement avec une personne choisie comme confidente par l'enfant, les enfants doivent identifier deux personnes confidentes et leur remettre un signet. Le signet remis aux adultes souligne l'importance d'une attitude soutenante (« écoutez attentivement », « soyez chaleureux », « croyez-le », « aidez-le ») et offre les coordonnées des organismes du milieu susceptibles de procurer les services nécessaires en cas de dévoilement. Pendant la période visée, des messages télévisuels, des chroniques publiées dans les journaux locaux de même que des affiches ont été utilisés afin de sensibiliser les adultes de la région à la problématique de l'agression sexuelle.

4.1.2 Interventions préventives québécoises destinées aux adolescents-es

Plusieurs organismes interrogés ont concentré leurs efforts en matière de prévention de l'agression sexuelle sur la population adolescente. Un des programmes bien implantés dans les milieux scolaires et ce, depuis plusieurs années, est le programme VIRAJ (Violence

dans les relations amoureuses des jeunes) (Lavoie, Vézina, Gosselin & Robitaille, 1994). Le programme VIRAJ a été conçu en 1989 par Francine Lavoie en collaboration avec l'organisme communautaire Entraide-Jeunesse. Ce programme vise la prévention de la violence sexuelle, psychologique et physique dans les relations amoureuses des jeunes et, plus particulièrement, auprès des élèves de secondaire III et IV. Le programme propose diverses activités qui se réalisent en classe lors de deux rencontres de 60-75 minutes. Les thèmes principaux se centrent sur la notion de contrôle et les droits à une relation égalitaire. Ces thèmes sont, notamment, animés à l'aide de mises en situation et d'un théâtre forum. Parmi les autres activités suggérées qui peuvent être réalisées, on note l'analyse de roman Harlequin, la rédaction d'une lettre de soutien à un-e jeune en difficulté, l'analyse de coupures de journaux décrivant des situations de violence dans les relations amoureuses, le procès des mythes et la rédaction d'un contrat de relation amoureuse. Une vidéo peut aussi être utilisée pour alimenter les discussions entre les participantes et les participants. Le volet animation en classe est sous la responsabilité de l'organisme Entraide Jeunesse dans la région de Québec. Deux autres volets concernent la formation des intervenants-es (Lavoie & Vézina, 1996).

Une évaluation récente du programme VIRAJ a donné lieu à des résultats probants (Lavoie, Dufort, Hébert & Vézina, 1997). Ainsi, lors d'une expérimentation auprès de plus de 800 jeunes, le programme VIRAJ, dans sa forme prévue de deux sessions d'animation, s'est révélé efficace à court et à moyen terme. En ce sens, les changements sont dus principalement au programme et non à la passation de questionnaires ou à l'impact d'événements extérieurs. Le schème choisi a permis aussi de vérifier que groupes expérimentaux et groupes de comparaison étaient des plus comparables, et que la différence après le programme entre ces groupes ne peut être attribuée à une différence de départ entre les clientèles. Le programme a, de plus, été évalué sous la forme prévue par les conceptrices, comme en témoigne l'étude de la mise sur pied du programme indiquant une très bonne conformité aux activités planifiées. Les changements ont lieu au niveau des attitudes et des connaissances mais les variables de sentiment de contrôle, de perception de pression des amis ou d'intention d'agir ne sont peu ou pas influencées. On ne note pas de conséquences négatives, que cela soit sur l'ensemble des élèves, sur les garçons ou les filles ou encore auprès des victimes ou des agresseurs. Les opinions des élèves, tant des milieux francophones homogènes que de l'école multiethnique, sont dans l'ensemble favorables et il est permis de croire que le programme fut une expérience enrichissante. Une analyse qualitative des réponses des jeunes montre que les concepts véhiculés sont bien compris et répondent aux attentes des participants-es. Le programme dans sa formule actuelle est, en

conclusion, jugé efficace. Soulignons qu'une adaptation du programme est actuellement en cours pour les jeunes de 16 et 17 ans. Dans cette nouvelle version, les thèmes viseront la violence dans les relations amoureuses de même que la question du harcèlement sexuel dans le milieu scolaire et dans le milieu de travail (Lavoie, en préparation).

Pour sa part, l'organisme CPIVAS présente le programme « Filet de sécurité » pour les adolescents-es inscrits en secondaire III. Le programme vise à aider les jeunes à reconnaître les situations d'agression sexuelle et à identifier les moyens de prévention. L'intervention tente de sensibiliser les jeunes aux différents préjugés et tente d'outiller le personnel scolaire face à la problématique. Le programme fait appel à des mises en situation et à une vidéo, de même qu'à des activités réalisées en équipes. Il aborde, notamment, les différentes formes d'exploitation sexuelle, les conséquences de l'agression sexuelle et offre des outils aux jeunes pour aider un-e ami-e en détresse. Le programme comporte plusieurs volets, entre autres, un atelier de formation pour les intervenants-es du milieu, la sensibilisation des parents et des enseignants-es, ainsi que des suivis individuels auprès des victimes. De plus, un atelier de formation de trois heures pour les groupes d'entraide est offert dans les écoles où il existe un tel groupe. Les participants-es sont invités-es à compléter un questionnaire de satisfaction à la fin de l'atelier. Les résultats suggèrent que l'animation est grandement appréciée tant au niveau du contenu véhiculé que des outils utilisés. Les enseignants-es se disent satisfaits-es du programme et témoignent, de plus, que les animations répondent aux besoins des jeunes.

La Sentin'Elle offre un programme aux élèves de secondaire I et III s'appuyant sur un témoignage qui vise à sensibiliser les participants-es et à, éventuellement, dépister les jeunes aux prises avec des situations de victimisation. Les thèmes abordés concernent, notamment, les conséquences, les moyens de protection, la trousse médicolégal et la dévictimisation. Le programme « Briser les Chaînes » de l'organisme Après-Coup s'adresse aux jeunes de 12 à 18 ans et vise la prévention de toutes les formes de violence et la promotion de comportements pacifiques. Le programme comprend une vidéo, un guide d'animation et une série de dix fiches pour les animateurs-trices et les participants-es. Le programme est accessible à toute organisation qui accepte l'infrastructure de soutien et la formation offerte par les intervenants d'Après-Coup.

L'outil intitulé « Cool pour Vrai », est diffusé par la Sûreté du Québec auprès des jeunes de 12 à 17 ans dans les milieux scolaires et les centres de jeunes. À l'aide de jeux de rôle et d'échanges entre les participants-es, l'atelier vise la prévention de la victimisation et des comportements violents. Il aborde, notamment, le thème de la violence dans les relations amoureuses. La trousse, destinée aux policiers-ères, propose plusieurs modes

d'intervention (par exemple, soutien, information, sensibilisation, médiation) et contient, outre le guide d'utilisation, des fascicules d'information sur les problématiques ciblées et des exemples pratiques (jeux de rôles). Dans le cadre de cette activité, les intervenants-es font la promotion de l'organisme Jeunesse J'écoute, un service d'écoute téléphonique qui soutient et dirige les jeunes qui en font la demande vers les ressources appropriées. Il s'agit d'un programme récent et aucune évaluation des effets du programme n'a été menée à ce jour.

D'autres milieux de pratique ont élaboré des interventions préventives ciblant la clientèle adolescente. Par exemple, dans la région de Québec, l'organisme « Entraide Jeunesse » présente le programme « Violence en cour » depuis 1998. Il s'agit d'un programme de prévention qui vise à conscientiser les jeunes de 12 à 17 ans à la problématique de la violence. Le programme rejoint les jeunes principalement par le biais des maisons de jeunes et des centres communautaires. Le programme touche la problématique de la violence dans les relations amoureuses et entre les pairs, le harcèlement ainsi que les différentes conséquences de la violence. L'atelier consiste en une rencontre de deux heures pendant laquelle les participants-es sont amenés-es à former des équipes, à répondre à des questions et à préparer des arguments pour appuyer leurs propos afin de participer à des théâtres/forums. Le programme étant relativement récent, aucune évaluation n'a été menée à ce jour.

Dans la même région, l'organisme Viol Secours offre aussi des ateliers de prévention des agressions sexuelles destinés à la clientèle adolescente. Ces ateliers visent à parfaire leurs connaissances sur les agressions à caractère sexuel et à donner des outils pour identifier les situations à risque; aussi, ils abordent les conséquences des agressions sexuelles. De plus, les ateliers tentent d'aider les jeunes à développer des moyens pour éviter d'être vulnérables à l'agression sexuelle et pour aider les jeunes qui ont besoin de soutien. L'atelier utilise des jeux de rôle, des mises en situation, des activités dirigées, des discussions et des échanges entre les participants-es. Des évaluations informelles à l'aide de questionnaires administrés à la fin de l'atelier donnent lieu à des commentaires positifs quant aux retombées de l'atelier.

Plusieurs organismes membres du Regroupement des CALACS offrent des ateliers visant les adolescents-es en milieu scolaire à travers la province. Le programme intitulé « J'AVISE » (Jeunes en Action Contre la Violence Sexuelle) du CAPAS de Châteauguay comporte trois volets de prévention. Le premier volet d'une heure consiste principalement en des activités d'animation en classe (quiz, histoire de cas, vidéo) visant à informer et à sensibiliser les participants-es. Le deuxième volet comporte un soutien individuel et de

groupe pour les jeunes qui dévoilent une agression sexuelle. Enfin, le troisième volet, soit la prévention par l'action, vise à impliquer les jeunes dans des activités de prévention de la violence sexuelle (groupes de pairs aidants, organisation d'activités, etc.). L'intervention vise à fournir des informations sur la problématique, à initier un changement d'attitudes, à augmenter les compétences des jeunes à recevoir les confidences de leurs proches et à briser l'isolement des personnes touchées directement ou indirectement par la violence. Par ailleurs, un des objectifs du programme est de favoriser la conscience sociale des jeunes en encourageant la prise en charge d'actions de prévention dans leur milieu. Une évaluation formative permet de constater que les membres du personnel scolaire considèrent que les rencontres sont adaptées aux besoins des jeunes. La très grande majorité des jeunes (91%) ont trouvé le programme intéressant; près du deux tiers mentionnent avoir appris des nouvelles notions et soulignent que l'atelier leur a permis d'approfondir leur réflexion sur la problématique de la violence sexuelle. Il importe de souligner que la majorité des participants-es affirment savoir davantage quelles actions poser s'ils étaient victimes et comment aider un ami victime (Billette et Modin, 1999). Dans la région de Montréal, l'organisme Trêve pour Elles envisage d'implanter ce programme.

En outre, le programme « Ras l'bol y faut qu'ça change » est présenté, notamment, par les CALACS Rimouski et Rouyn-Noranda et vise les étudiants-es de secondaire III et IV. À l'aide d'une vidéo, d'une présentation suivie d'échanges entre les participantes et participants, le programme vise à sensibiliser les jeunes au respect de l'intimité et vise l'adoption de comportements et d'attitudes de respect, ainsi que l'adoption d'une sexualité saine. Le vidéo comporte cinq scènes (par exemple, agression sexuelle, inceste, harcèlement sexuel, etc.). Le programme aborde les principaux mythes et préjugés liés aux agressions sexuelles et discute de leurs conséquences. Le CALACS de Rouyn participe actuellement à une évaluation de ce programme.

Le CALACS Laurentides présente un atelier s'adressant aux adolescents-es qui aborde, notamment, les thèmes suivants : la notion de consentement, les démarches à effectuer, les sentiments de culpabilité. Cet atelier vise à prévenir les agressions sexuelles et à amener les jeunes à reconnaître une telle agression; il fait appel notamment à des jeux de rôle. Des évaluations informelles suggèrent un changement positif chez les participants-es. L'organisme Assaut Sexuel Secours dans la région de Val d'Or, quant à lui, s'adresse plus spécifiquement aux étudiants-es de secondaire III. Le programme est dispensé dans les écoles secondaires. Il vise à sensibiliser et à informer les adolescents-es sur les agressions sexuelles ainsi qu'à les responsabiliser dans le but ultime de provoquer des changements d'attitude et de comportement. Les étudiants-es ont deux rencontres pendant lesquelles ils

visionnent une vidéo et participent à un procès portant sur les mythes et préjugés. Selon les personnes interrogées, l'impact de l'intervention est positif et les participants-es sont satisfaits-es. Dans la région de Drummondville, le CALACS La Passerelle propose des animations en milieu scolaire auprès des étudiants-es, principalement du premier cycle du secondaire. L'intervention traite des mythes relatifs aux agressions sexuelles. Elle vise à aider les jeunes à identifier les différents types d'agression et tente de favoriser la promotion d'un comportement égalitaire entre les hommes et les femmes. La rencontre débute par la présentation d'une vidéo et est suivie de mises en situation, de témoignages, d'échanges et de jeux de rôle. Les données recueillies par le biais des évaluations informelles permettent de constater une augmentation des demandes d'aide. Le CALACS de l'Estrie anime un programme de soutien et de prévention des agressions sexuelles en milieu scolaire. Les objectifs de l'intervention sont de mettre sur pied des groupes de pairs aidants, de planifier des activités de prévention et de former des jeunes à la relation d'aide. L'activité permet de discuter de la violence sexuelle et amoureuse, des différents mythes et préjugés, ainsi que de l'affirmation de soi. Diverses activités pédagogiques sont utilisées pour favoriser les discussions et les échanges parmi les participants-es. De même, le Mouvement contre le viol et l'inceste, le CALACS Chaudière-Appalaches, le CALACS Outaouais, le CALACS Trois-Rivières, le CALACS de la région Côte Nord, le CALACS Gaspé, la Maison ISA dans la région de Chicoutimi, offrent des ateliers de prévention dispensés à des adolescents-es du secondaire. Les interventions visent à conscientiser les jeunes en ce qui concerne la violence sexuelle, la violence dans les rapports amoureux et à promouvoir des rapports égaux entre les garçons et les filles. Des évaluations écrites et des bilans des activités menées portent les intervenantes à conclure à un impact positif et à la satisfaction des participants-es.

4.1.3 Interventions préventives québécoises visant les adultes

Plusieurs organismes offrent des interventions préventives visant les adultes. D'abord, certains organismes sollicitent la participation active des adultes (parents, membres du personnel scolaire) faisant partie de l'entourage de l'enfant qui participe à un atelier de prévention. Certains organismes ont implanté au cours des dernières années des activités visant à prévenir les agressions sexuelles en ciblant les femmes adultes. Finalement, bon nombre des personnes interrogées ont mentionné offrir des activités de formation et de sensibilisation pour divers groupes d'intervenants-es appelés-es à recevoir des dévoilements et à intervenir auprès des jeunes et des adultes ayant vécu une situation de victimisation sexuelle.

Ainsi, certaines interventions bien implantées au Québec, s'adressant aux jeunes enfants, offrent conjointement des sessions de sensibilisation ou de formation aux adultes de l'entourage (parents, enseignants-es). Par exemple, dans le cadre des activités des organismes ESPACE, des ateliers visent les parents et les enseignants-es. Les adultes sont, en effet, perçus comme des agents essentiels d'une prévention efficace. Lorsque sensibilisés et bien informés, ils sont en mesure de prendre la relève pour renforcer les stratégies de prévention apprises lors des ateliers. Les ateliers menés auprès des adultes présentent des informations sur l'approche du programme, sur la réalité des abus commis envers les enfants et sur le contenu de l'atelier destiné aux enfants. De plus, l'atelier aborde les indicateurs pouvant être associés à un abus et suggère des techniques d'intervention en situation de dévoilement. Un document présentant, entre autres, les principales ressources du milieu et des suggestions d'activités pour assurer un suivi du programme, est remis aux participants-es.

Une étude récente des effets du volet parental du programme ESPACE a été menée auprès d'un groupe de parents dont les enfants participaient à l'atelier présenté dans des écoles de la région Chaudière-Appalaches (Hébert, Lavoie & Parent, sous presse; Hébert, Lavoie, Piché, & Poitras, 1999). Les parents ont été invités à compléter un questionnaire portant sur les connaissances liées à l'agression sexuelle. Dans ce questionnaire, une vignette illustrant un dévoilement d'une agression sexuelle permettait d'évaluer les intentions d'agir des parents. Les données révèlent que les parents identifient davantage des interventions visant à soutenir l'enfant qui dévoile une situation d'abus sexuel dans une situation hypothétique, que les parents n'y participant pas. Ce résultat apparaît d'autant plus important puisque plusieurs intervenants-es soulignent que la réaction des parents qui reçoivent un dévoilement d'abus sexuel aura un impact important sur l'adaptation ultérieure de la victime (Thériault, Cyr & Wright, 1997). En outre, relativement aux parents ne participant pas, ceux qui ont assisté à l'atelier proposent un nombre plus important d'interventions visant à soutenir l'enfant dans le processus de résolution de problèmes (par exemple, encourager l'enfant à utiliser les stratégies de prévention enseignées dans le volet scolaire du programme ESPACE, habiliter l'enfant à éviter la répétition de l'abus et mettre en place un système de soutien dans l'entourage de l'enfant). De plus, les parents tendent plus à aller chercher de l'aide auprès d'un organisme compétent. Malgré les bénéfices liés à la participation des parents, il demeure cependant difficile de les rejoindre. En effet, seulement un parent sur cinq environ avait accepté l'invitation offerte.

Un faible pourcentage de participation a aussi été trouvé par Tremblay, Fortin et Bégin (1997) lors de la présentation d'un atelier destiné aux parents dont l'enfant participe

au programme C.A.R.E. L'atelier propose deux rencontres et porte sur la prévalence et les signes de l'agression sexuelle, le développement sexuel de l'enfant et les réactions suite à un dévoilement d'agression sexuelle, en plus de proposer des activités visant à promouvoir la discussion entre le parent et l'enfant. L'évaluation suggère que les mères qui ont pris part à l'atelier sont susceptibles d'en tirer des bénéfices relativement aux mères dont seul l'enfant participe à l'atelier C.A.R.E., ou aux mères dont les enfants ne participent pas au volet enfant du programme (Tremblay, 1998). Outre des gains au niveau des connaissances, les mères trouvent, en effet, plus facile d'aborder la prévention de l'agression sexuelle et la sexualité avec leur enfant; elles en parlent également plus souvent.

Le CALACS Laurentides offre aussi aux parents un atelier s'échelonnant sur dix semaines sur la prévention des agressions à caractère sexuel. Les objectifs de l'intervention sont de développer et de soutenir des habiletés parentales liées à la prévention des agressions sexuelles, d'aider les parents à mieux comprendre la sexualité des enfants et des adolescents-es, d'outiller les parents pour leur permettre de développer ou de maintenir une relation de confiance avec leur-s enfant-s, d'offrir un lieu d'échange, de soutien et d'entraide, et de valoriser les compétences parentales de chacun.

Plusieurs organismes répertoriés et plusieurs organismes membres du Regroupement des CALACS promulguent des pratiques préventives par le biais de divers cours et ateliers d'autodéfense offerts principalement aux femmes adultes et, dans certains cas, aux adolescentes. Le Centre de prévention des agressions de Montréal de même que CALACS Estrie offrent, notamment, le programme ACTION aux adolescentes et aux femmes. Le programme ACTION vise à diminuer la vulnérabilité et à favoriser l'autonomie des femmes en leur donnant de l'information sur la problématique des agressions, en les aidant à reconnaître des situations potentiellement dangereuses et en offrant une formation sur les techniques physiques d'autodéfense. Le contenu de l'intervention ne vise pas uniquement l'agression sexuelle mais aborde également le harcèlement et les agressions verbales et physiques. L'atelier dure de 12 à 15 heures et est généralement offert en plusieurs sessions d'une heure et demie. L'atelier peut aussi être offert en session intensive de deux jours.

Le CRAN des femmes offre aussi des ateliers d'autodéfense pour les femmes et les adolescentes. À l'aide de jeux de rôle, de mises en situation, de discussions et d'échanges, les ateliers visent, entre autres, à permettre aux participantes de reprendre confiance en elles-mêmes ainsi qu'à réaffirmer leur droit au respect et à la sécurité physique et psychologique. L'organisme offre aussi des tours guidés qui proposent l'exploration d'un trajet prédéterminé du milieu de vie en proposant des solutions pour prévenir les agressions. Des évaluations informelles sont conduites à la fin de chaque atelier. De plus,

l'organisme offre des conférences sur la prévention de la violence faite aux femmes et des dîners-rencontres. Certaines des conférences sont mixtes et visent à amener les participants-es à échanger sur les mythes et les préjugés entretenus sur la violence faite aux femmes. Les données provenant des répondantes ayant participé aux cours d'autodéfense, aux tours guidés et aux activités de sensibilisation, suggèrent que la très grande majorité (96%) apprécient beaucoup l'atelier. De plus, les répondantes rapportent se sentir davantage en sécurité et avoir davantage confiance en elles après avoir participé aux activités offertes. Certains CALACS, dont le CALACS de Trois-Rivières, offrent aussi ces ateliers d'autodéfense aux adolescentes et aux femmes adultes.

Les cours d'autodéfense offerts par le CRAN des femmes et par le Centre de prévention des agressions de Montréal figurent parmi les approches récemment évaluées lors d'une analyse menée par le Comité d'action femmes et sécurité urbaine [CAFSU] (2001). Dans un rapport faisant état des caractéristiques et des retombées des cours d'autodéfense offerts sur le territoire montréalais, les résultats suggèrent que les cours atténuent le sentiment de peur, augmentent notamment la confiance en la capacité de se défendre dans différentes situations d'agression chez les participantes (CASFU, 2001).

Dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, l'organisme Trêve pour Elles organise des marches exploratoires et mène des sondages pour mieux cibler les endroits où les femmes ne se sentent pas en sécurité. L'organisme a aussi apposé des affiches dans divers milieux (collèges d'enseignement général et professionnel [Cégep] et universités, bars) visant à sensibiliser les jeunes adultes à la drogue du viol. Le CLSC Rivière-des-Prairies a aussi tenté de sensibiliser les jeunes adultes inscrits au Cégep en présentant un kiosque sur la sexualité. La drogue du viol, la violence sexuelle dans les relations amoureuses, de même que le harcèlement sexuel, étaient abordés.

« Le Grand Secret » est un outil d'animation présenté par le Centre-femmes La Jardilec qui vise les femmes et les hommes dans le but de prévenir et d'enrayer les agressions sexuelles. L'outil est aussi utilisé auprès des clientèles adolescentes. Les objectifs de l'intervention sont d'inciter les participants-es à se sentir individuellement et collectivement concernés, à mieux comprendre la dynamique et les répercussions de l'agression sexuelle. De plus, l'outil tente d'inciter les groupes d'hommes à prendre position contre les abus ainsi qu'à inciter les victimes à dénoncer les agresseurs et à effectuer une démarche pour obtenir de l'aide. L'animation est généralement menée auprès d'un groupe de 12 personnes. L'atelier implique une mise en commun des perceptions individuelles à l'égard des abus sexuels, l'utilisation d'un jeu questionnaire sur les mythes et les préjugés et la présentation d'une vidéo. Le vidéo présente trois situations et, par la suite, une série

de questions servent à alimenter les discussions et les échanges entre les participants-es. Les trois scènes impliquent un jeune homme qui raconte son vécu en tant que victime et agresseur, la dynamique incestueuse dans une famille et le témoignage d'une femme ayant été victime d'agression sexuelle. À la fin de la rencontre, les animatrices amènent les participants-es à réfléchir sur les actions à poser dans la communauté pour diminuer et enrayer les situations d'agression sexuelle.

Dans la région de Québec, le Centre des Femmes au 3A offre le programme « Vivre en paix », un programme de sensibilisation et d'échange sur le phénomène de la violence subie et agie par les femmes. Le programme a pour objectif de réduire le seuil de tolérance des femmes à l'égard de la violence et aborde, notamment, la gestion des émotions et de la colère, le développement de solutions alternatives à la violence, les scénarios de protection, la violence conjugale et la violence sexuelle. Les ateliers proposés comportent un contenu théorique et une partie est réservée à l'échange entre les participantes. Divers questionnaires permettent aux participantes de témoigner de leur satisfaction face à l'intervention. Une évaluation décrite dans le rapport d'activités 2000-2001 (Bourassa & Croteau, 2001) suggère que les ateliers de groupe répondent aux besoins des participantes.

Pour leur part, les intervenantes du Centre des femmes de Rivière-des-Prairies offrent des cafés-rencontres pour faciliter l'échange et favoriser les réseaux d'entraide chez les participantes à qui on remet aussi de la documentation écrite. Le CVASM offre aussi aux adultes des activités de sensibilisation faisant appel à la présentation d'un scénario afin d'amener les participants-es à mieux comprendre l'impact de l'agression sexuelle.

Outre les activités ci-haut mentionnées, plusieurs des répondants-es ont identifié des activités visant à sensibiliser et à outiller les divers groupes d'intervenants-es à comprendre la problématique de l'agression sexuelle et à répondre à des éventuels dévoilements. Soulignons, entre autres, que plusieurs CALACS offrent des sessions de formation pour les intervenants-es. À titre d'exemple, le CALACS Laurentides présente une formation dans laquelle on aborde la définition de l'agression sexuelle, l'identification des sentiments soulevés par la problématique, l'identification des conséquences chez les victimes, les causes des agressions sexuelles ainsi que les différents préjugés et mythes concernant l'agression sexuelle. De plus, les responsables de la formation discutent de l'importance de prendre conscience des besoins, des émotions et des réactions d'une personne victime d'agression sexuelle et des différentes démarches médicales et légales associées. Les participants-es sont amenés-es à mieux connaître les indices de dépistage, les attitudes et les interventions aidantes lors du dévoilement d'une situation de victimisation sexuelle ainsi que les différents outils d'intervention disponibles. Par ailleurs, parmi les organismes

interrogés, plusieurs offrent des activités ponctuelles de prévention qui visent les intervenants-es qui côtoient les enfants et les adolescents-es. Par exemple, la section des crimes majeurs et des délits familiaux du Service de police de Québec offre une activité dans laquelle on aborde les délits sexuels, les abus et les formes d'exploitation sexuelle. De même, les intervenants-es du CLSC des Faubourgs/Clinique des jeunes Saint-Denis animent des rencontres de formation auprès des intervenants-es des groupes communautaires, des centres jeunesse et des maisons de jeunes. Ces rencontres visent à aider les participants-es à développer leurs habiletés face aux cas d'agression sexuelle.

Le programme VIRAJ comporte un volet formation pour les bénévoles des services d'écoute téléphonique appelés à côtoyer les jeunes et des sessions de perfectionnement pour les enseignants-es de secondaire III et IV des étudiants-es qui participent au programme (Lavoie & Vézina, 1996). Le ministère de l'Éducation du Québec offre au personnel scolaire des sessions de perfectionnement. Ces sessions, animées par des intervenantes de l'organisme Entraide Jeunesse, visent à sensibiliser à la problématique de la violence dans les relations amoureuses. De plus, on informe sur les contenus et les modalités d'animation du volet scolaire du programme VIRAJ. Les sessions de perfectionnement permettent ainsi d'outiller les intervenants-es à mieux dépister les situations à risque et à soutenir les jeunes qui en manifestent le besoin. La formation aux bénévoles et les intervenants-es de première ligne touche sensiblement les mêmes thèmes et vise à outiller les bénévoles à soutenir les personnes qui sont aux prises avec une forme de violence dans leurs relations amoureuses.

En outre, le Regroupement des organismes communautaires autonomes Jeunesse du Québec [ROCAJQ] a produit en 1997 un guide de formation sur la violence dans les relations amoureuses des jeunes, intitulé « Une belle claque d'amour », se centrant sur la prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes de 12 à 30 ans. Le guide est destiné aux intervenants-es (milieux scolaires, communautaires et institutionnels) travaillant avec les adolescents-es et les jeunes adultes aux prises avec ce problème et vise l'acquisition de connaissances sur la problématique de même que des habiletés liées aux modalités d'intervention (prévention, dépistage, intervention de crise et accompagnement). Le guide comprend quatre modules qui abordent: 1) les différentes formes de violence, quelques statistiques, les conséquences, les dynamiques liées à la violence, les causes et les perceptions des jeunes quant aux causes de la violence; 2) le dépistage, l'intervention de crise et la prévention; 3) les notions de base et les particularités liées à l'intervention selon qu'il s'agisse d'une victime ou d'un agresseur et 4) les procédures suivant le dévoilement et le recours judiciaire. Le guide offre plusieurs activités pouvant être utilisées auprès des

jeunes, notamment le système IMAGE, des jeux de rôle et des outils permettant aux jeunes d'identifier les comportements violents dans leurs relations.

Finalement, soulignons qu'afin de sensibiliser et d'outiller toutes les personnes impliquées auprès des jeunes dans les milieux des sports et des loisirs, le récent « Guide d'implantation d'une politique de prévention et d'intervention en matière de violence et d'agression sexuelle dans les sports et les loisirs » (Direction de la santé publique de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2000), propose un ensemble de mesures et une boîte à outils favorisant la mise en place d'une politique de prévention et d'intervention. Ainsi, une panoplie d'outils sont disponibles dont divers documents d'information (mythes et réalités, approches pour recevoir les confidences des jeunes, indices, etc.), une liste des activités à réaliser, un guide d'entrevue de sélection du personnel et des bénévoles.

4.1.4 Prévention pour des populations particulières

Quelques organismes tentent de prévenir les situations de victimisation sexuelle chez les populations particulièrement à risque. Par exemple, l'organisme Stella tente de développer la solidarité entre les travailleuses du sexe. À cette fin, des conseils préventifs sont donnés et une liste des « mauvais clients » est imprimée mensuellement. La liste présente une description des individus impliqués de même que les détails liés aux événements rapportés. Même si les services offerts par le PIPQ ne sont pas spécialisés en matière d'agression sexuelle, la clientèle desservie est souvent confrontée à cette forme de violence. Dans le cadre de leurs interventions, les personnes œuvrant dans cet organisme jouent un rôle de soutien, tentent de prévenir les agressions et diminuer les risques de revictimisation.

Les Services Barbara Rourke sont offerts exclusivement aux personnes présentant des déficiences intellectuelles. Le programme d'éducation sexuelle intitulé « La sexualité faut s'en parler » (Côté et Tapin, 1994) est utilisé. Le programme aborde différents thèmes (affectivité, prise de conscience de son corps, habiletés associées aux relations interpersonnelles) et comporte une section abordant la prévention de la violence et des agressions sexuelles. Les activités prévues font appel à des jeux de rôle, au modeling et à des exercices (« Je reconnais la violence », « Je dis NON », « Je crie NON »). De plus, des sessions de formation pour les intervenants-es sont offertes. Le Centre de prévention des agressions de Montréal tente aussi de rejoindre cette clientèle en offrant une adaptation du programme CAP/ESPACE.

Parmi les autres interventions préventives destinées à des clientèles particulières, soulignons que certains organismes ont élaboré ou adapté des programmes pour les enfants ayant dévoilé ou ayant déjà vécu des situations de violence. Par exemple, un atelier pour les parents et les enfants âgés entre trois et cinq ans ayant dévoilé une situation d'agression sexuelle est offert au CIASF de la région de Hull. Ces ateliers sont destinés aux jeunes enfants et à leurs parents et visent à diminuer la prévalence des agressions sexuelles, à diminuer la honte, à déculpabiliser et à augmenter le sentiment de sécurité chez l'enfant. De même, l'organisme Jonction pour Elles dans la région de Lévis propose une activité complémentaire au programme ESPACE à des enfants âgés entre six et onze ayant été exposés à la violence conjugale. De façon similaire, la Maison d'hébergement pour les femmes immigrantes de Québec offre aux enfants des femmes qui sont en hébergement, une intervention intitulée « Heureux et en sécurité ». Le programme comporte quatre rencontres auprès de groupes de quatre ou cinq jeunes enfants (âgés entre quatre et sept ans). Il aborde les sentiments, les parties du corps, les « bons » et les « mauvais » étrangers, la sécurité, les personnes de confiance et les moyens de défense dans un but préventif. L'intervention fait appel, entre autres, à des jeux de rôle, des mises en situation et des échanges.

4.2 PORTRAIT STATISTIQUE DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES RÉPERTORIÉES

Cette section présente un portrait statistique des interventions préventives répertoriées. Comme il a été mentionné dans la section 3.2, les données recueillies à l'aide du questionnaire ont porté, d'une part, sur l'ensemble des interventions préventives offertes et, d'autre part, sur la principale activité de prévention proposée par l'organisme. Cette section est donc constituée et divisée à partir de ces données.

Cinquante-sept organismes disent offrir des interventions préventives à leur clientèle (69%). Cependant, seulement 52 organismes ont décrit leurs activités de manière plus spécifique. Cette différence est attribuable au fait qu'un des organismes développe présentement des activités de prévention, deux organismes n'offrent pas des activités préventives structurées et une autre organisation dit effectuer de la sensibilisation informelle auprès des parents d'enfants et d'adolescents-es à risque. De plus, les organismes privés sont exclus des tableaux, compte tenu du faible nombre ($n = 3$) qui affirment offrir des interventions préventives.

4.2.1 Ensemble des interventions préventives

Cette partie présente les résultats portant sur l'ensemble des interventions préventives offertes par les organismes répertoriés. Il s'agit donc des buts finaux et des modèles théoriques.

a) Buts finaux

En plus d'être assez diversifiées de manière générale, les interventions préventives diffèrent selon les types d'organismes (tableau 18). L'ensemble des interventions préventives de la moitié des organismes publics ont comme but de prévenir les agressions sexuelles et de sensibiliser les gens à ce type de violence ou d'éduquer la population à ce phénomène. En ce qui concerne les organismes communautaires, les buts finaux de l'ensemble de ces interventions sont assez variés. Cependant, le tiers de ces organismes disent que leurs interventions sont effectuées dans le but de contrer les agressions à caractère sexuel, c'est-à-dire de les enrayer ou de les éliminer.

De plus, selon les données recueillies, les organismes communautaires semblent vouloir outiller davantage les victimes potentielles tandis que les organismes publics visent le dépistage et le dévoilement.

Tableau 18
Buts finaux de l'ensemble des interventions préventives

Buts finaux	Organismes communautaires		Organismes publics		Total	
	n = 35	%	n = 15	%	n = 52	%
Prévenir/Sensibiliser	8	22,9	8	53,3	16	30,8
Contrer les agressions à caractère sexuel	11	31,4	3	20,0	14	26,9
Conscientiser la société et agir sur les facteurs de risque (promotion des relations égalitaires)	8	22,9	3	20,0	12	23,1
Éduquer à l'égard du phénomène des agressions à caractère sexuel et amener à les reconnaître	4	11,4	7	46,7	12	23,1
Outiller les victimes potentielles	8	22,9	2	13,3	11	21,2
Favoriser l'affirmation de soi et l'empowerment	5	14,3	3	20,0	8	15,4
Dépister/Dévoiler	0	0,0	4	26,7	4	7,7

b) Modèles théoriques

L'ensemble des interventions préventives sont développées à partir d'un ou de plusieurs modèles théoriques. Parmi les organismes, deux n'ont pas été en mesure de répondre à la question. Comme le présente le tableau 19, les modèles théoriques sont très variés et on remarque deux tendances selon les types d'organismes.

Les organismes communautaires semblent fortement privilégier deux modèles : le féministe et l'empowerment. En effet, la majorité des organismes communautaires utilisent l'approche féministe et l'empowerment, ce qui sous-tend les activités d'un peu plus de la moitié de ce type d'organismes. Malgré des proportions qui proposent une plus grande

diversité de modèles théoriques employés par les organismes publics, près de la moitié de ces organismes font référence à l'approche systémique ou familiale, à l'empowerment, à l'approche féministe ou à l'approche psycho-éducative.

Tableau 19
Modèles théoriques qui sous-tendent l'ensemble des interventions préventives

Modèles théoriques	Organismes communautaires		Organismes publics		Total	
	n = 35	%	n = 13	%	n = 50	%
Féministe	29	82,9	6	46,2	35	70,0
Empowerment	20	57,1	6	46,2	26	52,0
Apprentissage social	7	20,0	5	38,5	13	26,0
Systémique/familiale	4	11,4	7	53,8	11	22,0
Cognitivo-behaviorale	5	14,3	5	38,5	10	20,0
Existentielle-humaniste	6	17,1	3	23,1	9	18,0
Psycho-éducative	3	8,6	6	46,2	9	18,0
Éclectique	4	11,4	4	30,8	8	16,0
Écologique/écosystémique	1	2,9	3	23,1	4	8,0
Psychodynamique-analytique-sexoanalyse	2	5,7	2	15,4	4	8,0

4.2.2 Présentation de la principale activité préventive

Comme il a été expliqué au lecteur dans la partie 3.2.2, les résultats suivants proviennent de la description de la principale activité préventive, c'est-à-dire celle qui est considérée et qui a été détaillée comme étant la plus importante ou prédominante. En ce sens, le portrait n'est pas exhaustif. Il se limite aux activités préventives que les intervenants-es ont exposées. Compte tenu de cette lacune, il a été décidé d'exposer un portrait plus général (sans différence entre les types d'organismes).

a) Types d'activité préventive

Il était tout à fait prévisible que la majorité des intervenants-es présentent une activité préventive de groupe (61%) puisque plusieurs programmes ont été élaborés dans ce cadre. Seulement deux organismes ont décrit une activité individuelle en tant que principale intervention (4%). Sans définir si elles sont individuelles ou de groupe, le tiers des activités détaillées sont décrites comme étant ponctuelles (33%). Un seul organisme a mentionné participer à un autre type d'activité, soit des activités menées dans le cadre de formation universitaire.

b) Objectifs généraux

Les objectifs généraux des activités préventives sont présentés au tableau 20. L'objectif le plus fréquemment énoncé par les intervenants-es vise à informer sur le phénomène des agressions à caractère sexuel. La moitié des interventions servent à sensibiliser la population ou à prévenir les actes de violence. Les objectifs visent donc à

aider les jeunes à reconnaître les situations d'agression et sensibiliser les adultes de l'entourage (parents, enseignants-es, etc.) aux situations d'agression sexuelle. Plusieurs répondants-es mentionnent vouloir offrir des outils aux victimes potentielles pour identifier les situations à risque et les habileter à utiliser des moyens de défense. Par ailleurs, pour plusieurs intervenants-es, les objectifs visés font aussi référence à offrir du soutien à la personne ayant vécu une situation d'agression sexuelle, briser l'isolement social souvent vécu et éviter la revictimisation.

c) Thèmes abordés

Le tableau 21 démontre la variété des thèmes abordés dans le cadre des différentes activités préventives. Parmi les thèmes analysés, celui référant aux connaissances de l'agression sexuelle est celui dont les intervenants-es ont fait le plus mention. Le second est le thème portant sur les connaissances générales sur la violence. En analysant le tableau 21, il semble que les thèmes rapportés par les intervenants-es font davantage référence à des connaissances qu'à l'acquisition d'habiletés personnelles. Les thèmes abordés les plus fréquemment concernent les différentes formes de violence, les définitions et les types d'agression sexuelle et l'importance du dévoilement. Près du quart des répondants-es mentionnent que divers aspects liés à la sexualité sont abordés dans le cadre de leurs interventions préventives.

d) Principales techniques d'intervention

Il est à noter que parmi les principales techniques d'intervention, on retrouve aussi des outils d'intervention. Nous avons préservé toutes les réponses données par les intervenants-es afin de respecter leurs propos. On remarque que plusieurs techniques d'intervention peuvent être utilisées dans le cadre des activités préventives (tableau 22). Dans l'ensemble, les techniques d'intervention qui semblent être les plus employées sont les discussions et les échanges, la théorie et l'information ainsi que les jeux de rôle et les mises en situation. Les activités dirigées, les lectures, les jeux thématiques, les activités pédagogiques et les activités scolaires sont aussi assez répandus. Dans le tableau 22, le lecteur peut prendre connaissance des exemples les plus pertinents de chacune des catégories qui ont émergé du contenu des entrevues.

Tableau 20
Objectifs généraux - Interventions préventives

Objectifs	Exemples	Total	
		n = 51	%
Éduquer à l'égard du phénomène des agressions à caractère sexuel	<p>Informar des causes et des conséquences des agressions sexuelles</p> <p>Informar par rapport aux ressources d'aide disponibles</p> <p>Apprendre à ne plus se placer en situation de risque</p> <p>Identifier les différents types d'agression sexuelle</p> <p>Reconnaître un message désagréable</p> <p>Reconnaître les situations d'abus (violence, sexuel)</p>	31	60,8
Sensibiliser / Prévenir	<p>Sensibiliser à l'adoption d'une sexualité saine et satisfaisante</p> <p>Prévenir et diminuer les facteurs de risque</p> <p>Sensibiliser le parent, l'intervenant scolaire et l'enfant</p> <p>Sensibiliser par rapport au respect de l'intimité et de leur corps</p> <p>Prévenir les agressions sexuelles</p>	26	51,0
Travailler sur soi	<p>Aider l'enfant à identifier, classer et exprimer ses sentiments</p> <p>Échanger et remettre en question leurs propres comportements</p> <p>Briser l'isolement, augmenter l'autonomie</p> <p>Promouvoir chez la jeune victime l'acquisition d'un projet de vie...</p> <p>Permettre au client de se responsabiliser</p> <p>Diminuer la vulnérabilité, augmenter le pouvoir</p> <p>Travailler l'estime de soi</p>	17	33,3
Outiller	<p>Outiller le parent à écouter l'enfant et à le protéger</p> <p>Outiller le personnel scolaire</p> <p>Fournir les outils d'intervention</p> <p>Donner des outils pour identifier les situations plus risquées</p> <p>Développer des moyens de défense</p> <p>Préparer l'enfant à se défendre en cas d'abus et offrir du soutien à ceux qui l'ont déjà vécu</p>	12	23,5
Offrir de l'aide	<p>Offrir des services aux victimes</p> <p>Aider les personnes qui en ont besoin</p> <p>Permettre aux personnes visées de comprendre la situation et de donner de l'aide</p> <p>Faire connaître les services</p> <p>Mettre sur pied un groupe de pairs aidants</p> <p>Explorer différents moyens d'intervention thérapeutique</p>	10	19,5
Promouvoir une meilleure qualité de vie	<p>Favoriser le respect de soi et des autres</p> <p>Favoriser une approche globale de la personne</p> <p>Amener les jeunes à poursuivre une vie plus satisfaisante</p> <p>Favoriser la solidarité, le support en matière de protection</p> <p>Amener à développer des moyens pour éviter d'être vulnérable</p>	9	17,6
Dénoncer le phénomène des agressions à caractère sexuel	<p>Dénoncer et dire non</p> <p>But ultime d'en venir à des changements d'attitude et de comportement</p>	8	15,7
Favoriser l'agir	<p>Offrir des pistes d'action face à l'abus</p> <p>Savoir chercher de l'aide</p> <p>Amorcer les démarches de changement</p> <p>Orienter vers l'action</p>	7	13,7
Démystifier les mythes	<p>Défaire les mythes concernant l'agression sexuelle (responsabilité de la victime, etc.)</p> <p>Soulever et détruire les préjugés</p>	6	11,8
Favoriser les relations égalitaires	<p>Réaffirmer les droits des femmes au respect, à la sécurité physique et psychologique et à l'intégrité afin qu'elles puissent agir face à la violence dans leur milieu de vie respectif et ainsi augmenter leur qualité de vie générale</p> <p>Montrer que les partenaires dans un couple ont les mêmes droits et disposent de la même volonté d'agir et de penser</p> <p>Promouvoir le développement des relations égalitaires</p>	5	9,8

Tableau 21
Thèmes abordés - Interventions préventives

Thèmes abordés	Exemples	Total	
		n = 51	%
Connaissances portant sur l'agression sexuelle	Types d'agression sexuelle; définition d'agression sexuelle; abus sexuels dans les relations amoureuses; délits sexuels; mythes; abus et exploitation sexuelle (intrafamiliaux et extrafamiliaux)	22	43,1
Connaissances portant sur la violence	Violence physique, psychologique, sexuelle et conjugale (relations amoureuses); agressions subtiles et évidentes (psychologique, verbale, sexuelle, physique); mythes et préjugés; cycles; escalade de la violence et différents types; notions de base; causes de la violence	18	35,3
Importance du dévoilement	Dénonciation/arrêt d'agir; notion du cadeau; « Le secret du petit cheval » (bons-mauvais secrets); notion de confiance; importance de divulguer une situation d'abus sexuel à un adulte chaleureux en qui l'enfant a confiance (parent, prof, intervenant, police, etc.)	15	29,4
Stratégies de prévention	Sensibilisation à la violence sexuelle et amoureuse; attitudes préventives; conseils préventifs; prévention des fausses allégations; moyens de prévention (psychologique, verbale, physique); situations à risque; développement de solutions alternatives à la violence	12	23,5
Sexualité	MTS, grossesses; développement psychosexuel; paraphilies; parties génitales; sexualité saine et satisfaisante (érotisme vs pornographie); sexe et tabous; stéréotypes et rôles; intimité; valeurs	13	25,5
Sentiments liés à l'agression	Contrôle positif et négatif; peur d'aimer; affectivité; jalousie; culpabilité; émotions; sentiments, voix intérieure; sensations	12	23,5
Aspects judiciaires	Mandats; trousse médico-légale; procédures judiciaires; traitement de plaintes; déroulement d'une plainte; notion de consentement; processus et rapport d'évaluation	10	19,6
Moyens de protection	Sécurité personnelle; sécurité des femmes; stratégies efficaces de protection; règles de sécurité; mécanismes d'auto-protection; scénarios de protection	10	19,6
Interventions	Déculpabilisation de l'enfant; attitudes privilégiées chez les intervenants; entraide des enfants; aide aux victimes (comment ça se passe après l'abus, CPEJ...); intervention de crise; témoignages de femmes victimes; moyens de soutenir une victime	10	19,6
Conséquences de l'agression sexuelle	Développement de troubles de personnalité; stress aigu plus PTSD; conséquences des agressions sexuelles	10	19,6
Bons et mauvais touchers	Intuition; attouchements; bons et mauvais touchers; messages du corps (agréables, désagréables)	8	15,7
Ressources disponibles	Ressources disponibles; ressources d'aide; services	7	13,7
Affirmation de soi et empowerment	Estime de soi; confiance en soi; affirmation de soi; responsabilisation	7	13,7
Droits	Rôle de la femme; rapports garçons/filles; liberté dans le couple; droits de chaque personne dans un couple; droits des enfants; égalité entre femmes et hommes; relation forcée	7	13,7
Implication sociale	Esprit d'action; socialisation; éveil de la conscience sociale; lutte individuelle	6	11,8
Adapter les messages	Adaptation du message selon la personne (enfant, adolescent, parent); situations compromettantes; informations justes; adaptation aux valeurs des gens; adaptation au niveau de compréhension; différence entre une situation de sécurité et de danger en présence d'adultes connus et inconnus	6	11,8
Connaissances portant sur le harcèlement	Harcèlement sexuel en milieu de travail, harcèlement sexuel, harcèlement verbal	5	9,8
Prévalence et incidence	Ampleur du phénomène, statistiques; problématique, définition, types, incidence	5	9,8
Caractéristiques des agresseurs	Qui peut être agresseur; agresseurs; notion d'inconnu	3	5,9
Caractéristiques des victimes	Qui sont les victimes d'agression sexuelle ?	1	2,0

Tableau 22
Principales méthodes d'intervention - Interventions préventives

Méthodes d'intervention	Exemples	Total	
		n = 51	%
Discussions / Échanges	Réflexions; dialogues avec les jeunes; petit groupe; animation-échange; discussions/échanges; témoignages; animation; participation active des jeunes	35	68,6
Théorie / Information	Présentation à des groupes d'adultes (CLSC, patrons, policiers); formation à la relation d'aide et les situations de crise; sessions de formation (pour les intervenants); cours magistraux; informations; enseignement théorique; théorie-information; kiosque d'information	25	49,0
Jeux de rôle / Mises en situation	Stages; jeux de rôle; mises en situation; scénario de mise en situation d'abus; mise en scène	23	45,1
Activités dirigées / Lectures	« Le secret du petit cheval »; quiz; mini-sondage; exercices écrits; questionnaire (mythes-préjugés); concours avec mythes et préjugés; question d'auto-évaluation; lectures suggérées; activités dirigées; marches exploratoires; bandes dessinées; consultations	18	35,3
Jeux thématiques / Activités pédagogiques / Activités scolaires	Session de groupe pour jeunes victimes (à l'école); rencontres de groupe et suivi individuel (combiné); jeux; activités scolaires; activités pédagogiques, brainstorming au tableau; construction de leur maison (lieu de sécurité et sens d'appartenance); enseignement; travail en petit groupe; histoire de cas; exercices en groupe; exemples de réflexions suite à un scénario; exemples par dessins	18	35,3
Moyens audiovisuels	Acétates; vidéo; chansons, CD; diapositives; internet; messages télé et émissions; visuel (affiches, mise en situation illustrée); affiches; outil (cycle de la violence); images exemples	15	29,4
Conférences	Conférences	6	11,8
Rétroaction / Modeling	Rétroaction/modeling	4	7,8
Outils	Plan d'intervention; livre à colorier; poupées fille ou gars; signets	4	7,8
Activités artistiques	Animation musicale; activité théâtrale; chroniques dans journaux; radio étudiante (thème par rapport à la violence)	3	5,9
Techniques d'apprentissage de comportement	Techniques d'apprentissages de comportement	2	3,9
Écoute active	Reflets; confrontations; empathie	1	2,0

e) Support matériel

Le support matériel le plus utilisé dans le cadre de l'activité prédominante de chaque organisme est la documentation écrite (75%). Les films, les vidéos et le matériel audio-visuel sont aussi utilisés dans une forte proportion (63%). Certains organismes font appel à des bandes dessinées (12%) pour faciliter l'apprentissage. Toutefois, quelques organismes favorisent tout autre support matériel tel que des tableaux, des acétates, du matériel artistique (crayons, papier), des costumes, des jeux, des poupées, des études de cas, des témoignages, etc.

f) Fréquence de l'activité préventive au cours d'une année

Concernant la fréquence des activités décrites par les intervenants-es, le nombre d'interventions varie d'une année à l'autre (démarrage d'intervention). Toutefois, parmi ceux qui ont répondu à cette question, on retrouve que la fréquence du démarrage de programme est assez variable. Toutefois, un peu plus du tiers des activités préventives sont offertes

d'une à cinq fois par année (1 à 5 fois : 35,6%; 6 à 20 fois : 20,0%; 21 à 40 fois : 15,5; 41 à 60 fois : 20,0%; 60 fois et plus : 8,9%).

g) Animation

L'animation des activités décrites est assurée, dans la majorité des cas, par un-e intervenant-e de l'organisme (92%). Une faible proportion des organismes mentionnent faire appel à un-e intervenant-e de l'organisme qui offre l'activité (ex. enseignant-e, animateur-trice de loisirs ou autre) (6%) ou à un-e expert-e invité-e du domaine (10%) pour animer l'activité.

h) Rencontres dans le cadre d'activités de groupe

Selon les résultats, les caractéristiques des rencontres des activités de groupe varient beaucoup. Dans ces activités, une rencontre dure en moyenne deux heures ($M = 128,32$; $ét = 112,50$) et elle dépasse rarement trois heures. La majorité des activités préventives se déroulent par le biais d'une à quatre rencontres (1 renc. : 17,2%; 2 renc. : 21%; 3 renc. : 21%; 4 renc. : 10%). Les groupes sont composés en moyenne de 22 personnes ($M = 22,32$; $ét = 20,00$). Plus de la moitié des activités décrites se déroulent de manière hebdomadaire (57%) mais une proportion appréciable rapporte des rencontres ponctuelles ou irrégulières (40%). Le fonctionnement de ces activités est plus fréquemment dans le cadre d'un groupe dit fermé (le groupe est constitué des mêmes personnes tout au long d'une session) (69%), comparativement à 31% pour les groupes ouverts (de nouvelles personnes peuvent se présenter à chaque rencontre).

CHAPITRE V

MISE EN LUMIÈRE DES BESOINS MENTIONNÉS

Le présent chapitre se divise en trois sections principales. La première section aborde trois éléments : la variation des pratiques, l'évolution des caractéristiques de la clientèle et les problématiques spécifiques rencontrées. Elle permet de résumer certains obstacles auxquels font face les organismes offrant des interventions préventives ou curatives. La seconde section est centrée davantage sur les besoins perçus en intervention auprès des victimes et en termes de pratiques préventives. Finalement, la dernière section décrit les pratiques que les organismes comptent élaborer au cours des prochaines années afin de mieux répondre aux besoins perçus.

5.1 OBSTACLES RENCONTRÉS DANS LA PRATIQUE

Afin de mieux qualifier les interventions, une série de questions visaient à cerner les variations dans les pratiques au cours des années, l'évolution des caractéristiques de la clientèle et les problématiques spécifiques rencontrées.

5.1.1 Variation de l'offre des services

En ce qui a trait à la variation des services d'aide directe, un organisme sur cinq dit que leurs services d'aide directe auprès des victimes d'agression sexuelle varient beaucoup d'une année à l'autre (21%). Cette variation des services dépend de la demande faite par la clientèle et serait, dans certains cas, liée au manque ou à l'absence de personnel. Par exemple, certains organismes rapportent que les interventions de groupe sont animées par des bénévoles. En ce sens, lorsqu'il n'y a pas de bénévoles disponibles pour animer les ateliers, les interventions de groupe ne peuvent avoir lieu. Un autre organisme précise que lorsque les personnes responsables des services d'aide directe offerts sont en congé, elles ne peuvent pas être remplacées. Un troisième facteur de la variation des services est l'augmentation de la demande d'aide ainsi que les demandes faites par une clientèle plus jeune et la question des listes d'attente mentionnée par plusieurs CALACS.

Concernant la variation des interventions préventives, près du tiers de l'échantillon total mentionnent que leurs interventions préventives en matière d'agression sexuelle varient beaucoup d'une année à l'autre (32%). Selon les explications données par les organismes, cette variation dépend, entre autres, des demandes de la clientèle. Ces demandes peuvent provenir des changements de besoins de la clientèle actuelle ou des

besoins d'une nouvelle clientèle. Les subventions reçues par les organismes sont aussi un facteur qui influence la variation des interventions préventives. Certains organismes précisent que lorsqu'ils ont moins de subventions, ils réalisent moins d'interventions préventives et vice-versa. Dans le domaine de l'évaluation de programmes, les projets de recherche sont un autre facteur qui amène des modifications dans les interventions préventives offertes. Ainsi, dans certains cas, le financement assuré par l'octroi d'une subvention de recherche pendant quelques années peut ainsi faciliter la stabilité des interventions offertes.

Comme on peut s'y attendre, comparativement aux autres types d'intervention, les actions sociales ou politiques semblent être plus variables d'une année à l'autre chez un plus grand nombre d'organismes. En effet, près de la moitié des organismes de l'échantillon total rapportent que ces types d'intervention varient beaucoup d'une année à l'autre (48%). Certains des organismes ont précisé que cette variation était influencée par le contexte social ou politique. Un autre facteur concerne les priorités établies par les groupes de travail, par les organismes, par les tables de concertation, etc. Il semble que le nombre d'actions sociales ou politiques soit influencé par la capacité de l'organisme à mettre de l'énergie dans ces activités, par exemple, la disponibilité des ressources humaines disponibles, leur financement, etc.

5.1.2 Évolution des caractéristiques de la clientèle

a) Services d'aide directe auprès des victimes

Parmi les organismes qui ont présenté leurs services d'aide directe, un seul n'a pas été en mesure de répondre aux questions portant sur les changements dans les caractéristiques de la clientèle. Le tableau 23 présente l'évolution des caractéristiques de la clientèle qui utilise les activités des services d'aide directe auprès des victimes d'agression sexuelle.

Tableau 23
Évolution des caractéristiques de la clientèle qui utilise les activités en services d'aide directe

Clientèle	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 42	%	n = 16	%	n = 12	%	n = 70	%
Aucunement	12	28,6	10	62,5	9	75,0	31	44,3
Un peu	18	42,9	2	12,5	3	25,0	23	32,9
Beaucoup	12	28,6	4	25,0	0	0,0	16	22,9

Les personnes interrogées provenant des milieux communautaires sont plus nombreuses à rapporter une évolution dans la clientèle qui consulte leurs services. Ainsi, près de 40% rapportent un changement mineur alors que près du tiers mentionnent que la

clientèle a beaucoup changé au cours des cinq dernières années. Les personnes issues des milieux privés sont moins nombreuses à rapporter des changements majeurs dans les caractéristiques de la clientèle. Une hypothèse est que compte tenu des procédures de sélection de clientèles actives dans les milieux privés, la clientèle qui sollicite des services dans ces milieux est plus stable et homogène à travers les années.

Questionnés sur les changements de clientèle, plusieurs organismes soulignent d'abord que la clientèle a beaucoup augmenté au cours des dernières années. Les personnes interrogées mentionnent aussi fréquemment que la clientèle qui consulte pour leurs services est généralement plus lourde ou aux prises avec des problèmes multiples. Ainsi, plusieurs répondants-es considèrent que les victimes font maintenant face à des problèmes de santé mentale plus importants, à des conditions économiques plus défavorables, à des problèmes de consommation plus sévères et, en d'autres termes, qu'ils-elles sont souvent confrontés-es à intervenir auprès de personnes présentant des doubles problématiques. Certains-es intervenants-es vont préciser que les femmes vont attendre plus longtemps avant de solliciter ou d'avoir accès à des services (par exemple: « Les problèmes des femmes sont plus gros, elles ont encaissé plus souvent (dépression, arrêt de travail) avant de consulter » ou encore « beaucoup de femmes ont un long cheminement dans le réseau avant de venir »).

Certains organismes ont remarqué des changements dans la nature même des agressions sexuelles pour lesquelles leur clientèle les consulte. Selon les intervenants-es interrogés-es, il y aurait plus de dévoilement en ce qui concerne l'inceste et les agressions sexuelles vécues dans le passé. Plusieurs mentionnent que les organismes qui offrent des services aux personnes ayant vécu une agression sexuelle récente ont maintenant plus de demandes provenant d'adultes qui ont été victimisés pendant l'enfance. D'autres mentionnent que les types de violence sexuelle pour lesquels les femmes consultent sont plus diversifiés (incluant par exemple, le harcèlement sexuel). Selon les propos des intervenants-es, l'agression sexuelle perpétrée par des jeunes (adolescents et jeunes enfants) sont plus souvent l'objet de demandes d'intervention qu'auparavant. De plus, certains-es répondants-es soulignent que, dans leur pratique, ils-elles sont maintenant appelés-es à intervenir dans des cas d'agression sexuelle plus sévères impliquant la violence physique et l'utilisation des armes alors que d'autres soulignent que les demandes provenant de garçons ou d'hommes ayant vécu une agression sexuelle dans l'enfance sont plus fréquentes. Pour certains organismes, la clientèle faisant appel à leurs services a rajeuni et ainsi un plus grand nombre d'enfants et d'adolescentes et adolescents sollicitent leurs interventions. D'autres organismes rapportent la venue d'une nouvelle clientèle, soit les femmes issues de

divers groupes culturels, les femmes immigrantes qui auparavant étaient moins susceptibles de demander des services pour une agression sexuelle.

Parmi les réponses offertes, soulignons que les intervenants-es ont noté que leur clientèle est mieux informée sur l'agression sexuelle et sur leurs droits comme le démontrent les extraits suivants : « Les femmes ont changé, elles sont plus outillées »; « Les parents sont mieux informés et mieux préparés »; « (Il y a) plus d'accessibilité à l'information sur la problématique. Les gens osent plus en parler, ont moins honte »; « Les femmes sont plus éduquées, elles appellent et savent c'est quoi le harcèlement sexuel. Elles savent qu'il y a des recours ». Les victimes seraient ainsi plus susceptibles de se donner le droit de consulter les organismes pour briser le silence et aussi briser leur isolement.

Principales raisons de ces changements. Quelques organismes rapportent que les raisons des changements invoqués ci-haut sont liées d'une part à des éléments sociaux tels que la désinstitutionnalisation, les conditions socio-économiques plus défavorables, le désengagement du gouvernement, l'individualisme, les changements au niveau de la famille, etc. Les extraits répertoriés font notamment référence à la détérioration de l'accessibilité aux services et aux changements suivant la réforme de la santé et au virage ambulatoire. D'autres soulignent encore le fait que les familles vivent des conditions socio-économiques plus difficiles (« les enfants sont laissés à eux-mêmes »; « manque d'emploi, plus de violence ») ou des changements dans les structures familiales (« plus de divorces »; « liens sociaux moins forts »; « soutien familial qui diminue »), ce qui augmenterait la vulnérabilité des jeunes et des femmes à l'égard de l'agression sexuelle. Certains-es répondants-es attribuent une augmentation des cas d'agression sexuelle au nombre grandissant de familles reconstituées. Nombreuses sont les personnes interrogées qui soulignent que la violence dans la société a simplement augmenté. En outre, selon certains-es intervenants-es, les jeunes vivent une sexualité plus précoce qu'auparavant et ceci pourrait les placer dans des situations à risque de vivre des agressions sexuelles.

En outre, les propos des personnes interrogées identifient d'autres éléments pouvant être liés à des changements de clientèle et à l'augmentation des demandes de service. Quelques organismes font référence à une plus grande sensibilisation des individus face à la problématique de l'agression sexuelle, à leur plus grande connaissance du phénomène de la violence ainsi qu'à une meilleure connaissance des organismes œuvrant dans le domaine de l'agression sexuelle. Ainsi, plusieurs mentionnent l'impact potentiel des médias, par exemple, « Les émissions, les reportages par rapport à l'inceste, il y a eu beaucoup d'information à ce sujet (démystifier). On récolte cette ouverture à l'importance d'en parler (on a permis aux femmes d'en parler) »; « Plus on en parle, plus les femmes consultent par

rapport à l'inceste »; « Les femmes qui brisent le silence aident les autres à venir »). D'autres vont préciser que leur organisme dénote une meilleure visibilité, ce qui amène davantage de références et de demandes de services, ou encore que le fait de développer des partenariats avec d'autres milieux amène par le fait même des demandes subséquentes additionnelles.

b) Interventions préventives

En ce qui concerne les organismes interrogés qui sont actifs au niveau des interventions préventives en matière d'agression sexuelle, près de la moitié des organismes tant communautaires que publics rapportent que les caractéristiques de leur clientèle n'ont pas changé depuis qu'ils offrent des activités préventives (47%) (tableau 24). Une proportion appréciable mentionne des légers changements, alors que près d'un organisme sur dix considère que la clientèle a beaucoup changé (12%) depuis la mise en place de tels services.

Tableau 24
Évolution des caractéristiques de la clientèle qui utilise les activités préventives

Évolution	Organismes communautaires		Organismes publics		Total	
	n = 34	%	n = 15	%	n = 51	%
Aucunement	16	47,1	7	46,7	24	47,1
Un peu	14	41,2	6	40,0	21	41,2
Beaucoup	4	11,8	2	13,3	6	11,8

Changements de la clientèle. Ainsi, certains organismes précisent qu'ils font face à une augmentation de la demande en lien, entre autres, avec une augmentation des dévoilements ou des signalements d'agression sexuelle, ou une augmentation de certaines clientèles, telles que les femmes ayant vécu l'inceste, les adolescentes ou les hommes. Certains organismes sont maintenant sollicités pour offrir des services à des organismes en employabilité, aux responsables des services de loisirs et de sport ou encore à des centres de petite enfance. D'autres mentionnent que dès que les programmes sont bien implantés dans les milieux scolaires, des demandes additionnelles sont formulées (par exemple, un organisme qui offre des services aux élèves du primaire est sollicité pour des services par les écoles secondaires). Ainsi, au fur et à mesure que les services sont mieux connus, les intervenants-es sont sollicités-es pour adapter le programme ou les ateliers de prévention dispensés.

Tout comme pour les intervenants-es dans les milieux de services d'aide, les personnes interrogées soulignent que la clientèle présente en général des problèmes plus lourds et complexes (pauvreté, problèmes de santé mentale).

Principales raisons de ces changements. Les organismes qui offrent des activités préventives en matière d'agression sexuelle ont identifié les principales raisons de ces changements de clientèle. L'une des raisons qui est rapportée par quelques organismes est

que l'évolution de leur clientèle s'explique par une plus grande visibilité de leur organisme. Ainsi, plusieurs intervenants-es ont mentionné avoir déployé des moyens pour faire connaître leurs outils et activités préventives (publicité, échanges avec d'autres intervenants-es, partenariat avec d'autres organismes). Pour d'autres, la présentation des ateliers en milieu scolaire permet de mieux démystifier les services offerts par leur organisme et, par le fait même, amène une demande accrue.

Certains organismes considèrent que la population a une plus grande capacité à discuter des agressions sexuelles ou se sent davantage en confiance pour en parler. De cette façon, les enseignants-es, par exemple, peuvent être plus sensibilisés-es à aborder le thème de l'agression sexuelle et plus susceptibles de faire appel aux services offerts pour l'animation d'ateliers de prévention. Selon certains-es, les demandes pour diffuser des programmes de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes adolescents-es découlent de l'augmentation perçue des cas de violence.

5.1.3 Problèmes spécifiques rencontrés par les victimes

Les organismes ont identifié les problèmes spécifiques que rencontrent les victimes d'agression sexuelle qui participent aux activités ou services qui requièrent, dans certains cas, un transfert à d'autres organismes. Ces résultats figurent au tableau 25.

Tableau 25
Problématiques spécifiques identifiées

Problématiques	Organismes communautaires		Organismes publics		Organismes privés		Total	
	n = 42	%	n = 17	%	n = 12	%	n = 71	%
Troubles de santé mentale et dépression	30	71,4	14	82,4	7	58,3	51	71,8
Troubles de consommation	29	69,0	11	64,7	3	25,0	43	60,6
Troubles du comportement alimentaire	10	23,8	5	29,4	4	33,3	19	26,8
Suicide	6	14,3	2	11,8	3	25,0	11	15,5
Violence	8	19,0	1	5,9	1	8,3	10	14,1
Prostitution	7	16,7	2	11,8	0	0,0	9	12,7
Difficultés socio-économiques	5	11,9	2	11,8	0	0,0	7	9,9
Autres troubles spécifiques	4	9,5	2	11,8	1	8,3	7	9,9
Difficultés judiciaires	2	4,8	1	5,9	1	8,3	4	5,6

Les données recueillies permettent de constater que plus souvent qu'autrement les intervenants-es ont à composer avec des situations de « doubles problématiques ». Ainsi pour la majorité des organismes, l'agression sexuelle est souvent accompagnée d'éléments reflétant soit les conséquences de l'agression ou encore des variables concomitantes. Parmi les situations spécifiques rencontrées par les victimes, les problématiques les plus courantes sont les troubles de santé mentale incluant la dépression et la toxicomanie

(consommation abusive d'alcool ou de drogues). En outre, il importe de souligner que selon les personnes interrogées, près du tiers des organismes rencontrent des victimes aux prises avec des troubles du comportement alimentaire, telles que l'anorexie, la boulimie ou autres. Une proportion non négligeable des organismes se retrouvent en présence de victimes aux prises avec des situations de violence physique. De plus, les intervenants-es seraient souvent appelés-es à composer avec des comportements liés au suicide et à la prostitution. La clientèle consultant en milieu privé se distingue particulièrement au niveau des troubles de consommation, qui seraient moins fréquemment présents. D'autres situations concomitantes sont rencontrées telles que les besoins de sécurité, les situations de crise, les problèmes médicaux, les comportements d'automutilation, etc.

La majorité des organismes ont prévu des procédures de référence dans les cas où les victimes d'agression sexuelle requièrent d'autres services ou organismes (79%). Notons que le transfert à d'autres services est plus fréquent dans les milieux communautaires (81%) et publics (94%) que dans les milieux d'interventions privées (50%).

Parmi les procédures de transfert dans le cas où les victimes requièrent d'autres services ou organismes, certains organismes vont référer la clientèle vers un autre centre (par exemple, une clinique de pédopsychiatrie, un centre de réadaptation en toxicomanie, une clinique médicale, un centre de crise, un CLSC, un-e psychologue en pratique privée, le médecin traitant, un centre de femmes, une clinique jeunesse ou un organisme en violence conjugale). Certains organismes collaborent avec d'autres intervenants-es ou organismes, tels-les que des médecins, des psychiatres, des intervenants-es des milieux hospitaliers ou de CLSC, des policiers-ères, d'autres organismes communautaires et des centres de désintoxication. Quelques organismes favorisent l'autonomie de la clientèle en lui laissant l'initiative des démarches tout en la soutenant et en lui offrant des suggestions, ou en la référant vers les ressources. D'autres organismes accompagnent la personne en la soutenant dans ses démarches. Certains organismes fournissent des informations aux victimes et leur fournissent des références ou des ressources.

5.2 BESOINS IDENTIFIÉS

Dans le cadre de l'entrevue, les intervenants-es ont eu à identifier les besoins pour lesquels il n'y a pas de service offert et ce, pour les services d'aide directe et les interventions préventives.

5.2.1 Services d'aide directe auprès des victimes

La majorité des organismes qui offrent des services d'aide directe aux victimes d'agression sexuelle ont identifié des besoins en ce domaine pour lesquels il y a nette insuffisance dans les services offerts actuellement (87%) (organismes communautaires : 90%; organismes publics : 76%; organismes privés : 92%).

Les besoins identifiés répertorient notamment l'offre des services destinés à des clientèles spécifiques, particulièrement les services destinés aux jeunes garçons et adolescents victimes et aux hommes ayant vécu une agression sexuelle récente ou pendant l'enfance. D'autres identifient des groupes particulièrement à risque de vivre des agressions sexuelles pour lesquels des interventions spécifiques apparaissent nécessaires (déficience intellectuelle, travailleurs-ses du sexe, transsexuels-les, personnes homosexuelles, populations autochtones, personnes présentant des handicaps physiques). Le besoin d'élaborer des services permettant de rejoindre les populations anglophones et allophones et de tenir compte de la diversité culturelle sont aussi répertoriés. Des services qui tiennent compte des nombreuses doubles problématiques présentées (agression sexuelle et problèmes de santé mentale, dépression et suicide, toxicomanie) sont aussi abondamment soulignés.

Plusieurs intervenants-es interrogés-es ont identifié la nécessité d'élaborer des services axés sur les proches des victimes d'agression sexuelle, soit les parents de l'enfant qui dévoile une agression sexuelle et qui peuvent eux-mêmes avoir vécu une agression sexuelle pendant l'enfance; on identifie donc un besoin de soutien pour les proches des victimes suite au dévoilement. Certains-es vont proposer des groupes d'entraide pour les parents non-abuseurs des victimes. De plus, plusieurs font mention de la nécessité de considérer les problèmes de couple lors du dévoilement d'une agression sexuelle récente ou passée. À cet égard, certains-es répondants-es soulignent la pertinence d'élaborer des services permettant d'assurer du soutien et de l'aide pour les conjoints-es des victimes d'agression sexuelle.

Plusieurs répondants-es ont souligné le peu de services disponibles dans les cas d'agressions commises à l'égard des enfants par un tiers. Ainsi, les intervenants-es signalent l'absence de services dans le contexte d'agressions extrafamiliales et les cas qui ne sont pas pris en charge par les services de protection (par exemple, lorsque le signalement n'est pas retenu, l'agresseur ne vit pas avec l'enfant et la mère a pris les mesures nécessaires pour assurer la sécurité de l'enfant). De même, certains-es ont mentionné l'absence de services dans les cas où l'agresseur impliqué est un enfant ou un jeune adolescent.

Finalement, certains-es intervenants-es identifient la nécessité d'offrir des services à plus long terme qu'ils ne le sont actuellement pour les enfants, adolescents-es et les femmes adultes victimes d'agression sexuelle. D'autres considèrent que des services devraient être disponibles afin de sensibiliser divers groupes d'intervenants-es (médecins, psychologues, policiers-ères, intervenants-es des milieux scolaires) à la problématique de l'agression sexuelle et des modalités de dépistage et d'intervention. Selon les propos recueillis, les besoins identifiés comprennent en outre des mesures de dépistage et des services d'urgence pour les jeunes confrontés à des situations d'agression sexuelle, et davantage de lignes d'écoute pour les victimes.

La difficulté en termes d'accessibilité des services pour les victimes, en terme de frais requis et de disponibilité (liste d'attente) est aussi relevée par les répondants-es. Selon les intervenants-es interrogés-es, les victimes ou les parents se voient souvent contraints de mettre fin à l'intervention puisque des frais doivent être déboursés lorsqu'un nombre de rencontres prédéfini est atteint. De plus, plusieurs signalent que la non-disponibilité des services est un enjeu important, particulièrement dans les régions éloignées.

Lorsque interrogés-es sur les besoins en termes de services d'aide directe aux victimes, certains intervenants-es soulignent la nécessité de rendre disponible davantage de services qui assurent un accompagnement de la victime au plan des procédures judiciaires, souvent nécessaires suite à une agression sexuelle. Certains-es proposent d'établir des services distincts selon les problématiques (par exemple, un service d'intervention de groupe distinct pour les victimes d'agression récente et un groupe pour les victimes d'inceste pendant l'enfance); d'autres encore identifient un besoin en termes de ressources d'hébergement pour les victimes d'agression sexuelle.

Quant aux solutions envisagées, les intervenants-es ont majoritairement indiqué la nécessité d'injecter des sommes supplémentaires permettant de répondre aux besoins identifiés. Ces sommes pourraient être utilisées pour créer de nouveaux services et aussi réduire les listes d'attente dans les services qui sont déjà en place. Plusieurs ont mentionné la pertinence de créer des ressources additionnelles, notamment d'autres CALACS, et de favoriser un maillage plus étroit entre les ressources dans le domaine. Enfin, selon certains-es répondants-es, une meilleure réponse aux besoins identifiés nécessite la formation de personnel qualifié, la formation d'équipes multidisciplinaires en matière d'agression sexuelle, voire même d'équipes qui peuvent se déplacer pour mieux répondre aux besoins des victimes.

5.2.2 Interventions préventives

Parmi les organismes qui offrent des interventions préventives, la majorité ont identifié des besoins en matière de prévention des agressions sexuelles pour lesquelles il n'y a pas de services offerts (79%) (organismes communautaires : 86%; organismes publics : 73%).

En ce qui concerne les besoins identifiés, une certaine proportion des organismes ont perçu que des interventions devraient être adaptées pour rejoindre des clientèles spécifiques (39%). Dans cette catégorie, il y a, d'une part, les clientèles non rejointes par les organismes et pour lesquelles il existerait des interventions (par exemple, les enfants, les adolescentes, les adolescents agresseurs, les jeunes, les hommes, les conjoints agresseurs, les agresseurs, les familles). D'autre part, plusieurs identifient le besoin d'élaborer de nouvelles interventions pour des populations qui leur semblent particulièrement à risque comme les enfants qui ont des problèmes de comportement liés à la sexualité, les femmes transsexuelles, les personnes présentant des handicaps physiques ou intellectuels, les hommes gais, la clientèle défavorisée, les individus présentant un passé de victimisation.

Près du quart des organismes ont identifié des besoins quant aux services en matière de prévention de l'agression sexuelle dans les régions éloignées (27%). Les besoins liés aux ressources ont été identifiés aussi par près du quart des organismes (27%). Ainsi, certains organismes ont discuté de la forte demande qui leur ait faite. D'autres ont fait référence au manque de services, de programmes ou d'intervenants-es dans le milieu. De plus, le quart des organismes ont précisé des besoins visant l'adaptation des interventions préventives pour des groupes issus des diverses communautés culturelles. Parmi ces organismes, certains voudraient recevoir de la formation adéquate leur permettant d'offrir, par la suite, des services aux divers groupes.

Une certaine proportion des organismes ont perçu des besoins dans les milieux de garde et dans le milieu scolaire (12%). Les intervenants-es mentionnent, par exemple, le manque de financement, le manque de soutien disponible aux élèves et aux enseignants-es malgré la forte demande. Environ un organisme sur dix a fait référence à la prévention quant aux besoins à combler en matière de prévention des agressions sexuelles (12%). Les intervenants-es mentionnent qu'il ne se fait pas suffisamment d'interventions préventives. Le phénomène de l'agression sexuelle serait encore tabou et les agressions sexuelles ne seraient pas suffisamment dénoncées (par exemple : « Dans la municipalité, soupçon d'un nombre important d'abus (culture, cercle fermé) mais pas de dénonciation (loi du silence) »). Les adolescents sont aussi identifiés comme une cible prioritaire pour qui veut prévenir les agressions sexuelles.

En ce qui concerne les types d'organismes, les organismes communautaires ont identifié comme besoin l'adaptation des interventions à des clientèles spécifiques, incluant les groupes culturels ainsi que les services dans les régions éloignées, tandis que les organismes publics ont aussi identifié l'adaptation des interventions à des clientèles spécifiques. Il est à noter qu'aucun organisme public n'a identifié le besoin de services dans les régions éloignées. Cependant, ce besoin est une préoccupation importante des répondants-es œuvrant dans les milieux communautaires.

Les organismes ont proposé des moyens pour combler les besoins identifiés. Le moyen identifié par plusieurs (41%) est de développer des services permettant de mieux rejoindre la clientèle (« offrir les interventions selon une plage horaire (étendue) »; « faire des tournées dans les différentes écoles »; « faire des tournées dans les milieux de travail » et élaborer des outils adaptés à des clientèles particulières.

Le second moyen proposé est d'injecter du financement (28%). Les répondants-es proposent d'injecter du financement dans leurs organismes mais aussi d'augmenter les budgets des écoles afin que ces dernières puissent engager les organismes ou les personnes compétentes pour effectuer des interventions préventives en matière d'agression sexuelle. Le quart des organismes considèrent aussi l'importance de combler les besoins d'élaboration et d'implantation de programmes (26%). Ainsi, ces organismes suggèrent d'effectuer une analyse des besoins, de favoriser une application soutenue et régulière du programme ou l'intégration des activités de prévention dans le programme scolaire régulier.

Une proportion des organismes mentionnent que d'effectuer davantage de sensibilisation pourrait combler certains besoins (18%). Cette sensibilisation doit être faite à propos de l'agression sexuelle mais aussi pour des thèmes plus précis tels l'agression sexuelle impliquant les personnes considérées plus à risque (par exemple, personnes présentant une déficience intellectuelle). De plus, la sensibilisation doit viser principalement les milieux sociaux et scolaires et aussi les parents, qui sont souvent perçus comme réticents à ce que le sujet de la sexualité soit abordé avec leurs enfants.

Près d'un organisme sur dix discute des causes de l'insatisfaction des besoins (13%). Ces organismes rapportent qu'ils ne peuvent répondre à tous les besoins par manque de personnel, qu'ils ont beaucoup de travail et qu'ils ont un manque de ressources humaines mais aussi de ressources financières. Certains organismes mentionnent que pour combler les besoins, il faudrait d'abord développer davantage d'organismes (8%).

5.3 DÉVELOPPEMENT ÉVENTUEL D'AUTRES PRATIQUES

Suite à leur travail dans le domaine des agressions sexuelles qui leur a permis de constater certains besoins, certains organismes envisagent d'élaborer d'autres pratiques, interventions ou services afin de répondre davantage aux besoins de leur clientèle.

5.3.1 Services d'aide directe auprès des victimes

Un certain nombre d'organismes offrant des services d'aide directe aux victimes d'agression sexuelle envisagent le développement de nouveaux services au cours des prochaines années. Ainsi, la moitié des intervenants-es œuvrant dans les organismes communautaires identifiés visent la mise en place de nouveaux services. Près du tiers (29%) des répondants-es des organismes publics et le quart (25%) des professionnels-les des milieux privés envisagent aussi d'établir de nouvelles pratiques pour aider les victimes d'agression sexuelle.

L'éventail des services pressentis est vaste et varié. Certains des services viseront la formation de groupe d'intervenants-es particuliers-ères, tels des ateliers pour les membres des corps policiers ou encore la formation pour les divers-es intervenants-es des milieux de la santé et des services sociaux. D'autres visent la mise en place de services pour des clientèles qui ne sont pas rejointes actuellement par l'ensemble de leurs pratiques (par exemple, des services spécifiques pour les jeunes adolescents, les hommes ou encore des interventions visant conjointement l'enfant et les parents ou encore visant à offrir le soutien aux parents dont l'enfant a été agressé). Au cours des prochaines années, des services destinés aux personnes issues de diverses communautés ethnoculturelles sont susceptibles d'être offerts. Un projet en élaboration avec des procureurs vise à faire part aux victimes des conditions de remise en liberté des agresseurs.

Parmi les projets anticipés, les intervenants-es mentionnent vouloir établir de nouvelles modalités ou techniques d'intervention, telles offrir davantage d'intervention individuelle, ou encore mettre en place des cafés-rencontres afin d'offrir un lieu d'échanges pour les femmes ayant vécu une agression sexuelle.

Finalement, certaines des personnes interrogées mentionnent que des recherches en cours vont fournir les données nécessaires pour déterminer comment modifier les services offerts alors que d'autres discutent de la possibilité d'étendre les services à d'autres régions, et notamment de mettre en place des points de services dans les régions où il y a peu de services actuellement pour les victimes.

5.3.2 Interventions préventives

Un peu plus de la moitié des organismes qui offrent des interventions préventives envisagent de développer d'autres interventions en matière de prévention des agressions sexuelles (52%) (organismes communautaires : 51%; organismes publics : 60%).

Les propos des intervenants-es soulignent ainsi la pertinence d'élaborer des services pour des clientèles spécifiques, d'adapter des contenus spécifiques et d'offrir des services dans des milieux particuliers. Ainsi, certains organismes envisagent de développer, d'améliorer les interventions, de poursuivre ou d'étendre à d'autres niveaux scolaires les interventions préventives faites auprès des enfants ou des jeunes (par le biais des centres de petite enfance, des services de garde en milieu scolaire). D'autres visent à adapter les outils pour rejoindre de nouvelles clientèles (par exemple, intégrer des activités formelles en matière d'agression sexuelle au Cégep) ou encore pour permettre de rejoindre davantage les jeunes (par le biais des milieux associés aux sports et aux loisirs).

D'autres organismes évoquent le désir de développer ou d'adapter des interventions préventives pour une clientèle spécifique, telle que les femmes transsexuelles, les couples et les familles, les femmes immigrantes, la clientèle des bars, les services de garde en milieu scolaire, les entreprises, les centres de petite enfance, la clientèle des milieux sportifs et celle des loisirs municipaux.

De plus, quelques-uns des organismes envisagent de développer des interventions préventives pour les agresseurs sexuels, potentiels ou accomplis, et les personnes de leur entourage, telles que les parents, et axer leurs interventions sur des clientèles considérées plus à risque, telles que les familles reconstituées.

Certains organismes mentionnent avoir déjà des projets ou programmes (nouveaux ou anciens) qui permettraient d'établir des projets pilotes, d'intégrer de nouveaux éléments (par exemple, des informations sur le plan juridique) ou simplement d'améliorer les interventions déjà existantes. Quelques organismes disent vouloir développer des interventions préventives destinées aux adultes, notamment en tentant de les rejoindre par les milieux de travail et en axant leurs activités pour sensibiliser et responsabiliser les hommes face à la violence en faisant la promotion des relations égalitaires.

Parmi les autres interventions envisagées pour les prochaines années, notons des programmes visant à mieux déceler les comportements de harcèlement sexuel en entreprise, les activités visant à prévenir les agressions sexuelles dans les bars et les moyens à considérer pour réduire la pédophilie par le biais d'Internet. D'autres entrevoient orienter davantage leurs interventions vers le développement sain et l'éducation sexuelle des jeunes. Finalement, certains organismes souhaitent consolider davantage les interventions

préventives offertes, par exemple, en poursuivant ces activités, en les offrant de façon continue ou en rendant leur diffusion permanente.

CHAPITRE 6

SYNTHÈSE ET ENJEUX IDENTIFIÉS

Les données empiriques recueillies au cours des dernières années ont permis de mieux cerner les répercussions des agressions sexuelles. Ainsi, les enfants ayant dévoilé une agression sexuelle sont susceptibles de démontrer des problèmes d'anxiété, de dépression, d'agressivité, de somatisation, de même que des symptômes post-traumatiques et des conduites sexualisées. Récemment, les études ont aussi identifié la prévalence élevée de situations de victimisation sexuelle dans le cadre des premières relations amoureuses et des conséquences néfastes qui s'ensuivent. En outre, plusieurs intervenants-es et chercheurs-es témoignent des conséquences des agressions sexuelles récentes de même que des répercussions à long terme chez les femmes adultes ayant vécu une agression pendant l'enfance. Les femmes agressées sexuellement sont susceptibles de montrer des troubles de consommation liés à l'alcool et aux drogues, d'être plus à risque pour un éventail de symptômes psychosociaux et de vivre une revictimisation. La présence de conséquences négatives souligne la pertinence d'offrir des services d'aide directe adaptés aux besoins des enfants, des adolescents-es et des adultes ayant vécu une agression sexuelle.

La présente analyse avait pour but de répertorier les pratiques québécoises en matière d'agression sexuelle, tant pour les services d'aide directe que pour les interventions préventives. Cette description des services offerts ne saurait être exhaustive, mais offre toutefois une première analyse des pratiques existantes. La principale qualité de cet ouvrage est de fournir un portrait à un moment précis d'un très grand nombre d'organismes québécois voués à l'aide aux victimes d'agression sexuelle. En effet, plus de 89 organismes ont été analysés. L'étude comporte néanmoins certaines limites, notamment en ce qui concerne le contenu de l'entrevue. Afin de réaliser l'entrevue dans un temps raisonnable, l'intervieweuse, après quelques questions générales, amenait le-la représentant-e de l'organisme à décrire plus en profondeur une seule activité principale de l'organisme. Ce sont donc les questions générales et la section sur l'activité principale qui forment le corps des données. Cette stratégie de se restreindre à une activité principale a pu moins bien convenir à certains organismes offrant une panoplie de services. Ainsi, il faut conclure que les activités offertes au Québec sont encore plus nombreuses que ce que ce rapport souligne. Cependant, notre stratégie met bien en valeur les forces des organismes et donne un aperçu de la variété des services. Dans cette dernière partie du rapport, nous tenterons

de faire une synthèse des différentes informations que nous avons recueillies auprès des organismes. Enfin, les principaux enjeux identifiés seront notés à la lumière des données colligées auprès des intervenants-es et de la recension des écrits.

6.1 SYNTHÈSE

6.1.1 Services d'aide directe pour les enfants et les adolescents-es

Tout d'abord, en ce qui concerne les services d'aide directe offerts aux enfants et aux adolescents-es, plusieurs organismes participants proposent une intervention spécifique pour ces populations. Une victime aux prises avec cette difficulté pourra, dans un premier temps, avoir accès aux services médicosociaux disponibles dans les centres hospitaliers des différentes régions du Québec. En effet, l'une des premières interventions accessibles aux jeunes est l'intervention médicosociale avec l'utilisation de la trousse médicolégale ou de la trousse médicosociale sans prélèvements médicolégaux. Il est à noter que les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (Gouvernement du Québec, 2001a) accordent une importance à ces outils d'intervention et à l'identification des centres désignés. En effet, deux des mesures mises en place par le gouvernement du Québec (2001c) concernent ces outils, soit d'une part, l'application systématique des troussees auprès de toutes les victimes d'agression sexuelle (mesure 48), et d'autre part, la désignation et la reconnaissance des centres désignés dans chaque région (mesure 18). Subséquemment, ou de façon concomitante, l'enfant / l'adolescent-e pourra faire appel aux services d'écoute téléphonique promulgués dans certains milieux d'intervention. Grâce à ces services d'écoute, la jeune victime pourra se sentir comprise face à ce qui lui arrive, pourra recevoir des conseils pertinents ou bien être référée à des organismes spécialisés auprès de cette clientèle.

Les milieux spécialisés pour les enfants et les adolescents-es proposent des services divers incluant des interventions individuelles, de groupe ou familiales. Avec les enfants d'âge préscolaire et scolaire, la plupart des milieux de pratique utilisent des techniques de jeu pour aider la jeune victime à exprimer ses sentiments et ses pensées à l'égard de l'agression, à comprendre les effets de ces traumatismes sur son fonctionnement et à développer des stratégies d'autoprotection, et ce, indépendamment de l'approche théorique préconisée. Ceci implique l'utilisation, à des degrés divers, d'outils comme le jeu libre, le dessin, les histoires à raconter, l'art, les jeux de rôle, etc. Il est important de souligner qu'il existe moins de services pour les populations préscolaires en comparaison aux interventions promulguées pour les 7-12 ans. Avec les adolescents-es, les méthodes d'intervention

ressemblent davantage à celles qui sont employées auprès des populations adultes. Le face à face pourra être à l'occasion accompagné d'autres outils comme le dessin et les productions artistiques tels que retrouvés dans les interventions faites auprès des populations infantiles et des adultes. L'intervention de groupe est souvent privilégiée avec les adolescents-es puisqu'elle favorise les échanges entre personnes du même âge et qu'elle vise à briser l'isolement souvent ressenti chez les victimes adolescentes d'agression sexuelle.

Plusieurs approches théoriques servent de trame de fond aux interventions proposées aux enfants et aux adolescents-es. Au Québec, certains organismes ont basé l'ensemble de leurs services sur des concepts théoriques propres à l'approche familiale ou systémique en offrant des interventions non seulement à la jeune victime, mais aussi aux parents non-agresseur, à la fratrie et même aux agresseurs dans certains des cas. Évidemment, ceci n'indique en aucun cas que les concepts, les techniques et les outils des autres conceptualisations théoriques ne sont pas utilisés dans les interventions. D'ailleurs, plusieurs milieux proposent des interventions individuelles, de groupe ou familiales, impliquant plus qu'une façon d'intervenir ou de conceptualiser la dynamique sous-jacente aux difficultés retrouvées chez les jeunes victimes.

Enfin, certains milieux de pratique ont développé des interventions spécifiques pour les parents non-agresseurs. Comme il est clairement identifié dans les écrits scientifiques, le soutien maternel (dans la plupart des cas) joue un rôle primordial dans l'adaptation du jeune agressé sexuellement (Manion & al., 1998; Massat & Lundy, 1998; Verduyn & Calam, 1999). En s'appuyant sur les résultats empiriques et sur leur expérience clinique, quelques intervenants-es proposent des interventions, la plupart du temps sous un format de groupe, pour aider les parents non-agresseurs à soutenir leur jeune face à cette épreuve. Bien entendu, ces groupes visent aussi à offrir du soutien aux parents qui peuvent aussi être troublés par ce qui arrive. De plus, considérant qu'un nombre important de mères présenteront elles-mêmes des antécédents de victimisation sexuelle dans leur passé, l'intervention pourra permettre de valider les émotions ressenties.

6.1.2 Services d'aide directe pour les adultes

En ce qui a trait aux services d'aide directe pour les adultes, les résultats de l'analyse des pratiques montrent clairement qu'il existe une grande variété d'interventions disponibles pour les femmes agressées sexuellement dans l'enfance. Plusieurs milieux de pratique offrent également des services pour les femmes qui ont vécu cette situation plus récemment. D'abord, tout comme pour les enfants et les adolescents-es, les femmes peuvent avoir recours aux services médicosociaux des divers centres hospitaliers québécois.

Ce service est évidemment plus fréquemment utilisé par les femmes qui ont été agressées récemment. L'examen médicosocial permet de rassurer la victime sur son état de santé physique, d'évaluer les répercussions à court terme de l'agression, d'offrir du soutien, ainsi que de recueillir les preuves qui pourront servir dans les causes judiciairisées. Des services de crise ont été développés dans divers milieux d'intervention incluant l'écoute téléphonique à proprement parler tout comme le soutien à court terme pour aider la personne en situation de détresse. L'accompagnement dans les procédures policières et judiciaires correspond à un des services que promulguent certains centres d'intervention. Ce service est disponible pour les femmes ayant vécu une agression sexuelle dans un passé récent, tout comme pour celles qui ont connu cette situation au cours de leur développement.

Les interventions individuelles et de groupe retrouvées dans les différents organismes s'adressent autant aux adultes agressés dans leur enfance ou leur adolescence qu'aux personnes victimes d'une agression récente. À noter toutefois que les services spécialisés pour cette dernière population sont moins nombreux, représentant par le fait même un manque identifié par les répondants-es. Plusieurs des interventions sont offertes selon un format structuré comprenant un nombre prédéterminé de séances avec des objectifs assez semblables pour un individu ou un autre, tandis que d'autres milieux préconisent une intervention spécifiquement adaptée à la personne.

La proportion d'interventions individuelles observée chez les organismes participants est semblable à celle des interventions de groupe. De plus, les intervenants-es vont souvent recommander que les victimes aient débuté ou complété une thérapie individuelle avant de se joindre à un groupe d'intervention. Les objectifs poursuivis dans chacun de ces formats se ressemblent (reconnaissance des effets de l'agression sur le fonctionnement actuel, identification des personnes pouvant offrir un soutien dans l'entourage, etc.), tout en étant parfois adaptés en fonction du type d'intervention (bris de l'isolement dans le cas des interventions de groupe, par exemple). À noter que la façon d'intervenir au Québec est semblable à celle que l'on retrouve dans les études empiriques évaluant l'efficacité des interventions auprès des populations américaines.

La plupart des milieux qui ont participé à cette étude privilégient l'intervention de type féministe ou d'empowerment auprès des femmes adultes. En ce sens, plusieurs milieux visent à redonner du pouvoir aux femmes et à les aider à reprendre du contrôle sur leur vie. De plus, les intervenants-es souhaitent que les victimes qui fréquentent leurs services reprennent confiance en elles, comprennent mieux les effets des agressions sur leur vie et ne se sentent pas coupables face à ce qui est arrivé. Tout comme pour les

interventions auprès des enfants et des adolescents-es, d'autres techniques et outils propres aux autres approches théoriques sont également utilisés à des degrés divers.

Des milieux de pratique ont développé des services pour des populations plus particulières, par exemple les travailleuses du sexe. Les hommes agressés dans l'enfance sont également desservis par quelques-uns des organismes participants. Cependant, force est de constater que les ressources accessibles aux populations spécifiques ou « non majoritaires » sont beaucoup moins nombreuses en comparaison aux interventions accessibles aux femmes en général.

6.1.3 Interventions préventives

En ce qui concerne les interventions préventives recensées, l'analyse effectuée auprès des répondants-es permet de relever des approches novatrices. Par ailleurs, l'analyse permet de dégager certaines constantes. Ainsi, très peu d'organismes offrent des approches ciblées, la plupart adoptant plutôt une approche universelle qui se centre sur les jeunes et les femmes comme victimes potentielles. Les initiatives visant la prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants sont majoritairement dispensées en milieu scolaire et sont inspirées du modèle de l'empowerment et de l'approche féministe.

Les ateliers de prévention offerts font généralement appel à une variété d'outils (marionnettes, chansons, pièces de théâtre, vidéos, etc.) afin de susciter l'échange et la discussion quant aux moyens à prendre pour éviter les situations abusives. De plus, les animateurs-trices d'ateliers utilisent différentes techniques d'apprentissage comportemental (modeling, jeux de rôle, renforcement). L'enfant est généralement amené à reconnaître les situations potentiellement abusives et il apprend à s'affirmer, à dire NON et à dévoiler à un adulte de confiance. Certains organismes assurent un suivi auprès des élèves suite à la présentation des ateliers afin de recueillir les confidences des participants-es ou de soutenir les membres du personnel scolaire dans l'éventualité d'un dévoilement.

Dans certains cas, les initiatives implantées vont simultanément tenter de rejoindre les parents et les membres du personnel scolaire afin d'assurer des retombées plus importantes à leur intervention. Généralement, des sessions de sensibilisation, pendant lesquelles sont discutés notamment les attitudes et les comportements de soutien à promouvoir face à une victime qui dévoile une situation d'agression, sont les moyens déployés pour impliquer les adultes.

Quant aux interventions préventives visant davantage la clientèle adolescente, bon nombre d'organismes ont élaboré et implanté dans leurs milieux respectifs des programmes visant à prévenir la violence sexuelle. Pour plusieurs organismes, le thème de l'agression

sexuelle est discuté dans le cadre plus large de la violence dans les relations amoureuses ou des fréquentations, les interventions abordent également la violence psychologique et physique. La majorité des programmes sont aussi dispensés en milieu scolaire et utilisent une grande panoplie d'outils (vignettes, vidéo, histoire de cas, etc.) afin de susciter l'échange entre les adolescentes et les adolescents y participant. À l'aide de jeux de rôle, on tente de fournir aux jeunes des outils pour identifier les situations à risque et de modifier leurs attitudes face aux comportements de violence. Certaines des interventions répertoriées adoptent une approche visant aussi à favoriser la prise en charge d'actions préventives dans leur milieu et offrent un soutien à ces démarches.

Finalement, plusieurs organismes promulguent des pratiques préventives par le biais de sessions de sensibilisation ou de cours d'autodéfense offerts aux femmes adultes et, dans certains cas, aux adolescentes. Par ailleurs, afin de tenter d'enrayer le phénomène des agressions sexuelles, des sessions de formation sont offertes aux divers groupes d'intervenants-es susceptibles de côtoyer des enfants, adolescents-es ou adultes aux prises avec ce problème.

6.2 ENJEUX IDENTIFIÉS

La présente analyse permet de dresser un portrait des pratiques curatives et préventives en matière d'agression sexuelle et certains enjeux peuvent être soulignés. Ceux-ci seront discutés sous trois rubriques, soit les enjeux liés à la formation, supervision et diffusion, ceux qui concernent le développement d'éventuelles pratiques et finalement, les enjeux identifiés au plan de la recherche et de l'évaluation.

6.2.1 Formation, supervision et diffusion

Dans ses Orientations en matière d'agression sexuelle, le gouvernement du Québec (2001c) a mis en place plusieurs mesures particulièrement pertinentes au plan de la formation des intervenants-es œuvrant auprès des victimes (mesures 39 et 41). Plus encore, l'on identifie le besoin de formation du personnel des milieux scolaires et de garde, de manière à les outiller pour faire du dépistage, pour soutenir les enfants et les adolescents-es lorsqu'ils-elles dévoilent une expérience d'agression sexuelle, et pour mieux les aider à faire de la prévention (mesures 43, 44, 45).

Dans la présente analyse des pratiques, certains-es intervenants-es ont manifesté un désir d'avoir accès à des sessions de formation et de perfectionnement. Un enjeu apparaît donc lié à la formation continue, qu'elle soit théorique ou pratique, des intervenants-es travaillant dans les différents milieux publics, communautaires et privés. À noter que

l'Université Laval à Québec, propose un micro-programme de formation continue en agression sexuelle. Ce programme semble par contre peu connu dans le milieu. Le personnel enseignant pourrait toutefois être sollicité pour offrir des sessions de formation aux intervenants-es. D'autres spécialistes de l'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle travaillant dans les milieux universitaires et pratiques pourraient être mis à contribution pour partager leur savoir et leur expertise.

Par ailleurs, l'analyse des pratiques montre que plusieurs des intervenants-es interrogés-es aimeraient avoir des échanges plus nombreux avec les autres centres qui travaillent avec la même clientèle. Bien entendu, il existe des regroupements québécois (CALACS, ESPACE). Cependant, plusieurs autres milieux d'intervention sont isolés. Il serait à l'avantage de tous que des liens soient créés permettant la promotion de certaines pratiques déjà existantes et le partage d'une expertise commune. En effet, des services d'aide directe et préventifs existent depuis de nombreuses années au Québec (par exemple, les CALACS, Parents-Unis et ESPACE). Toutefois, certains-es ne connaissent pas en détail ces interventions. Un plus grand partage des expertises est souhaitable et désiré. Ces échanges pourraient avoir comme bénéfice de mieux orienter le développement et l'amélioration des services présentement offerts et de faire connaître les méthodes et les outils qui semblent les plus efficaces auprès de cette clientèle.

6.2.2 Développement de pratiques

La majorité des personnes interrogées identifient des besoins en matière de services d'aide (87%) ou d'initiatives de prévention (79%). L'un des constats pouvant être tiré de la présente étude est le peu de services pour des sous-groupes d'individus ayant à faire face à cette problématique sociale. D'abord, les milieux d'intervention québécois semblent offrir peu de services pour les enfants d'âge préscolaire. Certes, plusieurs interrogations demeurent dans les cas d'agression sexuelle chez cette population (véracité des allégations) et les moyens d'intervention sont plus limités (en lien avec le développement cognitif et langagier), mais il demeure que ces jeunes enfants présentent des symptômes et expérimentent des situations de vie qui requièrent souvent une intervention. De plus, des interventions s'adressant aux jeunes enfants pourraient permettre d'éviter l'instauration de trajectoires de revictimisation. Quelques modèles sont déjà offerts dans différentes régions du Québec, services qui pourraient être adaptés afin d'être promulgués plus largement dans la province.

Par ailleurs, il semble de plus en plus évident que les services d'aide directe offerts devraient toucher plus d'une personne du milieu familial. Cela est vrai pour les agressions

sexuelles auprès des enfants et des adolescents-es et pourrait être tout aussi pertinent dans les cas d'agression envers des adultes. En ce sens, plusieurs des personnes interrogées ont souligné la pertinence d'offrir des services visant non seulement le parent non-agresseur et agresseur pour les populations infantile et juvénile, mais aussi les conjoints-es, les parents et les amis-es intimes dans le cas des populations adultes. Pourquoi ne pas offrir du soutien conjugal quand les difficultés qu'éprouve la victime semblent se répercuter dans sa relation de couple ? Pourquoi ne pas considérer les parents d'une femme de 25 ans qui n'ose plus quitter la maison familiale parce qu'elle a été agressée sexuellement ? Le développement de services pour les individus qui gravitent autour des victimes, et qui même parfois deviennent des victimes secondaires, apparaît très novateur et pourrait mener à une intervention plus globale et plus efficace auprès de certaines victimes.

Enfin, les milieux cliniques constatent de plus en plus qu'ils doivent adapter leurs interventions au fait que les victimes présentent souvent de façon concomitante plusieurs problèmes lorsqu'elles consultent pour la première fois dans leur organisme. Non seulement, ces personnes ont à intégrer leur histoire de victimisation sexuelle, mais plusieurs d'entre elles vivent également des situations de dépendance et de souffrance importante. Par exemple, il n'est pas rare de trouver des situations d'abus de substance ou d'alcool chez les femmes agressées sexuellement dans l'enfance. Il en est de même avec les problématiques de dépression et de psychopathologie. De plus, l'isolement, la violence physique et la prostitution apparaissent comme des thématiques souvent liées à l'agression sexuelle. Bien que la plupart de ces difficultés représentent des éléments concomitants ou encore des conséquences associées aux agressions sexuelles dans l'enfance et soient parfois traitées dans les interventions actuelles, elles constituent d'importantes embûches au travail d'intervention promulgué dans les milieux de pratique. De plus, plusieurs intervenants-es peuvent se sentir peu outillés-es pour gérer ces situations de « multiples problématiques ».

Face à cette réalité, un des enjeux identifiés est de favoriser les échanges avec les organismes ayant développé l'expertise pour intervenir auprès des clientes aux prises avec des problèmes concomitants fréquemment rencontrés, notamment la dépression et le suicide, la consommation abusive d'alcool et de drogues, les troubles du comportement alimentaire, la violence physique et la prostitution. En travaillant conjointement à l'élaboration d'outils spécifiques pour ces problématiques multiples, les intervenants-es pourront se sentir mieux outillés-es. À cet égard, des recensions d'écrits permettant d'identifier les pratiques prometteuses pourraient permettre d'orienter les démarches. Soulignons que des synthèses sont en cours de réalisation (Lavoie & al., en préparation) sur

l'agression sexuelle à l'adolescence ou à l'âge adulte et les problématiques vécues suivantes : la prostitution, la dépression et la toxicomanie.

En ce qui concerne les interventions préventives, l'analyse des pratiques permet de constater que très peu de services sont orientés vers la prévention de l'agression sexuelle chez des clientèles spécifiques. Tel qu'il apparaît dans la description des pratiques du répertoire, la très grande majorité des ateliers ciblent les enfants du primaire ou les élèves du secondaire. Compte tenu que plusieurs des interventions préventives sont diffusées par le biais des écoles primaires et secondaires, il est peu surprenant de constater que près des deux-tiers des intervenants-es mentionnent entretenir des collaborations étroites avec le personnel scolaire. Par contre, les centres de petite enfance apparaissent moins régulièrement sollicités dans les efforts visant à prévenir les agressions sexuelles. Les prochaines années sont susceptibles de voir surgir de nouvelles pratiques davantage orientées vers des clientèles ciblées. De plus, les intervenants-es seront appelés-es à mettre en place des moyens novateurs pour rejoindre la clientèle par le biais d'ateliers dans de nouveaux milieux. La disparition du principal moyen d'accès aux écoles, notamment par le biais des cours de formation personnelle et sociale, risque d'avoir des conséquences sur la diffusion des interventions préventives ciblant les élèves.

Force est de constater que la très grande majorité des interventions préventives se centrent uniquement sur les victimes potentielles. Les avantages de l'approche universelle sont multiples : il s'agit de programmes peu coûteux, facilement applicables à grande échelle, qui permettent de rejoindre un maximum d'enfants et d'adolescents-es et qui évitent de stigmatiser une population particulière (Finkelhor & Daro, 1997). Par contre, cette approche ne saurait constituer l'unique réponse à un problème social aussi complexe que celui des agressions sexuelles. En effet, comme le soulignent Wright, Bégin et Lagueux (1997), d'autres cibles doivent être considérées pour quiconque désire prévenir les agressions sexuelles. D'abord, à un niveau macrosystémique, les efforts de sensibilisation de la population à travers différents médias (radio, télévision, Internet) pourraient constituer une voie intéressante pour rejoindre un plus grand nombre d'individus. D'ailleurs, les récentes Orientations (Gouvernement du Québec, 2001a) proposent de réaliser une campagne de sensibilisation pour prévenir les agressions sexuelles. Certaines données suggèrent d'ailleurs que la majorité des parents identifient les médias comme sources d'information et comme base de discussion avec leurs enfants en matière de prévention de l'agression sexuelle (Elrod & Rubin, 1993).

La participation des parents, des enseignants-es et des intervenants-es, appelés-es à côtoyer les jeunes dans les efforts préventifs, constitue une autre cible potentielle de

prévention. Les données recueillies à ce jour tendent à démontrer que les programmes visant les enseignants-es donnent lieu à des résultats positifs et auraient avantage à être implantés de façon plus systématique. Les données colligées dans le cadre des différentes études indiquent que seulement une minorité des parents sollicités participent aux ateliers qui leur sont offerts. Il faudra donc innover dans la recherche de moyens permettant de mieux rejoindre les parents qui désirent s'impliquer. Une plus grande flexibilité et disponibilité des ateliers (plus d'un soir par semaine, un atelier offert la fin de semaine ou pendant le jour, en milieu de travail) pourraient favoriser la participation des parents. La diffusion de certains contenus des programmes de prévention grâce à des moyens pédagogiques (livres, vidéos, etc.) pourraient constituer des alternatives à considérer. À cet effet, les récentes Orientations (Gouvernement du Québec, 2001a) proposent de produire ou diffuser des outils de sensibilisation sur les agressions sexuelles et leurs conséquences. Plusieurs des organismes recensés ont, au cours des dernières années, contribué de façon significative à cet objectif et pourront être mis à contribution. Ces outils pourront être adaptés aux réalités des divers milieux.

Plusieurs organismes ayant développé des expertises bien reconnues dans leurs milieux, notamment les CALACS, le R.O.E.Q., désirent offrir des ateliers de façon plus régulière et soutenue, et de plus s'investir dans les démarches favorisant l'implantation de leurs services dans divers milieux. La volonté des récentes Orientations gouvernementales (2001a) et l'injection de sommes supplémentaires devraient faciliter l'implantation des projets ou initiatives préventives. Le financement semble influencer les pratiques comme le démontre les propos rapportés par les intervenants-es interrogés-es. Il figure aussi comme étant une solution envisagée pour répondre aux divers besoins des clientèles qui fréquentent les organismes autant au niveau curatif que préventif.

Certaines clientèles particulières ont été identifiées comme bénéficiant de peu de services par les intervenants-es interrogées, soulignons d'abord les garçons, les adolescents et les hommes victimes d'une agression sexuelle. De plus, les propos des intervenants permettent de cerner un enjeu lié à des clientèles spécifiques, notamment les enfants et adolescents-es présentant des conduites sexualisées, les femmes transsexuelles, les personnes présentant des handicaps physiques ou intellectuels et la clientèle gaie. De plus, plusieurs soulignent la pertinence d'adapter les interventions aux besoins particuliers des personnes issues des diverses communautés culturelles. Notons, de plus, que la présente analyse permet de constater qu'en régions éloignées, les victimes d'agression sexuelle bénéficient moins aisément des services tant au niveau préventif que curatif. En outre, la situation particulière des services en matière d'agression sexuelle chez les populations

autochtones se doit d'être davantage analysée. En effet, la rareté des services offerts a été soulignée par les intervenants-es.

6.2.3 Recherche et évaluation

La très grande majorité des personnes interrogées témoignent d'un souci d'évaluation en produisant des bilans d'activités, en élaborant des grilles de satisfaction ou en recueillant les commentaires des participants-es. L'évaluation de la satisfaction de la clientèle et la vérification de l'atteinte des objectifs visés permet de qualifier les interventions offertes. Par ailleurs, plusieurs organismes ont élaboré ou recensé des instruments permettant de mener une évaluation systématique des retombées des interventions. Tel que rapporté aux chapitres 3 et 4, certains organismes ont déjà mené des évaluations formelles qui ont donné lieu à des résultats probants. Certains organismes ont établi des collaborations avec les milieux de recherche et ont participé activement aux démarches d'évaluation. Il demeure néanmoins que la recherche évaluative des interventions offertes en matière de prévention ou de services d'aide en agression sexuelle demeure le fait d'une minorité de programmes.

Les Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (Gouvernement du Québec, 2001a) proposent d'accorder une priorité à la recherche portant sur le thème. Non seulement est-il nécessaire de poursuivre l'analyse des pratiques existantes et d'identifier les initiatives prometteuses, il s'avère pertinent de mieux qualifier les effets des services existants. Force est de constater que peu d'évaluations rigoureuses sont actuellement disponibles concernant l'efficacité des interventions offertes. Un des enjeux identifiés concerne la réalisation d'études évaluatives des interventions particulièrement celles offertes aux femmes adultes, ces interventions étant les moins évaluées actuellement. De plus, les devis d'évaluation proposés doivent non seulement témoigner des effets immédiats des interventions mais aussi tenter de vérifier les objectifs distaux, notamment au plan des retombées des interventions préventives offertes. Il importe, par ailleurs, de tenter de cerner les composantes de l'intervention qui agissent comme éléments actifs du changement. En outre, des recensions d'écrits permettraient de mieux cerner l'apport potentiel de certaines interventions représentant des approches encore mal connues (par exemple, EMI, utilisation de poupées sexuées, etc.).

La grille développée par Saunders et ses collègues (2001) permet de mieux cerner les retombées des différentes interventions curatives auprès des jeunes enfants ayant dévoilé une agression sexuelle. Pour mieux soutenir les organismes dans le choix des interventions privilégiées, une grille similaire analysant les différents programmes d'intervention visant les femmes adultes victimes d'une agression sexuelle récente ou pendant l'enfance serait

susceptible de contribuer à une meilleure appréciation des différentes approches proposées. Une telle grille permet principalement de colliger les informations concernant les pratiques déjà évaluées. En l'absence de données évaluatives, il demeure possible de recourir à des critères tels la stabilité de l'intervention, le partenariat établi avec les autres organismes, la clientèle rejointe, la reconnaissance du milieu, la disponibilité d'un suivi afin d'identifier les pratiques prometteuses. Les intervenants-es dispensant des programmes depuis plusieurs années sont en mesure d'identifier de tels critères et de faire profiter aux responsables des services récemment mis en place de leur expertise quant aux différentes conditions de réussite.

La présente analyse permet de constater que plusieurs intervenants-es ont, au cours des dernières années, développé des expertises au plan de l'intervention préventive et curative en matière d'agression sexuelle. Ainsi, des intervenants-es du milieu communautaire, public et des milieux privés, de même que des bénévoles, ont tenté de définir des pratiques visant à prévenir les agressions sexuelles ou à soutenir et aider les victimes. Il importe d'assurer une meilleure diffusion des pratiques élaborées auprès de tous les intervenants-es concernés-es par la problématique de l'agression sexuelle ou appelés-es à intervenir auprès des enfants, des adolescents-es et des adultes aux prises avec ce problème. Ce projet aura permis, nous l'espérons, à contribuer en partie à la réalisation de cet objectif.

RÉFÉRENCES

- Alexander, P.C., Neimeyer, R.A., Follette, V.M., Moore, M.K., & Harter, S. (1989). A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483. In Richter, N.L., Snider, E., & Gorey, K.M. (1997). Group Work Intervention With Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Research on Social Work Practice*, 7, 53-69.
- Allard-Dansereau, C., Hébert, M., Tremblay, C., & Bernard-Bonnin, A.-C. (2001). Children's response to the medical visit for allegations of sexual abuse : Maternal perceptions and predicting variables. *Child Abuse Review*, 10, 210-222.
- Araji, S.K., Fenton, R., & Straugh, T. (1995). Child Sexual Abuse : Description and Evaluation of a K-6 Prevention Curriculum. *The Journal of Primary Prevention*, 16, 149-164.
- Bédard, S. (2001). Les interventions de groupe utilisées auprès des femmes abusées sexuellement durant l'enfance : l'apport de la perspective féministe. Essai inédit. École de psychologie, Université Laval. 97 pages.
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D., & Cassavia. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 537-556.
- Bergeron, H., & Laflamme, M.K. (1994). *Entre ados, brisons le silence. Rapport d'évaluation sur un projet d'intervention de la Maison de la famille de la Rive-Sud*. Québec : Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches.
- Bergeron, H., & Laflamme, M.K. (1995). *Entrados, brisons le silence. Deuxième rapport d'évaluation sur un projet d'intervention de la Maison de la famille de la Rive-Sud*. Québec : Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches.
- Berliner, L. (1997). Trauma-specific therapy for sexually abused children. In D.A. Wolfe, R.J. McMahon et al. (Eds.). *Child Abuse : New directions in prevention and treatment across the life span*. Thousands Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Berliner, L., & Conte, J.R. (1995). The Effects of Disclosure and Intervention on Sexually Abused Children. *Child Abuse & Neglect*, 19, 371-384.
- Berliner, L., & Saunders, B.E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children : Results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment*, 1 (4), 294-309.
- Berrick, J.D., & Barth, R.P. (1992). Child Sexual Abuse Prevention : Research Review And Recommendations. *Social Work Research & Abstracts*, 28, 6-15.
- Berrick, J.D., & Gilbert, N. (1991). *With the best of intentions - The child sexual abuse prevention movement*. New York : The Guilford Press.
- Bienvenu, V. (1998). Les parents dont l'enfant a été abusé sexuellement : Description d'un groupe de soutien. *Intervention*, 106, 56-63.
- Billette, V., & Modin, M. (1999). *J'AVISE (Jeunes en Action contre la Violence Sexuelle) - Bilan des 32 premiers mois d'activité du programme de prévention*. Châteauguay : CAPAS Châteauguay.
- Binder, R.L., & McNiel, D.E. (1987). Evaluation of a School-Based Sexual Abuse Prevention Program : Cognitive and Emotional Effects. *Child Abuse & Neglect*, 11, 497-506.
- Bolté, C., Devault, A., Saint-Denis, M., & Gaudet, J. (sous presse). *Sur le Terrain des Pères : projets de soutien et de valorisation au rôle paternel*. ARDEC : Université du Québec à Montréal.

- Bolton, F.G., Morris, L.A., & MacEachron, A.E. (1989). *Males at risk : The other side of child sexual abuse*. Thousand Oaks, CA, US : Sage Publications Inc., 94-100.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships ? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1406-1416.
- Bonner, B.L., Walker, C.E., & Berliner, L. (1999). *Treatment manual for dynamic group play therapy for children with sexual behavior problems and their parents/caregivers*. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect : Washington, DC.
- Bourassa, D., et Croteau, L. (2001-2001). *Rapport d'activités du programme « Vivre en paix »*. Centre des femmes aux 3A de Québec.
- Bourgon, M., & Corbeil, C. (1990). Dix ans d'intervention féministe au Québec : Bilan et perspectives, *Santé mentale au Québec*, 15 (1), 205-222. In Damant, D. (1995). Effets de deux programmes d'intervention pour des femmes adultes agressées sexuellement pendant l'enfance. Thèse de doctorat, École de service social, Université Laval.
- Briere, J. (1989). *Therapy for adults molested as children : Beyond survival*. New York : Springer publishing.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 196-203.
- Briere, J., & Elliott, D.M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4, 54-69.
- Brillon, P., & Marchand, A. (1997). Survivre à une agression sexuelle : Symptomatologie post-traumatique et dépressive. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (3), 125-146.
- Brooke, S.L. (1995). Art therapy : An approach to working with sexual abuse survivors. *Arts in Psychotherapy*, 22 (5), 447-466.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Initial and long-term effects : A review of the research. In Finkelhor, D. (Ed.) *A sourcebook on child sexual abuse*, (pp. 143-179). Beverly Hills, California : Sage Publications.
- Caffaro-Rouget, A., Lang, R.A., & van Santen, V. (1989). The impact of child sexual abuse on victims' adjustment. *Annals of Sex Research*, 2, 29-47.
- Comité d'Action Femmes et Sécurité Urbaine (CAFSU). (2001). *Autodéfense pour femmes : Inventaire et évaluation de cours d'autodéfense pour femmes offerts sur l'île de Montréal*. Rapport, Montréal, Québec.
- Centre d'Intervention en Abus Sexuel pour la Famille (CIASF) (2001). *Services offerts aux enfants de 3 à 12 ans victimes d'abus sexuels*. Rapport final d'activités, Hull, Québec.
- Chaffin, M., Wherry, J. N., & Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse : Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 21 (2), 227-240.
- Cohen, S. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2e édition)*. Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children : Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children : Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228-1235.

- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1998). Interventions for sexually abused children : Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17-26.
- Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 24(7), 983-994.
- Conte, J.R., & Schuerman, J.R. (1987). Factors associated with increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 11 (2), 201-211.
- Cooper, S.J. (1991). *New strategies for free children : Child abuse prevention for elementary school children*. Columbus, Ohio : The National Assault Prevention Center.
- Côté, C., & Tapin, R. (1994). *La sexualité faut s'en parler!* Québec : Les Services Barbara Rourke.
- Courtois, C.A. (1988). *Healing the incest wound : Adult survivors in therapy*. New York : W.W. Norton and Co.
- Courtois, C.A. (1997). Healing the Incest Wound : A Treatment Update with Attention to Recovered-Memory Issues. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 464-496.
- Croteau, P., Hébert, M., & Lavoie, F. (1998). L'évaluation des programmes de prévention des abus sexuels au préscolaire. *Revue sexologique*, 6 (2), 9-32.
- Damant, D. (1995). Effets de deux programmes d'intervention pour des femmes adultes agressées sexuellement pendant l'enfance. Thèse de doctorat, École de service social, Université Laval.
- Damant, D., Damasse, J., Chamberland, A., Hébert, M., Lavoie, F., Dorais, M., & al. (2001). *Analyse des besoins en matière de recherche sur les agressions à caractère sexuel et recension sommaire des écrits*. Collection Études et Analyses, n.20. Centre de Recherche Interdisciplinaire sur la Violence Familiale et la Violence faite aux Femmes.
- Daro, D.A. (1994). Prevention of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4, 199-222.
- Daro, D.A. (1996). Preventing child abuse and neglect. In J. Briere, L. Berliner, J.A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Éds.). *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. (pp. 343-358). California : Sage Publications.
- Deblinger, E., & Heflin, A.H. (1996). *Treating sexually abused children and their non offending parents. A cognitive behavioral approach*. Thousands Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Deblinger, E., Lippman, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippman, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 23 (12), 1371-1378.
- Deblinger, E., Heflin, A.H., & Clark, M. (1997). The Treatment of Sexually Abused Children. *Psychotherapy in Practice*, 3, 69-88.
- Desjardins, S. (2001). Les enfants présentant des comportements sexuels problématiques. *Psychologie Québec, Mai*, 27-29.
- Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2000). *Guide d'implantation. Politique de prévention et d'intervention en matière de violence et d'agression sexuelle. Pour pratiquer des activités sportives et de loisir en toute sécurité*. Québec : Secrétariat au loisir et aux sports, Gouvernement du Québec.
- Dorais, M. (1997). *Ça arrive aussi aux garçons*. Montréal : VLB.

- Dubé, R., Heger, B., Johnson, E., & Hébert, M. (1988). *Prévention des abus sexuels à l'égard des enfants : Un guide des programmes et des ressources*. Montréal : Services des publications, Hôpital Sainte-Justine.
- Dutton, M.A., Mitchell, B., & Haywood, Y. (1996). The emergency department as a violence prevention center. *Journal of the American Medical Women's Association*, 51, 92-95, 117.
- Echeburua, E., De Corral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1996). Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims : An Experimental Study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.
- Echeburua, E., De Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Psychological Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Sexual Aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Elrod, J.M. & Rubin, R.H. (1993). Parental involvement in sexual abuse prevention education. *Child Abuse and Neglect*, 17, 527-538.
- Esparza, F. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 85-107.
- Falsetti, S.A., & Bernat, J.A. (2000). Practice Guidelines: Rape and Sexual Assault. *Empirical Treatments for PTSD Related to Rape and Sexual Assault*. National Violence Against Women Prevention Research Center. Consulté le 1er mars 2002, de <http://www.vawprevention.org/advocacy/rape.shtml>
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future of Children*, 4, 31-53.
- Finkelhor, D. (1997). The victimization of children - Developmental victimology. In R.C. Davis, A.J. Lurigio & W.G. Skogan (Éds.), *Victims of Crime*, second edition, (pp. 86-107). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children : A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (11), 1408-1423.
- Finkelhor, D., & Daro, D. (1997). Prevention of child sexual abuse. In M.E. Helfer & R.S. Kempe (Éds.), *The Battered Child*, 5th edition, (pp. 615-626). Chicago : The University of Chicago Press.
- Finkelhor, D., & Dziuba-Leatherman, J. (1995). Victimization Prevention Programs : A National Survey of Children's Exposure and Reactions. *Child Abuse & Neglect*, 19, 129-139.
- Finkelhor, D., & Strapko, N (1992). Sexual abuse prevention education : A review of evaluation studies. In D.J. Willis, E.W. Holder et M. Rosenberg (Éds), *Prevention of child maltreatment*, (pp.150-167). New York : John Wiley and Sons.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S., & Murdock, T.B. (1991). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims : A Comparison Between Cognitive-Behavioral Procedures and Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Fonagy, P., & Targer, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (1), 45-55.
- Frawley-O'Dea, M.G. (1997). Transference Paradigms at Play in Psychoanalytically Oriented Group Therapy With Female Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47, 427-441.
- Friedrich, W.N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York : W.W. Norton and Company.

- Friedrich, W.N. (1996). Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children. *Child Maltreatment*, 1 (4), 343-347.
- Friedrich, W.N., Fisher J.L., Dittner, C.A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., & al. (2001). Child sexual abuse inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Furth, G.M. (1988). *The secret world of drawings : Healing through art*. Boston : Sigo Press.
- Giaretto, H. (1982). *Integrated treatment of child sexual abuse : A treatment and training manual*. Californie : Science and Behaviors Books.
- Gidycz, C.A., Coble, C.N., Latham, L., & Layman, M.J. (1993). Sexual assault experience in adulthood and prior victimization experiences : A prospective analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 151-168.
- Gil, E. (1991). *The healing power of play*. New York : Guilford Press
- Gil, E. (sous presse). *Moving mountains : Helping traumatized children through collaborative play*. Rockville, MD : Launch Press.
- Gonsiorek, J.C., Bera, W.H., & LeTourneau, D. (1994). *Male sexual abuse*. Thousand Oaks : Sage, 96-109.
- Gorey, K.M., & Leslie, D.R. (1997). The prevalence of child sexual abuse : Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse & Neglect*, 21 (4), 391-398.
- Gorey, K.M., Richter, N.L., & Snider, E. (2001). Guilt, Isolation and Hopelessness Among Female Survivors of Childhood Sexual Abuse : Effectiveness of Group Work Intervention. *Child Abuse & Neglect*, 25, 347-355.
- Gouvernement du Québec. (2001a). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (2001b). *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Québec : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (2001c). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Plan d'action*. Québec : Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Grober, J.S., & Bogat, G.A. (1994). Social Problem Solving in Unsafe Situations : Implications for Sexual Abuse Education Programs. *American Journal of Community Psychology*, 22, 399-414.
- Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel (1995). *Les agressions sexuelles: STOP*. Gouvernement du Québec.
- Grosz, C.A., Kempe, R.S., & Kelly, M. (2000). Extrafamilial sexual abuse : Treatment for child victims and their families. *Child Abuse and Neglect*, 24 (1), 9-23.
- Guillot, M.L. (2000). Évaluation des effets d'une intervention de groupe auprès d'hommes agressés sexuellement dans leur enfance. Mémoire de maîtrise, École de Service social, Université de Montréal.
- Hamelin, A., Chamberland, C., Turner, J., & Tourigny, M. (2001). *Évolution d'une clientèle d'adolescentes victimes d'agressions sexuelles et description des services psychosociaux reçus en CLSC*. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

- Haugaard, J.J. (2000). The Challenge of Defining Child Sexual Abuse. *American Psychologist*, 55 (9), 1036-1039.
- Hazzard, A.P. (1990). Prevention of child sexual abuse. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Éds.), *Treatment of family violence*, (pp. 354-384). New York : John Wiley & Sons.
- Hébert, M. (1992). *L'abus sexuel envers les enfants : Étude descriptive des caractéristiques et étude comparative de l'impact à court terme*. Thèse de doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
- Hébert, M., Lavoie, F. & Parent, N. (sous presse). An assessment of outcomes following parents' participation in a child abuse prevention program. *Violence and Victims*.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C. & Poitras, M. (1999). *Programme ESPACE : Évaluation des acquis des élèves*. Rapport final de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. (ISBN 2-9806300-0-4).
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C., & Poitras, M. (2001). Child sexual abuse prevention : Proximate effects of the CAP program in a Quebec sample of elementary school children. *Child Abuse and Neglect*, 25(4), 505-522.
- Hébert, M., Lavoie, F., Tremblay, R.E. & McDuff, P. (2000, novembre). *Childhood sexual abuse and revictimization in dating relationships of adolescent girls*. Communication présentée au Scientific Study of Sexuality Annual meeting, Orlando, Floride.
- Hébert, M., Piché, C., Parent, N., & Tremblay, C. (1999). *Abus sexuel, facteurs familiaux et ajustement de l'enfant*. Rapport final de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. (ISBN 2-9806300-1-2).
- Hébert, M., & Tremblay, C. (2000). La prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents - Tome 1 Les problèmes internalisés* (pp. 429-503). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Herman, J.L. (1990). *Trauma and Recovery*. New York : Basic Books. In Saxe, B.J., & Johnson, S.M. (1999). An Empirical Investigation of Group Treatment for a Clinical Population of Adult Female Incest Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8, 67-88.
- Hunter M. (1991). *Abused Boys*. New York : Fawcett Columbine, 96.
- Jaycox, L.H., Zoellner, L., & Foa, E.B. (1997). Cognitive Behavior Therapy for PTSD in Rape Survivors. *Psychotherapy in Practice*, 3, 43-58.
- Jinich, S., & Litrownik, A.J. (1999). Coping with sexual abuse : Development and evaluation of a videotape intervention for nonoffending parents. *Child Abuse and Neglect*, 23 (2), 175-190.
- Johnson, S.S.M. (1997). The use of art and play therapy with victims of sexual abuse : A review of the literature. *Family Therapy*, 24 (2), 101-113.
- Johnson, D.A. (2001). Parents United. Child Sexual Abuse Treatment Program. In B.E. Saunders, L. Berliner & R.F. Hanson (Eds.), *Guidelines for psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse* (Draft Report: April 6, 2001) (pp. 83-87). Charleston, SC : Authors.
- Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kernberg, P.F., Chazan, S.E., & Normandin, L. (sous presse). The Children Play Therapy Instrument (CPTI) : A measure of child's play activity in individual psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy : Practice and Research*.

- Kessler, R C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-60.
- Khouzam, C., & Marchand, A. (1998). Conséquences d'une agression sexuelle récente vécue par la conjointe sur chacun des partenaires et sur la relation de couple : recension des écrits. *Revue Sexologique*, 6, 129-157.
- Kinard, E.M. (1994). Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse and Neglect*, 18 (8), 645-656.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., & al. (1999). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms : A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (11), 1347-1355.
- King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., & al. (2000). Treating Sexually Abused Children With Posttraumatic Stress Symptoms : A Randomized Clinical Trial [Abstract]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
- Kleemeir, C. Webb, C., Hazzard, A., & Pohl, J. (1988). Child sexual abuse prevention : Evaluation of a teacher training model. *Child Abuse & Neglect*, 12, 855-861.
- Klorer, G. (1995). Use of anatomical dolls in play and art therapy with sexually abused children. *The Arts in Psychotherapy*, 22 (5), 467-473.
- Kolko, D. J. (1988). Educational programs to promote awareness and prevention of child sexual victimization: A review and methodological critique. *Clinical Psychological Review*, 8, 195-209.
- Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse and Neglect*, 23 (5), 477-485.
- Krugman, R. D. (1985). Preventing sexual abuse of children in day care : Whose problem is it anyway? *Pediatrics*, 75 (6), 1150-1151.
- Kuyken, W. (1995). The psychological sequelae of child sexual abuse : A review of the literature and implications for treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 108-121.
- Lavoie, F. (2000). La prévention de la violence dans les relations de couple à l'adolescence. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents - Tome 2. Les problèmes externalisés* (pp. 405-460). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, F. (2001). Les groupes de soutien et les groupes d'entraide. Dans F. Dufort (direction) & J. Guay (co-direction). *Agir au cœur des communautés - La psychologie communautaire et le changement social* (pp. 157-185). Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval.
- Lavoie, F. (en préparation). *Le programme VIRAJ 16-17 Activités en classe*. École de psychologie, Université Laval.
- Lavoie, F., Dufort, Hébert, M., & Vézina, L. (1997). *Évaluation d'un programme de prévention de la violence lors des fréquentations : Une évaluation de VIRAJ selon une approche quasi-expérimentale*. Rapport final de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.
- Lavoie, F., Mercier, N., & Piché, C. (1991). Recension de programmes de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes. *Apprentissage et socialisation*, 14 (3), 179-182.
- Lavoie, F., & Vézina, L. (1996). *VIRAJ. Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes. Formation destinée aux bénévoles des services d'écoute téléphonique*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. (ISBN 2-550-25654-9)

- Lavoie, F., Vézina, L., Gosselin, A., & Robitaille, L. (1994). *VIRAJ. Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes. Animation en classe*. Québec : Ministère de l'Éducation. (ISBN 2-550-23692-0).
- Lavoie, F., & al. (en préparation). *Les personnes victimes d'agressions sexuelles aux prises avec d'autres problématiques sociales ou de santé*. École de psychologie, Université Laval.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de Soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Lev-Wiesel, R. (1998). Use of drawing technique to encourage verbalization in adult survivor of sexual abuse. *Arts in Psychotherapy*, 25 (4), 257-262.
- Liang, B., Bogat, A., & McGrath, M.P. (1993). Differential understanding of sexual abuse prevention concepts among preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 17, 641-650.
- Linden, J.A. (1999). Sexual assault. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 17, 685-697.
- MacIntyre, D., & Carr, A. (1999). Evaluation of the effectiveness of the Stay Safe Primary Prevention Programme for child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23 (12), 1307-1325.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Trocmé, N., Boyle, M.H., Wong, M., Racine, Y.A., & al. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *Journal of the American Medical Association*, 278 (2), 131-135.
- Madak, P.R., & Berg, D.H. (1992). The Prevention of Sexual Abuse : An Evaluation of "Talking About Touching". *Canadian Journal of Counselling*, 26, 29-41.
- Manion, I., Firestone, P., Cloutier, P., Ligezinska, M., McIntyre, J., & Ensom, R. (1998). Child extrafamilial sexual abuse : predicting parent and child functioning. *Child Abuse and Neglect*, 22 (12), 1285-1304.
- Massat, C.R., & Lundy, M. (1998). « Reporting cost » to nonoffending parents in cases of intrafamilial child sexual abuse. *Child Welfare League of America*, 77 (4), 371-388.
- McGain, B., & McKinzey, R.K. (1995). The Efficacy of Group Treatment in Sexually Abused Girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1157-1169.
- McGee, R.A., & Painter, S.L. (1991). What if it Happens in my Family? : Partial Reactions to a Hypothetical Disclosure of Sexual Abuse. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25, 228-240.
- McGrath, P., Cappelli, M., Wiseman, D., Khalil, N., & Allan, B. (1987). Teacher Awareness Program on Child Abuse : A Randomized Controlled Trial. *Child Abuse & Neglect*, 11, 125-132.
- McLeer, S.V., Callaghan, M., Henry, D., & Wallen, J. (1994). Psychiatric disorders in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (3), 313-319.
- McLeer, S.V., Dixon, J.F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & al. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children.. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (12), 1326-1333.
- Meekums, B. (1999). A Creative Model for Recovery From Child Sexual Abuse Trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 26, 247-259.
- Merrick, M.V., Allan, B.M., & Crase, S.J. (1994). Variables associated with positive treatment outcomes for children surviving sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (2), 67-87.
- Nemerofsky, A.G., Carran, D.T., & Rosenberg, L.A. (1994). Age Variation in Performance Among Preschool Children in a Sexual Abuse Prevention Program. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3, 85-102.

- Neumann, D.A., Houskamp, B.M., Pollock, V.E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women : A meta-analytic review. *Child Maltreatment, 1* (1), 6-16.
- Newberger, C.M., Gremy, I.M., Wateraux, C.M., & Newberger, E.H. (1993). Mothers of sexually abused children : Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 63* (1), 92-102.
- Normand, C.L., Vitaro, F., & Charlebois, P. (2000). Comment améliorer la participation et réduire l'attrition des participants aux programmes de prévention. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Éds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents - Tome 1 Les problèmes internalisés* (pp. 101-140). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- O'Donohue, W., Geer, J.H., & Elliott, A. (1992). The primary prevention of child sexual abuse. In W. O'Donohue & J. H. Geer (Éds.), *The sexual abuse of children : Theory and research*, volume 2, (pp. 477-517). New Jersey : Lawrence Erlbaum.
- O'Sullivan, E., & Carlton, A. (2001). Victim Services, Community Outreach, and Contemporary Rape Crisis Centers. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 343-360.
- Olsen, J.L., & Widom, C.S. (1993). Prevention of Child Abuse and Neglect. *Applied & Preventive Psychology, 2*, 217-229.
- Pearce, J.W., & Pezzot-Pearce, T.D. (1997). *Psychotherapy of abused and neglected children*. New York : The Guilford Press.
- Perreault, N., Bégin, H., & Tremblay, C. (1998). *Évaluation d'un programme de prévention des agressions sexuelles auprès d'enfants de maternelle*. Rapport final de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Montréal : Direction de la Santé Publique (ISBN 2-89494-144-7).
- Polusny, M.A., & Follette, V.M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse : Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*, 143-166.
- Poudrette, É. (1995). *Pour sortir de l'abus : Guide d'intervention pour groupes d'entraide à l'intention des survivantes d'inceste*. Montréal : Le Centre des femmes de Montréal.
- Prins, A., & Fleming T.L. (2001). Training for sexual assault counselors, Part I : Identifying the science-practice gap. *NC-PTSD Clinical Quarterly, 10* (1), 13-19.
- Randolph, M.K., & Gold, C.A. (1994). Child Sexual Abuse Prevention : Evaluation of a Teacher Training Program. *School Psychology Review, 23*, 485-495.
- Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A Meta-Analytic Investigation of Group Treatment Outcomes for Sexually Abused Children. *Child Abuse & Neglect, 21*, 669-680.
- Reichert, E. (1998). Individual counseling for sexually abused children : A role for animals and storytelling. *Child and Adolescent Social Work, 15* (3), 177-185.
- Reppucci, N.D., & Haugaard, J.J. (1989). Prevention of Child Sexual Abuse. *American Psychologist, 44*, 1266-1275.
- Reppucci, N.D., & Haugaard, J.J. (1993). Problems with child sexual abuse prevention programs. In R.J. Gelles & D.R. Loseke (Éds.), *Current controversies on family violence*, (pp. 306-322). California : Sage Publications.
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M., & Kilpatrick, D. (2000). Emergency Evaluation and Intervention With Female Victims of Rape and Other Violence. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1371-1333.
- Richter, N.L., Snider, E., & Gorey, K.M. (1997). Group Work Intervention With Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Research on Social Work Practice, 7*, 53-69.

- Rind, B., Tromovitch, P., & Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 22-53.
- Rispens, J., Aleman, A., & Goudena, P.P. (1997). Prevention of Child Sexual Abuse Victimization : A Meta-Analysis of School Programs [Abstract]. *Child Abuse & Neglect*, 21, 975-987.
- Romans, S., Martin, J., & Mullen, P. (1997). Childhood sexual abuse and later psychological problems : Neither necessary, sufficient nor acting alone. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 327-338.
- Romeder, J.-M. avec la collaboration de H. Balthazar, A. Farquharson, & F. Lavoie. (1989). *Les groupes d'entraide et la santé - Nouvelles solidarités*. Ottawa : Le conseil canadien de développement social.
- Rothbaum, B.O. (1997). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Posttraumatic Stress Disordered Sexual Assault Victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 371-334.
- Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P., & Foy, D.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy. In E.B. Foa, T.M. Keane & al. (Ed.), *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (pp. 320-325). New York, NY, US : The Guilford Press.
- Sarno, J.A., & Wurtele, S.K. (1997). Effects of personal safety program on preschooler's knowledge, skills and perceptions of child sexual abuse. *Child Maltreatment*, 2, 35-45.
- Saunders B.E., Berliner, L., & Hanson, R.F. (2001). *Guidelines for psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse* (Draft Report: April 6, 2001). Charleston, SC : Authors.
- Savoie, G.J., & Tourigny, M. (1995). *Les services offerts aux victimes d'agressions à caractère sexuel et aux agresseurs : Une étude exploratoire*. Rapport de recherche. Montreal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS), Université du Québec à Montréal.
- Saxe, B.J., & Johnson, S.M. (1999). An Empirical Investigation of Group Treatment for a Clinical Population of Adult Female Incest Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8, 67-88.
- Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Cohen, J.A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55 (9), 1040-1049.
- Silvosky, J.F., & Hambree-Kigin, T.L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children : A review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (3), 1-20.
- Sivan, A.B. (1991). Preschool child development : Implications for investigation of child abuse allegations. *Child Abuse & Neglect*, 15, 485-493.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal and coping in child sexual abuse : A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116 (2), 1-23.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19 (9), 1171-1182.
- Stalker, C.A., & Fry, R. (1999). A Comparison of Short-Term Group and Individual Therapy for Sexually Abused Women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 168-174.
- Stauffer, L.B., & Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for non-offending mothers and their young sexually abused children : A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1 (1), 65-76.
- Tebbutt, J., Swanston, H., Oates, R.K., & O'Toole, B.I. (1997). Five years after child sexual abuse : Persisting dysfunction and problems of prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 330-339.

- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1997). Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel : Conceptualisation, effets et facteurs associés. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (3), 147-167.
- Timmons-Mitchell J., Chandler-Holtz, D. & Semple, W.E. (1996). Post-traumatic stress symptoms in mothers following children's reports of sexual abuse : An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (3), 463-467.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : Une recension des écrits. *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 26, 39-69.
- Tourigny, M., Péladeau, N., Doyon, M., & Bouchard, C. (1998). Efficacité d'un programme de traitement pour enfants abusés sexuellement. *Child Abuse and Neglect*, 22 (1), 25-43.
- Tremblay, C. (1998). Évaluation de l'implication des parents dans la prévention des abus sexuels auprès des enfants. Thèse de doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal.
- Tremblay, C., Fortin, M., & Bégin, H. (1997). Étude exploratoire sur la formation des parents au sujet de la prévention des abus sexuels. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (3), 59-75.
- Tremblay, C. & Hébert, M. (soumis) Efficacité des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle : Présentation des nouvelles pratiques curatives.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect*, 23 (9), 929-945.
- Tremblay, C. Hébert, M., & Piché, C. (2000). Type I and II post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9 (1), 65-90.
- Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (1998). Developmental consequences of child sexual abuse. In P.K. Trickett & C.J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 39-56). Washington DC, US: American Psychological Association.
- Trocme, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., & al. (2001). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Final Report*. Ottawa, Ontario : Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Turcotte, D., Beaudoin, G., & Pâquet-Deehy, A. (1999). *Les pratiques d'intervention auprès des enfants et des adolescents exposés à la violence conjugale*. Collection Études et Analyses, no 8. Sainte-Foy, Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes [CRI-VIFF]. ISBN 2-921768-18-6.
- Turner, S. (1993). Talking About Sexual Abuse : The Value of Short-Term Groups for Women Survivors. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 46, 110-121.
- Turner, J., Chamberland, C., Hamelin, A., & Tourigny, M. (2001). *Analyse descriptive d'un service d'intervention psychosociale en CLSC pour enfants, de 6 à 12 ans, victimes d'abus sexuels ou manifestant des comportements sexuels problématiques*. Montréal : Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- Tutty, L.M. (1990). Preventing child sexual abuse : A review of current research and theory. In M. Rothery & G. Cameron (Éds.), *Child maltreatment: Expanding our concept of helping*, (pp. 259-275). New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Tutty, L.M. (1992). The Ability of Elementary School Children To Learn Child Sexual Abuse Prevention Concepts. *Child Abuse & Neglect*, 16, 369-384.
- Tutty, L.M. (1993). Are Child Sexual Abuse Prevention Programs Effective? A Review of the Research. *Revue sexologique*, 1, 93-114.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Child Maltreatment*. Site Web du U.S. Department of Health and Human Services. En ligne.

<<http://www.acf.dhhs.gov/programs/cb/publications/cm99/index.htm>>. Consulté le 8 mars 2002.

- Vandal, C. (1997). *L'intervention féministe dans les Centres d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles (CALACS) du Québec*.
- Verduyn, C., & Calam, R. (1999). Cognitive behavioral interventions with maltreated children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 23 (2), 197-207.
- Walker, L.E.A. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Wells, R.D., McCann, J., Adams, J., Voris, J., & Ensign, J. (1995). Emotional, behavioural, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, non-abused and allegedly abused prepubescent females. *Child Abuse & Neglect*, 19, 155-164.
- Wershba-Gershon, P. (1996). Free symbolic play and assessment of the nature of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (2), 37-57.
- Westbury, E., & Tutty, L.M. (1999). The Efficacy of Group Treatment for Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31-44.
- Wolfe, V.V. (1998). Child Sexual Abuse. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.). *Treatment of childhood disorders*. New York : The Guilford Press.
- Wolfe, V.V., & Birt, J-A. (1995). The psychological sequelae of child sexual abuse. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 233-263.
- Wolfsdorf, B.A., & Zlotnick, C. (2001). Affect Management in Group Therapy for Women With Posttraumatic Stress Disorder and Histories of Childhood Sexual Abuse. *Psychotherapy in Practice*, 57, 169-181.
- Wright, J., Bégin, H., & Lagueux, F. (1997). La prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (3), 9-35.
- Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S., & Perron, A. (1999). L'abus sexuel à l'endroit des enfants. Dans E. Habimana (Ed.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*. Montréal : Gaétan Morin.
- Wurtele, S.K. (1990). Teaching personal safety skills to four-year-old children : A behavioral approach. *Behavior therapy*, 21, 25-32.
- Wurtele, S.K. (1998). School-based child sexual abuse prevention programs - Questions, answers and more question. In J.R. Lutzker (Éd.), *Handbook of Child Abuse Research and Treatment - Issues in Clinical Child Psychology*, (pp 501-516). New York : Plenum Press.
- Wurtele, S.K., Kast, L.C., & Melzer, A.M. (1992). Sexual Abuse Prevention Education for Young Children : A Comparison of Teachers and Parents as Instructors. *Child Abuse & Neglect*, 16, 865-876.
- Wurtele, S.K., Kvaternick, M., & Franklin, C.F. (1992). Sexual Abuse Prevention for Preschoolers : A Survey of Parents' Behaviors, Attitudes, and Beliefs. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 113-128.
- Wurtele, S.K., & Miller-Perrin, C.L. (1992). *Preventing child sexual abuse - Sharing the responsibility*. Lincoln : University of Nebraska Press.
- Wurtele, S.K., Saslawsky, D.A., Miller, C.L., Marrs, S.R., & Britcher, J.C. (1986). Teaching Personal Safety Skills for Potential Prevention of Sexual Abuse : A Comparison of Treatments. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 688-692.

- Wurtele, S.K., Marrs, S.R., & Miller-Perrin, C.L. (1987). Practice makes perfect? The role of participant modeling in sexual abuse prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 599-602.
- Wynkoop, T.F., Capps, S.C., & Priest, B.J. (1995). Incidence and prevalence of child sexual abuse : A critical review of data collection procedures. *Journal of Child Sexual Abuse, 4 (2)*, 49-66.
- Yalom, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*, 3rd edition. New York : basic Books. In Richter, N.L., Snider, E., & Gorey, K.M. (1997). Group Work Intervention With Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Research on Social Work Practice, 7*, 53-69.
- Zlotnick, C., Shea, T.M., Rosen, K., Simpson, E., Multrenin, K., Begin, A., & al. (1997). An Affect-Management Group for Women With Posttraumatic Stress Disorder and Histories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 425-436.