

Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de la protection de la jeunesse

Psychological profile of adolescent girls victim of sexual abuse and under the protection of child services

Perfil psicológico de adolescentes agredidos sexualmente y que han sido tomados a cargo por los servicios de protección a la juventud

Perfil psicológico de adolescentes agredidas sexualmente e atendidas pelos serviços de proteção da criança e do adolescente

Isabelle Daigneault, Mireille Cyr et Marc Tourigny

Volume 28, numéro 2, automne 2003

Benzodiazépines : santé mentale et santé sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/008625ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/008625ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Daigneault, I., Cyr, M. & Tourigny, M. (2003). Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de la protection de la jeunesse. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 211–232. <https://doi.org/10.7202/008625ar>

Résumé de l'article

Cette étude s'intéresse aux symptômes de 30 adolescentes prises en charge par les services de protection de la jeunesse à la suite d'agressions sexuelles. En plus de tracer un profil psychologique de ces adolescentes, l'étude décrit les agressions sexuelles vécues, les services reçus et identifie les facteurs susceptibles d'être liés aux symptômes. Les résultats montrent que les adolescentes présentent plusieurs problèmes psychologiques et que la majorité d'entre elles vivent une détresse nécessitant une intervention clinique. Les agressions sexuelles se situent à l'extrémité la plus sévère du large éventail rapporté dans la littérature et les services sont peu fréquents et irréguliers. Les symptômes sont associés au temps écoulé depuis la fin des agressions et aux services reçus. La discussion souligne l'importance de l'adéquation entre les services et le profil psychologique de chaque adolescente en proposant un modèle de guérison.



Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de la protection de la jeunesse

Isabelle Daigneault*

Mireille Cyr**

Marc Tourigny***

Cette étude s'intéresse aux symptômes de 30 adolescentes prises en charge par les services de protection de la jeunesse à la suite d'agressions sexuelles. En plus de tracer un profil psychologique de ces adolescentes, l'étude décrit les agressions sexuelles vécues, les services reçus et identifie les facteurs susceptibles d'être liés aux symptômes. Les résultats montrent que les adolescentes présentent plusieurs problèmes psychologiques et que la majorité d'entre elles vivent une détresse nécessitant une intervention clinique. Les agressions sexuelles se situent à l'extrémité la plus sévère du large éventail rapporté dans la littérature et les services sont peu fréquents et irréguliers. Les symptômes sont associés au temps écoulé depuis la fin des agressions et aux services reçus. La discussion souligne l'importance de l'adéquation entre les services et le profil psychologique de chaque adolescente en proposant un modèle de guérison.

L'agression sexuelle dans l'enfance est un facteur de risque pour une diversité de troubles psychologiques à court, moyen et long termes (Beitchman et al., 1991 ; Beitchman et al., 1992 ; Briere et Elliott, 1994 ; Dinwiddie et al., 2000 ; Polusny et Follette, 1995). Trois groupes de variables permettraient de mieux comprendre les divers profils psychologiques

* Ph.D., Département de psychologie de l'Université de Montréal et membre du Centre de recherches interdisciplinaires sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

** Ph.D., Professeur titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal et directrice du CRIPCAS.

*** Ph.D., Professeur agrégé au département d'éducation spécialisée de l'Université de Sherbrooke, membre du CRIPCAS et du GRISE (Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance).

Les auteurs remercient les intervenants des Centres jeunesse de Montréal et les adolescentes qui ont collaboré à cette étude. Cette étude a bénéficié du soutien financier du Conseil québécois de la recherche sociale et du Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants et de l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

des personnes ayant vécu des agressions sexuelles, soit les caractéristiques personnelles, de l'environnement et des agressions (Harvey, 1996; Spaccarelli, 1994).

Les agressions sexuelles représentent officiellement entre 6 % et 11 % des cas pris en charge par les Centres jeunesse au Québec (Roberge, 1998). Toutefois, une étude de Pauzé et al. (2000) suggère que 30 % des adolescentes suivies sous différents alinéas de la loi de la protection de la jeunesse rapportent avoir vécu des agressions sexuelles. Dans le contexte actuel de redéfinition de certains programmes des Centres jeunesse, il devient important d'évaluer les besoins de la clientèle et les services actuels pour déterminer la pertinence de futures interventions (Paquette et Chagnon, 2000). Cette étude vise à décrire de façon détaillée le profil psychologique, les agressions sexuelles, les autres mauvais traitements et les services reçus d'adolescentes suivies par les services de protection de la jeunesse ainsi que les liens entre certaines de ces variables et les symptômes au cours de la prise en charge.

Profil psychologique

Au cours des vingt dernières années, la recherche auprès d'adolescents a montré que ceux ayant vécu des agressions sexuelles présentent plus de symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, d'agressivité, de colère, de préoccupations sexuelles, de dissociation, de problèmes de comportements internalisés et externalisés, de comportements suicidaires et de problèmes relationnels, que ceux n'en ayant pas vécu (Atlas et Ingram, 1998; Fergusson et al., 1996; Green et al., 1999; Hart et al., 1989; Mennen et Meadow, 1993; Silverman et al., 1996; Swanston et al., 1999; Williamson et al., 1991). Dans leur recension d'études portant sur les séquelles à court terme des agressions sexuelles, Kendall-Tackett et al. (1993) rapportent que les comportements autodestructeurs sont les seuls symptômes présents chez une majorité d'adolescents (53 % abuseraient de substances et 71 % s'automutileraient). Ils trouvent néanmoins des proportions importantes d'adolescents présentant des problèmes de dépression (46 %), de retrait (45 %), suicidaires (41 %) et d'estime de soi (33 %).

Outre les études sélectionnant uniquement des adolescents symptomatiques (dépression majeure par exemple — Haley et al., 1988), les proportions d'adolescents asymptomatiques varient entre 25 % et 47 % (Morrow, 1991; Spaccarelli et Kim, 1995). Certaines hypothèses sont avancées pour expliquer l'apparente absence d'impacts des agressions sexuelles chez certains : les symptômes sont latents ou mal évalués, les

enfants sont résilients ou ont vécu des agressions moins sévères (Fergusson et al., 1996 ; Kendall-Tackett et al., 1993).

Si certains enfants sont asymptomatiques à un moment précis, d'autres voient leurs symptômes diminuer avec le temps (Bolger et Patterson, 2001 ; Kendall-Tackett et al., 1993). Plusieurs études démontrent cependant que les symptômes peuvent se complexifier et persister durant plusieurs années à l'adolescence et l'âge adulte (Briere et Elliott, 1994 ; Dembo et al., 1992 ; Rorty et Yager, 1996 ; van der Kolk et al., 1991) ; d'où la nécessité d'intervenir tôt pour contrer ces séquelles.

Agressions sexuelles et autres mauvais traitements

Les agressions sexuelles recensées dans les études auprès d'adolescents sont variées, allant d'un seul incident d'exhibitionnisme perpétré par un inconnu à des agressions chroniques et répétées perpétrées par un parent. Cependant, les agressions sont peu souvent décrites de façon détaillée. Ainsi, des enfants, garçons et filles, d'âges très variés et ayant vécu des agressions très diverses sont souvent amalgamés en un seul groupe dit « d'enfants ayant vécu des agressions sexuelles » (Tyler, 2002). Les caractéristiques le plus souvent décrites sont le lien avec l'agresseur, la durée et la sévérité des agressions alors que le temps écoulé depuis la dernière agression n'est presque jamais rapporté (Kendall-Tackett et al., 1993). Ainsi, par exemple, la durée des agressions oscille entre 1 et 5 ans (Hart et al., 1989 ; Mennen et Meadow, 1993) et l'âge au début des agressions oscille entre 8 et 13 ans (Mennen et Meadow, 1993 ; Pedersen et Skrondal, 1996).

D'autre part, certains chercheurs commencent à étudier l'occurrence de divers mauvais traitements chez les adolescents agressés sexuellement. Selon McGee et al. (1997), 94 % des adolescents pris en charge par un centre de protection de la jeunesse (CPJ) vivent plus d'un type de mauvais traitements. De plus, une proportion importante d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles (28 % à 84 %) vivent aussi de la violence physique au sein de leur famille (Green et al., 1999 ; Hart et al., 1989 ; Kisiel et Lyons, 2001 ; Silverman et al., 1996).

Parmi les caractéristiques des agressions, la sévérité est associée aux symptômes de façon consistante parmi des populations d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (Beitchman et al., 1991 ; Feiring et al., 1998 ; Fergusson et al., 1996 ; Kendall-Tackett et al., 1993 ; Morrow, 1991 ; Ruggiero et al., 2000). On retrouve aussi généralement plus de symptômes chez les enfants dont les agressions débutent plus tôt, durent plus longtemps, et dont la relation avec l'agresseur est plus significative (Kendall-Tackett et al., 1993). Cependant, les recherches sont à ce jour

équivoques sur l'importance relative de ces dernières caractéristiques et donnent parfois des résultats contradictoires (Beitchman et al., 1991; Feiring et al., 1998; Kendall-Tackett et al., 1993; Ruggiero et al., 2000). En outre, la présence d'autres mauvais traitements en plus des agressions sexuelles serait liée à plus de symptômes chez les adolescents (Fergusson et al., 2000; Green et al., 1999; Hart et al., 1989; McGee et al., 1997; Naar-King et al., 2002; Ney et al., 1994; Ruggiero et al., 2000).

Services reçus

Les taux de participation à des services thérapeutiques dans le cadre de CPJ sont faibles chez les enfants et les adolescents ayant vécu des agressions sexuelles (Bagley et LaChance, 2000; Daigneault et al., 1999; Lynn et al., 1988; Pierce et Pierce, 1985; Tourigny, 1997). Les services de protection offerts aux enfants québécois agressés sexuellement semblent durer au moins un an, mais les services thérapeutiques dont ils bénéficient et les rencontres avec l'intervenant délégué à leur dossier sont peu fréquents (une à deux rencontres par mois — Messier, 1986; Tourigny et al., 1993). En outre, plus du tiers des enfants vivent une instabilité au niveau de leur intervenant (Messier, 1986).

Dans une recension des recherches évaluatives sur les interventions thérapeutiques offertes aux enfants et adolescents ayant vécu des agressions sexuelles, Tourigny (1997) conclut que les thérapies individuelles et de groupe s'avèrent efficaces, particulièrement pour réduire les troubles de comportement. Certains symptômes semblent néanmoins plus résistants au changement (Finkelhor et Berliner, 1995; Kendall-Tackett et al., 1993; O'Donohue, 1992), tels que l'agressivité ou l'isolement social (Tourigny, 1997). De plus, entre 10 % et 60 % des enfants et des adolescents voient des aspects de leur fonctionnement psychologique se détériorer après leur participation à une thérapie (Tourigny, 1997), alors qu'entre 7 % et 50 % sont à nouveau agressés sexuellement après avoir été pris en charge par des services de protection (Bagley et LaChance, 2000; Daigneault et al., 1999; Faller, 1991; Lynn et al., 1988; Messier, 1986; Tourigny, 1997).

Les facteurs énumérés plus tôt semblent avoir un impact sur les symptômes des adolescents agressés sexuellement et nous aident ainsi à mieux les comprendre. Toutefois, peu d'études ont à ce jour tenu compte de plusieurs de ces facteurs en relation avec les symptômes d'adolescents. Parmi les recommandations visant l'amélioration de nos connaissances du profil psychologique de ces enfants, on souligne la nécessité d'étudier des groupes d'âges spécifiques plus restreints; d'évaluer les symptômes de façon plus complète et plus spécifique; de documenter plusieurs carac-

téristiques des agressions surtout le temps écoulé depuis la fin des agressions; de documenter les autres types de mauvais traitements; de documenter les services réguliers offerts à cette population (Beutler, 1993; Kendall-Tackett et al., 1993; MacMillan et Munn, 2001; McGee et al., 1997; Ney et al., 1994; Ruggiero et al., 2000; Wolfe et Birt, 1995).

La présente étude vise ainsi à décrire le profil d'adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles et qui sont suivies par les services de protection de la jeunesse. Les objectifs sont d'abord de décrire le plus exhaustivement possible les symptômes des adolescentes, les agressions sexuelles, les autres mauvais traitements, et les services reçus. Ensuite, dans une approche exploratoire, les liens unissant les symptômes des adolescentes avec les autres variables seront examinés.

Méthode

Procédures

Les adolescentes âgées entre 13 et 17 ans ayant un dossier actif aux Centres jeunesse de Montréal (CJM) sous l'alinéa 38g(s) (agressions sexuelles) de la Loi de la protection de la jeunesse au cours d'une période d'un an entre 1998 et 1999 ont été sélectionnées. Des 80 dossiers recensés, 65 concernaient des dossiers toujours actifs d'adolescentes qui vivaient dans la région de Montréal et qui n'avaient ni trouble psychotique, ni déficit intellectuel.

Les intervenants délégués ont été contactés afin qu'ils sollicitent la participation des adolescentes. Celles ayant accepté de participer à l'étude ont été contactées par l'auteure principale afin de fixer un rendez-vous. L'entrevue d'environ trois heures s'est effectuée à leur lieu de résidence, à l'Université de Montréal ou aux CJM selon leur préférence. Les adolescentes ont donné leur consentement éclairé ainsi qu'un parent lorsque l'adolescente avait moins de 14 ans. Elles ont été informées qu'elles pouvaient arrêter l'entrevue à tout moment si elles le désiraient, et ce, sans aucune conséquence.

Trente des 65 adolescentes éligibles ont accepté de participer (46 %). Pour les 35 autres adolescentes, les refus de participation provenaient de l'adolescente (63 %), de l'intervenant délégué (31 %), des parents (3 %) et de la fugue d'une adolescente (3 %).

Participant

Les adolescentes avaient en moyenne 15,5 ans ($ÉT = 1,4$) et 23 % étaient d'origine haïtienne. Au moment de l'étude, 40 % d'entre elles fréquentaient l'école secondaire régulière, 43 % des classes spéciales de

niveau secondaire (insertion au travail, années combinées), 10 % le Cégep et 7 % ne fréquentait pas l'école.

Une majorité d'entre elles était placée au moment de l'étude (64 %), les autres vivaient avec leur mère (23 %) ou un membre de la famille élargie (13 %). Les parents de 80 % des adolescentes étaient séparés ou divorcés alors que 7 % des mères et 17 % des pères étaient décédés.

Une majorité d'adolescentes (57 %) avaient un seul signalement en agression sexuelle au moment de l'entrevue. Les 13 autres adolescentes présentaient 22 signalements supplémentaires survenus après un premier signalement retenu en agression sexuelle, dont 15 pour d'autres agressions sexuelles.

Mesures

Profil psychologique

La dépression, l'anxiété, les préoccupations sexuelles, le stress post-traumatique, la dissociation et la colère ont été évalués à l'aide de la version française (Wright et Sabourin, 1996) du *Trauma Symptoms Check-list for Children* (TSCC — Briere, 1996), développé pour déterminer la détresse associée à des événements traumatisants chez les enfants de 8 à 17 ans. L'échelle en quatre points comporte 54 items. Les scores plus élevés sont associés à plus de problèmes. La consistance interne pour les six échelles varie de modérée à très élevée (alpha de, 77 à, 89 — Briere, 1996). Des normes cliniques américaines (score *T* de 65 ou plus excédant les scores de 94 % des enfants de l'échantillon normatif, sauf pour l'échelle de préoccupations sexuelles – score *T* de plus de 70) sont proposées par l'auteur et sont utilisées dans cette étude. Les auteurs d'une étude québécoise utilisant la traduction française du TSCC auprès de 1556 enfants rapportent que la structure factorielle demeure la même que pour l'échelle originale et que la consistance interne varie entre, 70 et, 84 (Jouvin et al., 2001).

Les problèmes de comportement internalisés et externalisés ont été évalués à l'aide du *Youth Self-Report* (Achenbach, 1991). L'échelle en trois points compte 119 items. Plus les scores sont élevés, plus la présence de problèmes est marquée. Un score *T* de plus de 63 (90^e percentile) reflète des problèmes nécessitant une attention clinique selon des normes américaines (Achenbach, 1991).

L'échelle de problèmes relationnels est composée de 12 items du YSR proposés par Eltz et Shirk (1995). Les scores possibles vont de 0 à 24. Les scores plus élevés dénotent plus de problèmes relationnels.

L'inventaire des comportements autodestructeurs (Sadowsky, 1995), traduit et adapté (Cinq-Mars et Wright, 1997), a servi à évaluer la présence de 21 de ces comportements survenus au cours de la dernière année. Les items incluait des comportements automutilatoires et suicidaires, des troubles alimentaires, ainsi que la consommation d'alcool.

Agressions sexuelles et autres mauvais traitements

Les caractéristiques des agressions suivantes ont été colligées à partir des dossiers: présence de contact physique, de pénétration, d'agressions fréquentes (au moins une fois par semaine), durée, âge au début, temps écoulé depuis la fin des agressions et le lien avec l'agresseur.

Les adolescentes ont décrit l'occurrence de la violence physique et verbale envers elles dans leur famille et la violence conjugale physique et verbale à l'aide du questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance (Thériault et al., 1996).

Services reçus

Le nombre et le type de signalements, la durée de la prise en charge, le nombre d'intervenants délégués au dossier depuis son ouverture, ainsi que le nombre total de rencontres avec le délégué ont été colligés aux dossiers. Les adolescentes ont rapporté les types de services professionnels supplémentaires reçus au cours de la dernière année et, pour chacun, le nombre de rencontres.

Analyses

Des analyses descriptives ont été effectuées afin de détailler chacune des caractéristiques concernant les adolescentes, les agressions et les services reçus. Des analyses corrélationnelles ont aussi été effectuées afin d'explorer les liens unissant le profil psychologique des adolescentes, tel que décrit par les dix échelles de symptômes, à sept variables associées aux agressions et aux services reçus. Un nombre restreint de variables (sept) a été choisi selon des critères statistiques (sans données manquantes, cas extrêmes, ou corrélations élevées entre les prédicteurs) afin de limiter le nombre d'analyses effectuées sur un petit nombre de sujets.

Résultats

Afin de vérifier si les participantes étaient différentes des adolescentes n'ayant pas participé, les deux groupes sont comparés sur les variables suivantes: âge, origine ethnique, nombre de signalements et

caractéristiques des agressions (Tableau 1). Les deux groupes ne différaient aucunement sur ces variables à un degré de signification en deçà de ,01. Les participantes semblent donc représentatives des adolescentes suivies aux CJM sous l'alinéa 38g(s), au moins au niveau de ces variables.

Tableau 1
Principales caractéristiques sociodémographiques et des agressions sexuelles : comparaisons entre participantes et non-participantes

Variables	Participantes (N = 30) Moyenne (ÉT) ou %	Non-participantes (N = 31) %	Tests statistiques
Âge (an)	15,5 (1,4)	15,0 (1,4)	$t = 1,31$
Origine haïtienne	23 %	15 %	$\chi^2 = 0,72$
Nombre de signalements	1,7 (1,1)	1,4 (0,8)	$t = 1,2$
Contact physique	100 %	100 %	—
Pénétration	63 %	60 %	$\chi^2 = 0,1$
Père agresseur	60 %	55 %	$\chi^2 = 0,2$
Agresseurs multiples	57 %	36 %	$\chi^2 = 2,8$
Agressions fréquentes	67 %	48 %	$\chi^2 = 2,5$
Âge début des agressions (an)	8,0 (3,7)	6,8 (3,3)	$t = 1,3$
Durée des agressions sexuelles (an)	3,6 (2,6)	3,4 (2,6)	$t = 0,3$
Temps écoulé depuis fin agressions (an)	3,3 (2,1)	3,4 (2,3)	$t = 0,0$

1tests- t , $dl = 59$

2chi-carré, $dl = 1$

Profil psychologique

Les problèmes internalisés et externalisés atteignaient le seuil clinique pour une majorité des adolescentes (respectivement de 53 % et 63 %), de même que les préoccupations sexuelles (63 % — Tableau 2). Pour les autres symptômes, une adolescente sur cinq atteint un seuil clinique d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et de colère et seulement 7 % pour la dissociation. Parmi les huit symptômes spécifiques et généraux évalués par le TSCC et le YSR, 17 % des adolescentes ne présentaient aucun symptôme clinique. En moyenne, pour ces mêmes huit échelles, elles présentaient 2,7 problèmes nécessitant une attention clinique ($\acute{E}T = 2,0$).

Tableau 2
Scores moyens de chaque symptôme
et pourcentage de cas cliniques

Symptômes	Moyenne (ÉT) (N = 30)	% clinique (N = 30)
TSCC		
Anxiété	11,1 (4,3)	20
Dépression	11,2 (4,5)	17
Stress post-traumatique	15,1 (4,3)	23
Préoccupations sexuelles	8,9 (4,0)	63
Colère	9,9 (5,1)	20
Dissociation	11,9 (4,7)	7
YSR (scores-T)		
Problèmes internalisés	66,4 (9,7)	53
Problèmes externalisés	64,0 (8,8)	63
Problèmes relationnels (score brut)	7,4 (4,2)	—
SIBQ (nombre de comportements)	5,7 (3,3)	—

Les adolescentes rapportaient un score moyen relativement peu élevé pour les problèmes relationnels (Tableau 2). Les principaux problèmes rencontrés étaient : se disputer beaucoup (90 % des adolescentes), le sentiment que personne ne les aime (73 %), ne pas être aimé des autres jeunes (57 %), taquiner ou agacer les autres (83 %) et se tenir à l'écart des autres (67 %).

Finalement, au niveau des comportements autodestructeurs deux items du YSR révèlent que dans les six derniers mois 47 % des adolescentes ont pensé parfois (40 %) ou souvent (7 %) à se suicider et que 33 % ont tenté de se blesser ou de se suicider. Les adolescentes rapportaient en moyenne 5,7 comportements autodestructeurs au SIBQ (Tableau 2), les plus fréquents étant : donner des coups dans les murs (50 %), ne pas demander de l'aide lorsque souffrante (67 %), et refuser de manger (63 %). Les comportements les plus sévères étaient moins fréquents, mais au cours de l'année précédant l'évaluation, 10 % se sont ouvert les veines, 23 % ont cherché à s'étrangler et 7 % ont excédé la dose prescrite d'un médicament.

Agressions sexuelles et autres mauvais traitements

Les agressions vécues par les adolescentes sont décrites au Tableau 1. Pour près de six adolescentes sur dix il y eut plus d'un agresseur, les agressions comportaient de la pénétration, étaient fréquentes et chroniques. Elles ont débuté dans l'enfance vers l'âge de 8,0 ans perdurant jusqu'au début de l'adolescence (11-12 ans). Toutes ont subi des agressions intrafamiliales, soit de leur père (60 %) d'un beau-père (17 %), d'un frère, d'un oncle ou d'un grand-père (24 %). En plus des agressions intrafamiliales, 23 % ont été agressées par des hommes ne faisant pas partie de leur famille. Le dernier incident d'agression rapporté est survenu en moyenne 3,3 ans avant la présente étude. Néanmoins, 12 adolescentes (40 %) ont à nouveau fait l'objet de signalements en agressions sexuelles au cours de leur prise en charge ou après un premier signalement retenu et trois ont vécu des agressions sexuelles durant l'année précédant l'étude.

La majorité des adolescentes ont rapporté avoir vécu de la violence physique (70 %), de la violence verbale (63 %) ainsi qu'avoir été témoin de violence conjugale (77 %) dans leur famille. La moitié des adolescentes (50 %) a rapporté les deux types de violence à leur endroit (physique et verbale) et seulement 17 % n'a rapporté aucun des deux types de violence.

Services reçus dans la dernière année

Au moment de l'évaluation, les dossiers des adolescentes étaient actifs aux CJM depuis 3,6 ans en moyenne (Tableau 3). Au cours de ces années, les adolescentes ont vu 2,8 intervenants délégués se succéder à leur dossier. Dans la dernière année, la majorité des adolescentes ont conservé le même délégué (67 %), mais le tiers d'entre elles ont vécu un et même deux changements. D'ailleurs, plus les dossiers des adolescentes étaient ouverts depuis longtemps plus les intervenants ont été nombreux ($r = ,65$, $p = ,00$). En moyenne, elles ont vu leur délégué une fois toutes les six semaines au cours de la dernière année. Enfin, celles ayant bénéficié d'autres services (réadaptation, thérapie individuelle, etc.) n'ont pas une fréquence de rencontres avec leur délégué significativement différente de celle des adolescentes n'ayant eu aucun autre service ($t = -, 85$; $p = ,40$).

Le type de thérapie le plus fréquent consistait en des rencontres individuelles avec un thérapeute autre que le délégué (43 %). En moyenne le groupe a bénéficié d'environ une rencontre de thérapie individuelle par mois. D'autres types de thérapie ont été rapportés mais d'une façon trop marginale pour être analysés plus en détail. Disons seulement que deux adolescentes rapportaient avoir participé à des ren-

contres de thérapie familiale, trois à des rencontres ou dyadiques, et que quatre adolescentes ont participé à une thérapie de groupe.

Au total, 53 % des adolescentes ont rapporté avoir bénéficié d'au moins une rencontre de l'un ou l'autre des quatre types de thérapie dans l'année précédente. Ces 16 adolescentes rapportaient une moyenne d'environ 2,6 rencontres par mois avec différents intervenants. La moyenne pour l'ensemble des 30 adolescentes était d'environ 1,4 rencontre par mois.

Tableau 3
Caractéristiques des services reçus au cours de la dernière année

	Moyenne (<i>ÉT</i>) ou % (<i>N</i> = 30)
Durée de la prise en charge (an)	3,6 (3,3)
Nombre de délégués/dernière année	1,4 (0,7)
Nombre de délégués/total	2,8 (1,9)
Nombre de rencontres délégué/dernière année	8,6 (6,6)
Participation — psychothérapie individuelle	43 %
Nombre de rencontres	11,3 (19,6)
Participation — psychothérapie de groupe	13 %
Nombre de rencontres	2,9 (9,3)
Participation — psychothérapie familiale	10 %
Nombre de rencontres	0,6 (2,3)
Participation — psychothérapie dyadique	7 %
Nombre de rencontres	1,6 (6,1)
Participation totale (au moins un des quatre types de thérapie)	53 %
Nombre de rencontres si au moins une rencontre (<i>N</i> = 16)	30,9 (23,8)
Nombre de rencontres	16,5 (23,2)

Les symptômes en lien avec les caractéristiques des agressions sexuelles, des autres mauvais traitements et des services reçus

Le Tableau 4 révèle peu de liens significatifs entre les 10 symptômes et les caractéristiques des agressions. Toutefois, plus les agressions étaient terminées depuis longtemps et moins les comportements autodestructeurs étaient nombreux.

On observe également que plus les adolescentes étaient suivies depuis longtemps et moins elles présentaient des scores élevés au niveau

Tableau 4
**Corrélations entre dix symptômes et sept variables décrivant les agressions
 et les services pour les 30 participantes**

Symptômes	Fréquence	Sévérité	Fin de agressions	Violence physique	Délégués/an	Thérapie individuelle	Durée prise en charge
Dépression	,04	,09	-,25	,09	,03	,30	-,20
Anxiété	-,08	-,01	-,21	,11	-,08	,45**	-,13
Stress post-traumatique	-,24	,05	-,21	-,11	-,12	,29	-,46**
Préoccupations sexuelles	,05	,09	-,22	,08	-,26	,41*	-,05
Dissociation	,29	,03	-,21	,19	-,26	,26	-,49**
Colère	,19	,15	-,14	-,06	-,20	,51**	-,17
Internalisation	,01	,13	-,20	,18	-,08	,45*	-,19
Externalisation	,13	,14	-,17	-,07	-,31	,32	-,19
Problèmes relationnels	,11	,30	-,09	,03	-,17	,50**	-,05
SIBQ	-,32	-,01	-,45**	,12	,27	,23	-,19

*p < .05 **p < .01

de la dissociation et du stress post-traumatique. Cependant, les adolescentes qui rapportaient avoir participé à des rencontres de thérapie individuelle au cours de l'année précédant l'étude, avaient des scores d'anxiété, de préoccupations sexuelles, de colère, d'internalisation et des problèmes relationnels plus élevés que les autres. Après avoir contrôlé pour l'âge, la durée de prise en charge et le temps écoulé depuis la dernière agression, tous les liens précédents sont demeurés significatifs.

Discussion

Cette étude trace un profil détaillé des symptômes, des agressions vécues et des services reçus d'un groupe d'adolescentes prises en charge pour agression sexuelle par les CJM (sous l'alinéa 38g(s)). Conséquemment, les résultats ne peuvent être généralisés qu'à ce type de population et excluent les adolescentes qui ont vécu des agressions sexuelles, mais qui sont suivies sous d'autres alinéas ou celles présentant une déficience intellectuelle ou un trouble psychotique. De plus, le schème transversal, les données rétrospectives ainsi que les analyses corrélationnelles ne permettent pas d'établir de lien de causalité alors que le petit nombre de sujets restreint la puissance statistique des analyses.

Cette étude a néanmoins permis de mettre en lumière plusieurs résultats importants dont le profil psychologique des adolescentes qui s'est révélé dans l'ensemble très sévère et varié. En effet, les adolescentes présentent en moyenne non seulement près de trois symptômes atteignant un seuil clinique, mais aussi de nombreuses autres difficultés psychologiques (par exemple, tentatives de suicide). Les symptômes pris individuellement sont souvent semblables et rarement plus sévères que ceux d'autres études utilisant les mêmes instruments de mesure (Atlas et Ingram, 1998 ; Fergusson et al., 1996 ; Kisiel et Lyons, 2001 ; Silverman et al., 1996 ; Sinclair et al., 1995 ; Swanston et al., 1999), mais force nous est de constater que le profil global incluant tous ces symptômes est largement plus sévère que ce que l'on retrouve en général dans la littérature (Kendall-Tackett et al., 1993).

Les adolescentes de notre étude ont de plus vécu les agressions sexuelles les plus sévères du large éventail rapporté dans la littérature — en majorité intrafamiliales, fréquentes, de longue durée, avec contact physique et pénétration — et une proportion alarmante d'entre elles ont vécu d'autres agressions sexuelles alors qu'elles étaient connues ou suivies par les services de protection de la jeunesse. Aux caractéristiques très sévères des agressions et à la revictimisation, s'ajoute la présence de violence physique, verbale et conjugale dans la famille d'une majorité des adolescentes. Ceci concorde avec les études trouvant une comorbidité

élevée (53 % à 94 %) de mauvais traitements parmi des populations évalués par des CPJ (Bolger et Patterson, 2001 ; McGee et al., 1997).

Le profil des symptômes, bien que globalement plus sévère, est cohérent avec les études qui établissent des liens assez clairs entre la sévérité des agressions, la présence de violence physique et la sévérité des symptômes (Beitchman et al., 1991 ; Fergusson et al., 1996 ; Green et al., 1999 ; Naar-King et al., 2002 ; Ruggiero et al., 2000 ; Trickett et al., 2001). Cependant, dans notre étude, outre le fait que les adolescentes dont les agressions sont terminées depuis plus longtemps présentent moins de comportements autodestructeurs, les caractéristiques des agressions et la violence physique ne sont pas liées de façon significative aux symptômes. Le fait que la sévérité et la fréquence soient des variables dichotomiques et que les agressions vécues par ce petit échantillon d'adolescentes soient relativement homogènes, peut toutefois limiter la capacité de trouver des liens significatifs (Trickett et al., 2001). Des auteurs suggèrent de plus que lorsque les agressions physiques sont autorapportées elles ne sont pas associées à plus de symptômes contrairement à lorsqu'elles sont rapportées officiellement par des CPJ (Cohen et al., 2001 ; Silverman et al., 1996).

Toutes les adolescentes bénéficient d'interventions de la part du délégué responsable de leur dossier mais seulement la moitié d'entre elles ont accès à des services thérapeutiques offerts surtout de façon individuelle. Très peu ont accès à des rencontres familiales, dyadiques ou en groupe. De plus, ces rencontres, avec leur délégué ou un autre professionnel, apparaissent trop peu fréquentes considérant leurs nombreux symptômes. Certaines adolescentes vivent également de nombreux changements d'intervenants qui rendent vraisemblablement instable ce suivi déjà peu fréquent. Finalement, elles reçoivent en moyenne moins de services que les enfants et les adolescents de deux études québécoises (Messier, 1986 ; Tourigny et al., 1993), malgré le fait qu'elles rapportent plus de symptômes et que les services de ces deux études étaient eux-mêmes peu fréquents. En somme, les services offerts aux adolescentes semblent nettement insuffisants pour répondre à leurs besoins.

Les liens observés entre les symptômes et les services reçus sont inconsistants. D'abord, la durée de prise en charge est liée à des symptômes de dissociation et de stress post-traumatique moindres, et ce, peu importe l'âge des adolescentes et le temps écoulé depuis la dernière agression. Malgré les limites inhérentes au devis rétrospectif et aux analyses corrélationnelles, ces résultats semblent indiquer que ces symptômes diminuent au cours de la prise en charge.

Par contre, le fait de participer à une thérapie individuelle est quant à lui associé à plus de symptômes d'anxiété, de préoccupations sexuelles, de colère, d'internalisation et de problèmes relationnels, et ce, peu importe l'âge, le temps écoulé depuis la dernière agression et la durée de la prise en charge. Ces liens peuvent se comprendre d'au moins deux façons : 1) la thérapie aurait un effet négatif ou ; 2) les adolescentes présentant plus de symptômes reçoivent plus souvent de la thérapie.

Il pourrait être suggéré que l'exacerbation des symptômes fait partie inhérente d'un processus thérapeutique. Cependant, plusieurs processus sont terminés au moment de l'étude et ces adolescentes présentent toujours des symptômes cliniques qui sont de surcroît plus marqués que ceux d'adolescentes n'ayant pas participé à une thérapie individuelle dans l'année. La seconde hypothèse pour expliquer ces résultats s'accorde avec l'étude de Messier (1986) qui observe que dans les dossiers de filles présentant des problèmes multiples comparativement à celles en présentant moins on retrouve plus de types de suivis différents et une collaboration plus fréquente avec un psychologue ou un psychiatre.

Ces résultats soulèvent plusieurs questions importantes. Pourquoi après plus de trois ans de prise en charge ces adolescentes, qui présentent des symptômes cliniques, ne reçoivent pas les services dont elles auraient besoin ? Est-ce parce que les services ne sont pas disponibles, parce que les adolescentes refusent ou terminent prématurément ? Bien que cette recherche ne permette pas de répondre à ces questions, certaines études suggèrent que les services sont plutôt offerts sur la base de leur disponibilité dans le cadre des CPJ que sur la base des besoins de la clientèle (Lynn et al., 1988), et qu'une large portion des services effectivement offerts (60 % à 65 %) ne sont jamais ou peu utilisés (Lynn et al., 1988 ; Pierce et Pierce, 1985). Il est également possible que le nombre élevé de cas suivis par les intervenants, de même que la grande variation dans le type de clientèles (enfants négligés, abusés physiquement ou sexuellement) aient un effet direct sur la capacité à offrir les services requis.

À la lumière de ces résultats, la pertinence de développer des programmes d'intervention ne semble plus faire de doute. Le type d'intervention qui peut le mieux répondre aux besoins criants de ces adolescentes demeure cependant à préciser. Ces services, peu importe leur provenance, doivent reposer sur une évaluation systématique des besoins et des symptômes de chaque adolescente. Pour s'assurer de l'adéquation entre les services et les besoins, nous croyons que l'utilisation d'un modèle théorique et clinique adapté à la réalité des survivants de violences interpersonnelles doit servir de guide.

Par exemple, le modèle écologique du processus de guérison à la suite de violences interpersonnelles proposé par plusieurs auteures (Harvey, 1996; Herman, 1992; Lebowitz et al., 1993) s'avère particulièrement inspirant. Ce modèle comprend trois grandes étapes de guérison. La première étape vise l'établissement de la sécurité autant physique que psychologique. L'étape intermédiaire consiste en l'intégration des souvenirs, des affects et des cognitions liés à l'expérience d'agression à l'intérieur d'un sens de soi cohérent et continu. La dernière étape est caractérisée par le rétablissement actif de liens interpersonnels mutuels et égalitaires et la création d'une vie remplie de sens. Bien qu'une des tâches centrales de ce modèle soit l'exploration du trauma en vue de son intégration, étape reconnue par plusieurs auteurs comme nécessaire au processus de guérison (Chaffin, 1992; De Young et Corbin, 1994; Trolley, 1995), une grave erreur serait de s'acharner à explorer les agressions sexuelles (Lebowitz et al., 1993). En outre, ce modèle propose que pour entreprendre cette exploration caractérisant la seconde étape sans que cela ne soit à nouveau traumatisant, il est nécessaire d'avoir préalablement atteint et consolidé une sécurité minimale au niveau de l'estime de soi et de l'attachement, qui se refléterait entre autres par une amélioration de la gestion de la symptomatologie (Lebowitz et al., 1993).

En présence de l'ampleur des symptômes notée chez ces adolescentes, particulièrement les comportements autodestructeurs et suicidaires, il semble qu'en premier lieu un temps considérable doit être dévolu à la première étape afin d'établir un environnement de vie sécuritaire et de favoriser le développement de routines de soins quotidiens, l'acquisition de stratégies d'adaptation positives, la diminution des symptômes et une gestion plus adéquate des émotions. Pour l'instant, il semble qu'il n'y ait pas de réponse suffisante à ces besoins de sécurité de base au sein des CJM, malgré leur mandat de protection (par exemple, la revictimisation sexuelle et les tentatives de suicides importantes durant la prise en charge). Une intervention plus soutenue et surtout plus continue dans le temps nous apparaît nécessaire afin d'arriver aux objectifs de protection de la direction de la protection de la jeunesse auprès des adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles.

RÉFÉRENCES

- ACHENBACH, T. M., 1991, *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*, Burlington, VT, University of Vermont Department of Psychiatry.
- ATLAS, J. A., INGRAM, D. M., 1998, Betrayal trauma in adolescent inpatients, *Psychological Reports*, 83, 3, 914.

- BAGLEY, C., LACHANCE, M., 2000, Evaluation of a family-based programme for the treatment of child sexual abuse, *Child and Family Social Work*, 5, 3, 205-213.
- BEITCHMAN, J. H., ZUCKER, K. J., HOOD, J. E., DACOSTA, G. A., AKMAN, D., 1991, A review of the short-term effects of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 15, 4, 537-556.
- BEITCHMAN, J. H., ZUCKER, K. J., HOOD, J. E., DACOSTA, G. A., AKMAN, D., CASSAVIA, E., 1992, A review of the long-term effects of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 16, 1, 101-118.
- BEUTLER, L. E., 1993, Designing outcome studies: treatment of adult victims of childhood sexual abuse, *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 3, 402-414.
- BOLGER, K. E., PATTERSON, C. J., 2001, Pathways from child maltreatment to internalizing problems: perceptions of control as mediators and moderators, *Development and Psychopathology*, 13, 4, 913-940.
- BRIERE, J., 1996, *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional Manual*, Odessa, Psychological Resources, Inc.
- BRIÈRE, J. N., ELLIOTT, D. M., 1994, Immediate and long-term impacts of child sexual abuse, *The Future of Children*, 4, 2, 54-69.
- CINQ-MARS, C., WRIGHT, J., 1997, *Traduction française de l'inventaire de comportement autodestructeurs (self-destructive behaviors inventory)*, (Document inédit), Département de psychologie, Université de Montréal.
- COHEN, P., BROWN, J., SMAILES, E., 2001, Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population, *Development and Psychopathology*, 13, 4, 981-999.
- DAIGNEAULT, I., TOURIGNY, M., CYR, M., 1999, *Rapport d'évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une thérapie de groupe pour adolescentes victimes d'agressions sexuelles et d'une intervention post-dévoilement*, Institut de recherche pour le développement social des jeunes, Montréal.
- DEMBO, R., WILLIAMS, L., SCHMEIDLER, J., BERRY, E., WOTHKE, W., GETREU, A., WISH, E. D., CHRISTENSEN, C., 1992, A structural model examining the relationship between physical child abuse, sexual victimization, and marijuana/hashish use in delinquent youth: A longitudinal study, *Violence and Victims*, 7, 1, 41-61.
- DINWIDDIE, S. H., HEATH, A. C., DUNNE, M. P., BUCHOLZ, K. K., MADDEN, P. A. F., SLUTSKE, W. S., BIERUT, L. J., STATHAM, D. B., MARTIN, N. G., 2000, Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study, *Psychological Medicine*, 30, 1, 41-52.

- ELTZ, M. J., SHIRK, S. R., 1995, Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents, *Child Abuse and Neglect*, 19, 4, 419-431.
- FALLER, K. C., 1991, What happens to sexually abused children identified by child protective services? *Children and Youth Services Review*, 13, 1-2, 101-111.
- FEIRING, C., TASKA, L. S., LEWIS, M., 1998, Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse, *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 2, 240-260.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, J. L., LYNKEY, M. T., 1996, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. psychiatric outcomes of childhood sexual abuse, *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 10, 1365-1374.
- FERGUSON, D. M., WOODWARD, L. J., HORWOOD, L. J., 2000, Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood, *Psychological Medicine*, 30, 1, 23-39.
- FINKELHOR, D., BERLINER, L., 1995, Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 11, 1408-1423.
- GREEN, S. M., RUSSO, M. F., NAVRATIL, J. L., LOEBER, R., 1999, Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems, *Journal of Child and Family Studies*, 8, 2, 151-168.
- HALEY, G. M. T., FINE, S., MARRIAGE, K., 1988, Psychotic features in adolescents with major depression, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 4, 489-493.
- HART, L. E., MADER, L., GRIFFITH, K., DEMENDONCA, M., 1989, Effects of sexual and physical abuse: A comparison of adolescent inpatients, *Child Psychiatry and Human Development*, 20, 1, 49-57.
- HARVEY, M. R., 1996, An ecological view of psychological trauma and trauma recovery, *Journal of Traumatic Stress*, 9, 1, 3-23.
- HERMAN, J. L., 1992, *Trauma and Recovery*, New-York, Basic Books.
- JOUVIN, É., CYR, M., THÉRIAULT, C., WRIGHT, J., 2001, *Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*, Département de Psychologie, Université de Montréal.
- 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.

- KISIEL, C. L., LYONS, J. S., 2001, Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 158, 7, 1034-1039.
- LEBOWITZ, L., HARVEY, M. R., HERMAN, J. L., 1993, A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma, *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 3, 378-391.
- LYNN, M., JACOB, N., PIERCE, L., 1988, Child sexual abuse : A follow-up study of reports to a protective service hotline, *Children and Youth Services Review*, 10, 2, 151-165.
- MACMILLAN, H. L., MUNN, C., 2001, The sequelae of child maltreatment, *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 4, 325-331.
- MCGEE, R. A., WOLFE, D. A., WILSON, S. K., 1997, Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems : Adolescents' perspectives, *Development and Psychopathology*, 9, 1, 131-149.
- MENNEN, F. E., MEADOW, D., 1993, The relationship of sexual abuse to symptom levels in emotionally disturbed girls, *Child and Adolescent Social Work Journal*, 10, 4, 319-328.
- MESSIER, C., 1986, *Le traitement des cas d'inceste père-fille : une pratique difficile*, Ministère de la Justice, Québec.
- MORROW, K. B., 1991, Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation, *Child Abuse and Neglect*, 15, 4, 477-483.
- NAAR-KING, S., SILVERN, L., RYAN, V., SEBRING, D., 2002, Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence, *Journal of Family Violence*, 17, 2, 133-149.
- NEY, P. G., FUNG, T., WICKETT, A. R., 1994, The worst combination of child abuse and neglect, *Child Abuse and Neglect*, 18, 9, 705-714.
- O'DONOHUE, W., 1992, Treatment of the sexually abused child: A review, *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 3, 218-228.
- PAQUETTE, F., CHAGNON, F., 2000, *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*, Les Centres jeunesse de Montréal — Direction de la recherche et du développement.
- PAUZÉ, R., TOUPIN, J., DÉRY, M., MERCIER, H., CYR, M., CYR, F., FRAPPIER, J.-Y., 2000, *Les soins aux jeunes en difficulté — QC-411 — Volet 1. Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et descriptions des services reçus au cours des premiers mois*, GRISE, Université de Sherbrooke et Université de Montréal.

- PEDERSEN, W., SKRONDAL, A., 1996, Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls, *Addiction*, 91, 4, 565-581.
- PIERCE, R. L., PIERCE, L. H., 1985, Analysis of sexual abuse hotline reports, *Child Abuse and Neglect*, 9, 37-45.
- 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, 3, 143-166.
- ROBERGE, P., 1998, *Enfants et adolescents signalés à la direction de la protection de la jeunesse: les parcours de six cohortes*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- RORTY, M., YAGER, J., 1996, Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders, *Psychiatric Clinics of North America*, 19, 4, 773-791.
- RUGGIERO, K. J., MCLEER, S. V., DIXON, F. J., 2000, Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology, *Child Abuse and Neglect*, 24, 7, 951-964.
- SADOWSKY, C. M., 1995, *Self-Injurious Behaviors Questionnaire*, Unpublished document. Available from the author — Mayo Clinic, Rochester, MN.
- SILVERMAN, A. B., REINHERZ, H. Z., GIACONIA, R. M., 1996, The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study, *Child Abuse and Neglect*, 20, 8, 709-723.
- SINCLAIR, J. J., LAZELERE, R. E., PAINE, M., JONES, P., GRAHAM, K., JONES, M., 1995, Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting, *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 4, 533-542.
- SPACCARELLI, S., 1994, Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review, *Psychological Bulletin*, 116, 2, 340-362.
- SPACCARELLI, S., KIM, S., 1995, Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls, *Child Abuse and Neglect*, 19, 9, 1171-1182.
- SWANSTON, H. Y., NUNN, K. P., OATES, R. K., TEBBUTT, J. S., O'TOOLE, B. I., 1999, Hoping and coping in young people who have been sexually abused, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 2, 134-142.
- THÉRIAULT, C., CYR, M., WRIGHT, J., 1996, *Questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance et l'adolescence* (Document inédit), Département de psychologie, Université de Montréal.

- TOURIGNY, M., 1997, Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits, *Revue canadienne de psycho-éducation*, 26, 1, 39-69.
- TOURIGNY, M., PÉLADEAU, N., DOYON, M., 1993, *Évaluation sommative du programme de traitement des enfants abusés sexuellement implanté dans la région de Lanaudière par le centre des services sociaux Laurentides-Lanaudière*, Laboratoire de Recherche en Écologie Humaine et Sociale, Université du Québec à Montréal.
- TRICKETT, P. K., NOLL, J. G., REIFFMAN, A., PUTNAM, F. W., 2001, Variants of intrafamilial sexual abuse experience : Implications for short- and long-term development, *Development and Psychopathology*, 13, 4, 1001-1019.
- TYLER, K. A., 2002, Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse : A review of recent research, *Aggression and Violent Behavior*, 7, 6, 567-589.
- VAN DER KOLK, B. A., PERRY, J. C., HERMAN, J. L., 1991, Childhood origins of self-destructive behavior, *American Journal of Psychiatry*, 148, 12, 1665-1671.
- WILLIAMSON, J. M., BORDUIN, C. M., HOWE, B. A., 1991, The ecology of adolescent maltreatment : A multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse and neglect, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 3, 449-457.
- WOLFE, V. V., BIRT, J. A., 1995, The psychological sequelae of child sexual abuse, *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 233-263.
- WRIGHT, J., SABOURIN, S., 1996, *Traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children* (Document inédit), Département de Psychologie, Université de Montréal.

ABSTRACT

Psychological profile of adolescent girls victim of sexual abuse and under the protection of child services

This study examines the symptoms of 30 adolescent girls who are under child protection care following sexual assault. In addition to describing the psychological profile of these adolescents, the study describes the sexual abuse, services received, and identifies factors that are likely to be linked to symptoms. Results show that adolescents present many psychological problems and that the majority experience distress necessitating clinical attention. Sexual abuses are at the extreme end of the large continuum reported in the literature and services are infrequent and

irregular. Symptoms are associated with the time elapsed since the last sexual abuse and with services received. The discussion highlights the importance of adequacy between services and psychological profile of each adolescent while suggesting a model of recovery.

RESUMEN

Perfil psicológico de adolescentes agredidos sexualmente y que han sido tomados a cargo por los servicios de protección a la juventud

Este estudio se interesa en los síntomas de 30 adolescentes que han sido tomados a cargo por los servicios de protección a la juventud después de haber sufrido agresiones sexuales. Además de trazar un perfil psicológico de estos adolescentes, el estudio describe las agresiones sexuales vividas, los servicios recibidos e identifica los factores susceptibles de ser ligados a los síntomas. Los resultados muestran que los adolescentes presentan varios problemas psicológicos y que la mayoría de ellas vive una aflicción que necesita una intervención clínica. Las agresiones sexuales se sitúan al extremo más severo de la amplia gama reportada en la literatura y los servicios son poco frecuentes e irregulares. Los síntomas están asociados al tiempo transcurrido desde el fin de las agresiones hasta los servicios recibidos. La discusión subraya la importancia de la adecuación entre los servicios y el perfil psicológico de cada adolescente y propone un modelo de cura.

RESUMO

Perfil psicológico de adolescentes agredidas sexualmente e atendidas pelos serviços de proteção da criança e do adolescente

Este estudo enfoca os sintomas de 30 adolescentes atendidas pelos serviços de proteção da criança e do adolescente após terem sofrido agressões sexuais. Além de fazer um perfil psicológico destas adolescentes, o estudo descreve as agressões sexuais vividas, os atendimentos recebidos e identifica os fatores susceptíveis de estarem relacionados aos sintomas. Os resultados demonstram que as adolescentes apresentam vários problemas psicológicos e que a maioria delas passa por problemas que necessitam uma intervenção clínica. As agressões sexuais situam-se na extremidade mais grave do vasto leque de assuntos publicados pela literatura e os serviços são pouco frequentes e irregulares. Os sintomas são associados ao tempo passado desde o fim das agressões e o atendimento recebido. A discussão ressalta a importância da adequação entre o atendimento e o perfil psicológico de cada adolescente propondo um modelo de cura.