

Stratégies d'adaptation et idéations suicidaires chez un groupe d'adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle

Marie-Ève Brabant, M.Ps., cand. Ph. D., François Chagnon, Ph. D. and Martine Hébert, Ph. D.

Volume 21, Number 1, Fall 2008

Prévenir le suicide

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/037877ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/037877ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Brabant, M.-È., Chagnon, F. & Hébert, M. (2008). Stratégies d'adaptation et idéations suicidaires chez un groupe d'adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle. *Frontières*, 21(1), 82–89. <https://doi.org/10.7202/037877ar>

Article abstract

Fifty-two female sexual abuse victims aged 12 to 17 years old were interviewed as part of a research project. They were recruited in three different settings : Centre jeunesse de Montreal, Centre jeunesse de la Montérégie and Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) in Gatineau. The aim of the project was to document the prevalence of suicidal ideations in the sample and to explore the coping strategies (seeking social support, problem-solving and avoidance/distanciation) used by participants to face the sexual abuse. Moreover, the relationship between coping strategies and the presence/absence of suicidal ideations was investigated. Results indicate that sexually abused adolescents who present high suicidal intent differ from non-suicidal or low intent suicidal participants with regards to coping strategies used to face the sexual abuse. Finally, in light of the results, therapeutic implications are discussed to guide clinical workers who intervene with teenagers displaying this double problem (sexual abuse and suicidal thoughts).

Résumé

Une étude réalisée auprès de 52 adolescentes ayant été victimes d'agression sexuelle et provenant du Centre jeunesse de Montréal, du Centre jeunesse de la Montérégie et du Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille de Gatineau (CIASF) a permis de documenter la prévalence des idéations suicidaires dans cet échantillon. L'objectif de cette étude était d'investiguer les stratégies d'adaptation utilisées par ces participantes pour faire face à l'agression sexuelle (recherche de soutien social, réévaluation positive / résolution de problèmes et évitement / distanciation). De plus, les liens existants entre les stratégies de *coping* et les idéations suicidaires ont été explorés. Les résultats indiquent que les adolescentes ayant été victimes d'agression sexuelle et ayant un désir suicidaire élevé se distinguent des victimes non suicidaires ou légèrement suicidaires, au niveau des stratégies d'adaptation employées pour faire face à l'agression sexuelle vécue. Finalement, l'implication de ces résultats en matière d'intervention est abordée afin d'orienter les pratiques des intervenants côtoyant des adolescentes présentant une double problématique (agression sexuelle et idéations suicidaires).

Mots clés : *agression sexuelle – idéations suicidaires – dépression – adolescence – stratégies d'adaptation.*

Abstract

Fifty-two female sexual abuse victims aged 12 to 17 years old were interviewed as part of a research project. They were recruited in three different settings: Centre jeunesse de Montreal, Centre jeunesse de la Montérégie and Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) in Gatineau. The aim of the project was to document the prevalence of suicidal ideations in the sample and to explore the coping strategies (seeking social support, problem-solving and avoidance/distanciation) used by participants to face the sexual abuse. Moreover, the relationship between coping strategies and the presence/absence of suicidal ideations was investigated. Results indicate that sexually abused adolescents who present high suicidal intent differ from non-suicidal or low intent suicidal participants with regards to coping strategies used to face the sexual abuse. Finally, in light of the results, therapeutic implications are discussed to guide clinical workers who intervene with teenagers displaying this double problem (sexual abuse and suicidal thoughts).

Keywords: *sexual abuse – suicidal ideations – depression – adolescence – coping strategies.*

Stratégies d'adaptation et idéations suicidaires chez un groupe d'adolescentes ayant dévoilé une agression sexuelle

Marie-Ève Brabant, M.Ps., cand. Ph. D.,
Département de psychologie,
Université du Québec à Montréal.

François Chagnon, Ph. D.,
professeur titulaire, Département de psychologie,
Université du Québec à Montréal, directeur associé, CRISE.

Martine Hébert, Ph. D.,
professeure titulaire, Département de sexologie,
Université du Québec à Montréal¹.

UNE DOUBLE PROBLÉMATIQUE : LE SUICIDE ET L'AGRESSION SEXUELLE

Au Québec, le suicide constitue la seconde cause de décès chez les 15-19 ans (St-Laurent *et al.*, 2008). Chez les adolescentes de ce groupe d'âge, 23,5% des décès sont attribuables au suicide (Gagné *et al.*, 2009). Plusieurs études ont identifié que des antécédents de victimisation sexuelle étaient liés à une augmentation du risque d'une tentative de suicide. L'étude de Molnar et ses collègues (2001) en arrive à conclure qu'entre 7% et 12% des tentatives

de suicide sérieuses chez des adolescents de 15-24 ans étaient associées aux agressions sexuelles (AS) subies durant l'enfance, et ce, indépendamment des troubles psychiatriques qui affectaient ces jeunes. On estime que les victimes d'AS seraient cinq fois plus à risque d'entretenir des idéations suicidaires (IS) et huit fois plus susceptibles de commettre des tentatives de suicide répétitives que les non-victimes (Brown *et al.*, 1999; Stepakoff, 1998). Plusieurs variables sont à considérer dans ces liens, notamment la sévérité des gestes posés lors de l'AS (sans contact physique, contact physique sans pénétration et contact physique avec pénétration). Il semble que vivre des AS sévères, fréquentes et s'échelonnant sur une longue période augmente le risque de dépression et de comportements auto-destructeurs (Liem *et al.*, 1999). Lorsque comparées aux autres formes de mauvais traitements subis durant l'enfance (négligence et abus physiques), les AS constituent le type d'abus engendrant le plus haut risque de tentatives de suicide (Institute of Medicine, 2002).

Au Québec, 22,1 % des femmes et 9,7 % des hommes déclarent avoir été victimes d'AS durant leur enfance (Hébert *et al.*, sous presse). Outre le risque accru de suicide, plusieurs autres conséquences sévères ont été associées à l'AS notamment une faible estime de soi, des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, des comportements antisociaux et des troubles de stress post-traumatique (Akyuz *et al.*, 2005; Bailey *et al.*, 2005; Bryant *et al.*, 1997; Dube *et al.*, 2005; Esposito *et al.*, 2002; Gladstone *et al.*, 1999; Ullman *et al.*, 2005). Toutefois, les symptômes dépressifs sont parmi les conséquences les plus fréquemment rapportées chez les victimes d'AS (Paolucci *et al.*, 2001).

En considérant la prévalence de l'AS, les intervenants œuvrant auprès des adolescents ont de fortes probabilités d'être en contact avec des jeunes ayant vécu une AS. De plus, certains intervenants seront appelés à côtoyer des jeunes ayant été victimes d'AS et présentant des IS. Cette double problématique représente un défi de taille au niveau de l'intervention, d'autant plus que les connaissances pouvant permettre de documenter les interventions à préconiser sont actuellement parcellaires. Davantage d'études sont donc requises dans ce domaine afin d'orienter les pratiques d'intervention du personnel venant en aide à ces adolescents. Toutefois, puisque les conséquences chez les victimes d'AS sont nombreuses, variables et que dans quelques cas, elles se manifestent seulement après un certain temps, l'élaboration d'interventions pertinentes est fort complexe et engendre plusieurs interrogations. Par exemple, est-il préférable de prioriser une intervention centrée sur le trauma vécu ou plutôt d'intervenir d'emblée sur le risque suicidaire? La présence d'IS chez les adolescentes victimes d'AS est-elle suffisamment prévalente pour que les intervenants réalisent systématiquement une évaluation détaillée pour chacune des adolescentes rencontrées? Quels sont les profils et les stratégies d'adaptation des adolescentes victimes d'AS qui présentent des IS? En lien avec ces questionnements et en s'appuyant sur les résultats d'une recherche récente menée par les auteurs auprès d'adolescentes en centres jeunesse (CJ) ayant dévoilé une AS, cet article tentera d'offrir certaines pistes de réponse, tout en identifiant des indices susceptibles de guider les méthodes d'intervention. Les prochaines sections de cet article porteront sur les dévoilements des AS, les stratégies d'adaptation, les objectifs de l'étude, la méthodologie, les résultats et les implications en matière d'intervention. Finalement, les limites de l'étude, les recommandations futures et la conclusion seront exposées.

UN OBSTACLE MAJEUR AU TRAITEMENT

Le désir d'élaborer des services thérapeutiques spécialisés pour les personnes ayant vécu une AS se heurte à un obstacle majeur: peu de victimes dévoilent les AS subies. London et ses collègues (2005) ont réalisé une recension de onze études rétrospectives menées auprès de collégiens et d'adultes. Les auteurs concluent que près des deux tiers des participantes n'avaient pas dévoilé durant leur enfance l'AS dont elles avaient été victimes et que pour celles qui l'avaient dévoilée, il s'était écoulé en moyenne 15 ans entre le début de l'AS et le dévoilement. Un sondage récent auprès de la population québécoise indique par ailleurs qu'une victime sur cinq n'avait jamais dévoilé l'AS et que 57,5% des victimes avaient attendu plus de cinq ans avant de la dévoiler (Hébert *et al.*, sous presse). Puisqu'il est connu que les victimes qui ne dévoilent pas ou qui dévoilent tardivement une AS sont susceptibles d'afficher une plus grande détresse psychologique et plus de symptômes cliniques de stress post-traumatique (Hébert *et al.*, sous presse; Sinclair *et al.*, 1997), les intervenants doivent être en mesure d'identifier le plus rapidement possible les personnes suicidaires qui pourraient avoir vécu une AS, afin de leur fournir des services appropriés.

LES STRATÉGIES D'ADAPTATION

Certaines variables ont été identifiées comme étant des facteurs de protection face aux IS, notamment l'estime de soi, le soutien reçu et les stratégies d'adaptation (Eggert *et al.*, 1994; Pronovost *et al.*, 2002; Pronovost *et al.*, 2003). La satisfaction face au soutien reçu et la confiance en ses habiletés de résolution de problèmes agiraient en tant que modérateurs dans la relation entre l'AS et les conséquences psychologiques chez les adultes (Steel *et al.*, 2004), de même qu'entre l'AS et le risque suicidaire chez un groupe d'adolescents (Esposito *et al.*, 2002). D'ailleurs, les victimes d'AS sévère percevant peu de soutien dans leur entourage entretiennent davantage d'IS et courent un risque accru de commettre une tentative de suicide comparativement aux victimes satisfaites du soutien reçu (Esposito *et al.*, 2002).

Les stratégies d'adaptation constituent un autre facteur de protection et elles font référence aux moyens cognitifs et comportementaux employés par une personne pour faire face à une situation stressante pouvant engendrer des conséquences sur sa santé (Lazarus *et al.*, 1984). Elles sont généralement regroupées en deux catégories: 1) les stratégies axées sur les émotions impliquent que l'individu tente de

réguler les émotions découlant de l'événement vécu (distanciation, évitement, auto-blâme) et 2) les stratégies axées sur la résolution du problème comprennent les moyens plus actifs pour faire face aux difficultés stressantes (recherche de soutien social, stratégies actives de résolution de problèmes, confrontation) (Folkman *et al.*, 1980; Wright, *et al.*, 2007). Ces deux types de stratégie sont employés par les individus pour gérer divers événements stressants. Toutefois, il semble que le type de stratégie choisi dépende du style personnel de l'individu et de l'événement stressant. En effet, des stratégies plus actives seraient davantage employées dans le cas d'événements sur lesquels la personne exerce un certain contrôle. Par exemple, si une adolescente a un examen scolaire, elle possède du contrôle sur la situation, car elle peut étudier afin de diminuer son stress. Dans le cas de situations sur lesquelles nous n'avons pas de contrôle, telles que la maladie d'un proche, les stratégies centrées sur les émotions seraient plus fréquemment utilisées (Folkman *et al.*, 1980). Des stratégies d'adaptation orientées vers l'approche du problème, entre autres, la recherche de soutien social et la résolution de problème, sont associées à une meilleure adaptation aux événements stressants (Herman-Stahl *et al.*, 1995). La stratégie d'évitement, dans laquelle la personne fournit des efforts conscients pour nier et éviter la réalité, est associée à davantage de difficultés comportementales et de détresse psychologique (Lazarus *et al.*, 1984; Tremblay *et al.*, 1999). Elle est d'ailleurs une stratégie plus fréquemment utilisée chez les adolescents ayant été victimes d'AS que chez des adolescentes qui n'en ont pas été victimes ou qui ont vécu un autre type d'événement stressant (Bal *et al.*, 2003). Selon Spaccarelli (1994), cette stratégie d'adaptation serait la plus risquée pour les victimes d'AS. Les écrits scientifiques au sujet des victimes d'AS sont partagés en ce qui concerne le rôle médiateur des stratégies d'adaptation. Une étude rapporte que l'évitement agirait comme médiateur entre l'AS et diverses conséquences psychologiques (Bal *et al.*, 2003), alors qu'une autre étude trouve un effet direct de l'évitement sur l'ampleur des difficultés comportementales (Tremblay *et al.*, 1999).

Le modèle théorique de Clum et ses collègues (1979) suggère que les individus ayant un déficit au niveau de leurs habiletés de résolution de problèmes éprouvent des difficultés à générer des solutions alternatives et des stratégies d'adaptation adéquates lorsqu'ils sont confrontés à un haut niveau de stress. Ces stratégies adéquates, dites productives, font référence à une méthode positive permettant de remédier à

la problématique vécue. On retrouve entre autres : résoudre les problèmes, s'investir intensément et se concentrer sur le positif. À l'opposé, les stratégies non productives comprennent des méthodes telles qu'utiliser la pensée magique, se blâmer et ignorer la situation problématique (Frydenberg *et al.*, 2004). Une étude de Pronovost et ses collègues (2003) rapporte que les adolescents en CJ utilisent moins de stratégies d'adaptation productives et plus de stratégies non productives que les jeunes en milieu scolaire. Ils constitueraient aussi un groupe à risque suicidaire plus élevé que la population en général. Selon Pronovost et Leclerc (2002), 78% des filles en CJ présentaient un risque suicidaire de modéré à élevé et, parmi ces adolescentes, 65% avait affirmé avoir déjà fait une tentative de suicide. Farand et ses collègues (2004) rapportent qu'au Québec, en 1995-1996, les adolescents étant ou ayant été sous la Loi de la protection de la jeunesse ou la Loi des jeunes contrevenants constituaient au moins le tiers des suicides de ce groupe d'âge.

Actuellement, peu d'études ont investigué les liens existants entre les stratégies d'adaptation et les idéations et les tentatives suicidaires chez les adolescentes victimes d'AS. Les connaissances dans ces domaines proviennent majoritairement d'études réalisées auprès d'adultes ayant vécu une AS durant leur enfance, ce qui ne permet pas d'obtenir des informations sur les victimes alors qu'elles étaient adolescentes, mais uniquement sur leur situation actuelle. Des études sont requises auprès d'adolescentes québécoises, puisque le nombre de victimes d'AS est important et les taux de suicides demeurent inquiétants dans cette province.

LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but d'évaluer les stratégies d'adaptation utilisées par les adolescentes victimes d'AS, de même que leur impact sur la problématique suicidaire, et ce, afin d'explorer la pertinence d'interventions ciblant les stratégies d'adaptation pour les victimes d'AS qui présentent un risque suicidaire. Cette étude s'intéressera à deux stratégies actives de résolution de problème : 1) la recherche de soutien social, où l'individu sollicite son entourage pour obtenir du réconfort et de l'aide en lien avec ses difficultés et 2) la réévaluation positive/ la résolution de problèmes, dans lesquelles l'individu tente de trouver une façon positive d'aborder le problème ou de générer des solutions possibles au problème dans le but de mettre en place la solution la plus avantageuse pour lui. Une stratégie axée sur les émotions sera aussi à l'étude : la distanciation/éviter, qui

comprend les efforts pour s'éloigner du problème afin d'éviter de lui faire face.

LA MÉTHODOLOGIE

LES PARTICIPANTES

Cinquante-deux adolescentes âgées entre 12 et 17 ans ayant dévoilé une AS ont participé à cette étude. Ces adolescentes ont été recrutées par l'entremise des CJ de Montréal et de la Montérégie, de même qu'au Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF) à Gatineau.

LES MESURES UTILISÉES

Les adolescentes rencontrées ont complété un questionnaire en présence d'une assistante de recherche. La présence d'IS était évaluée à l'aide du *Scale for Suicidal Ideation* (Beck *et al.*, 1979; traduction de De Man *et al.*, 1987; De Man *et al.*, 1993) et les stratégies d'adaptation, par le biais du *Ways of Coping Questionnaire, version brève* (Bouchard *et al.*, 1995). Ce dernier a été adapté afin de cibler les stratégies utilisées par les victimes pour faire face à l'AS vécue. L'intervenant de l'adolescente était aussi sollicité afin de remplir un questionnaire recueillant les caractéristiques des AS (lien avec l'agresseur, durée, fréquence, sévérité, etc.).

LES RÉSULTATS

LES CARACTÉRISTIQUES DES AGRESSIONS SEXUELLES VÉCUES

La presque totalité des agresseurs étaient des hommes et plus des deux tiers des adolescentes ont été victimes d'AS intrafamiliale, c'est-à-dire que l'agresseur était un membre de la famille immédiate ou élargie de l'adolescente. Dans 41% et 31% des cas, il s'agissait respectivement d'un parent biologique et d'un conjoint d'un des parents. Les caractéristiques des AS sont présentées au tableau 1. Puisque les données ont été compilées en prenant en considération les situations où les adolescentes ont été victimes de plus d'un agresseur, la taille maximale de l'échantillon est de 58. On observe que 61% des adolescentes ont subi une AS de type sévère (avec pénétration) et 78% ont été victimisées à plus d'une reprise.

LA PRÉVALENCE DES IDÉATIONS SUICIDAIRES CHEZ LES PARTICIPANTES

Afin d'examiner les facteurs liés aux IS, les participantes ont été réparties en trois groupes, en utilisant les critères de De Man (communication personnelle, 2006) : un groupe ne présentant aucune IS, un groupe entretenant des IS et le dernier groupe comprend les adolescentes ayant des IS et un désir suicidaire élevé. La présence

d'IS a été observée chez 62% ($n = 32$) des adolescentes. Parmi celles-ci, 41% ($n = 13$) entretenaient un désir suicidaire élevé. De plus, au moment de l'étude 25% ($n = 13$) des adolescentes rapportaient avoir fait une tentative de suicide dans les 12 mois précédant l'entrevue. La littérature confirme que les victimes adultes et adolescentes d'AS ont plus d'IS que les non-victimes (Bergen *et al.*, 2003; Martin *et al.*, 2004). Toutefois, à travers les études, les taux sont variables puisque les mesures utilisées ne sont pas les mêmes d'une étude à l'autre et les échantillons sont fréquemment mixtes. De plus, certaines études s'attardent à la sévérité des IS avant ou après l'AS et d'autres, uniquement aux tentatives de suicide. Conséquemment, les taux d'IS peuvent varier de 29% à 73% dans les diverses études (Bergen *et al.*, 2003; Dahl, 1989; Martin *et al.*, 2004). Les taux d'IS observés dans la présente étude peuvent être considérés comme élevés. Trois explications peuvent être avancées afin d'expliquer la prévalence obtenue : 1) les AS sont plus fréquentes chez les personnes de sexe féminin et résultent d'un effet de sélection puisque notre échantillon est constitué uniquement d'adolescentes, alors que la plupart des études rapportent des données de prévalence sans contrôle du sexe des participants, 2) des AS plus sévères sont associées à davantage de comportements suicidaires (Evans *et al.*, 2005) – relevons ici que 61% de l'échantillon rapporte une AS sévère – et 3) l'étude porte sur un échantillon clinique qui vit probablement une plus grande détresse psychologique que la population en général. Cette dernière explication semble contribuer davantage à l'explication des taux élevés d'IS, puisque selon diverses études, la clientèle des CJ constitue un groupe plus à risque d'être aux prises avec une problématique suicidaire que la population générale (Pronovost *et al.*, 2002).

LES STRATÉGIES D'ADAPTATION EMPLOYÉES POUR FAIRE FACE À L'AGRESSION SEXUELLE

La méthode adoptée dans cette étude permet d'évaluer trois stratégies regroupées selon deux catégories : stratégies d'approche ou d'évitement. Les stratégies d'approche comprennent : 1) la recherche de soutien social et 2) la réévaluation positive du problème/la résolution du problème. Les stratégies d'évitement incluent, quant à elle, les efforts et les actions à travers lesquels l'individu cherche à ne pas confronter directement le problème. Les trois groupes (G1 non-suicidaire; G2 idéations suicidaires; G3 désir suicidaire élevé) se différencient en ce qui concerne les stratégies d'adaptation utili-

TABEAU 1
RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DES AGRESSIONS SEXUELLES

| | Échantillon (n) | Pourcentage (%) |
|---|-----------------|-----------------|
| Âge lors du premier épisode d'AS | | |
| 0-6 ans | 13 | 23% |
| 7-12 ans | 21 | 37% |
| 12 ans et + | 23 | 40% |
| Relation à l'agresseur | | |
| Famille immédiate | 39 | 67% |
| Famille élargie | 6 | 11% |
| Une connaissance | 10 | 17% |
| Un inconnu | 3 | 5% |
| Durée des AS | | |
| Épisode unique | 12 | 22% |
| Quelques événements | 21 | 40% |
| Chronique | 20 | 38% |
| Type d'expérience sexuelle | | |
| Sans contact physique | 1 | 2% |
| Avec contact physique sans pénétration | 20 | 37% |
| Avec contact physique et pénétration | 33 | 61% |

sées ($F(2,51) = 10,38, p < 0,001$) (figure 1). En effet, les adolescentes ayant un désir suicidaire élevé ont rapporté utiliser moins fréquemment la recherche de soutien social pour faire face à l'AS vécue que les adolescentes ayant des IS à un plus faible niveau ou celles n'ayant aucun désir suicidaire. De plus, au cours des trois mois précédant l'étude, 52% des adolescentes rapportent ne pas avoir demandé d'aide alors qu'elles souffraient.

Les trois groupes d'adolescentes se distinguent aussi quant à la fréquence d'utilisation de la réévaluation positive/résolution de problèmes comme stratégie d'adaptation ($F(2,51) = 4,56, p = 0,016$). Les victimes ayant des IS ou un désir suicidaire élevé utilisaient moins ces stratégies comparativement aux victimes non suicidaires qui, elles, auraient plutôt tendance à approcher directement les difficultés engendrées par l'AS vécue. Par contre, on constate que les trois groupes ne se distinguent pas quant à la fréquence d'utilisation de la stratégie d'évitement/distanciation.

Afin d'examiner la contribution relative des différentes stratégies de *coping*, une analyse de régression linéaire a été réalisée en prenant pour variable indépendante la présence d'IS. L'analyse donne lieu à un résultat significatif ($F(4,46) = 6,02, p < 0,001$). Par contre, seule la stratégie de recherche de soutien social permet de prédire la présence d'IS chez les victimes d'AS ($\beta = -.43, p = 0,006$).

La figure 2 illustre les IS en fonction de la sévérité de l'AS. Les AS sévères (incluant une pénétration) semblent liées à une plus forte présence d'IS que les AS modérées (impliquant un contact physique

sans pénétration). Par contre, les analyses réalisées indiquent que cette relation n'est pas statistiquement significative et cela est probablement dû à la petite taille de l'échantillon. Toutefois, il est aussi possible que d'autres variables interviennent dans la relation entre la sévérité de l'AS et les IS. Les symptômes de dissociation et la qualité de l'attachement offrent notamment des pistes prometteuses dans l'explication de cette relation. Ces deux variables seront donc analysées dans le cadre d'une étude en cours.

L'INTERVENTION

LES IMPLICATIONS AU PLAN DE L'INTERVENTION

Les données de la présente étude indiquent qu'une proportion importante des adolescentes ayant dévoilé une AS présente des IS. Elles suggèrent aussi que certaines stratégies d'adaptation pour faire face à l'AS sont associées au risque d'IS. En effet, les résultats de la recherche indiquent que les adolescentes ayant un désir suicidaire élevé se distinguent des adolescentes n'ayant pas d'IS ou ayant des IS à un plus faible niveau, et ce, pour les deux stratégies d'approche à l'étude (recherche de soutien social et réévaluation positive/résolution de problèmes). Ces résultats sont conformes à ceux obtenus par plusieurs chercheurs, notamment Spaccarelli (1994) qui avait affirmé que des stratégies d'adaptation actives, combinées au soutien parental, permettaient de réduire les symptômes psychologiques lorsque les victimes vivaient un grand stress. De même, dans une autre étude, la recherche de soutien

social était liée aux conséquences psychologiques à long terme (Steel *et al.*, 2004). Plus spécifiquement, les adolescents ayant vécu un AS sévère et étant satisfaits du soutien social reçu entretiendraient moins d'IS que les adolescents ayant subi une AS sévère et étant insatisfaits du soutien social obtenu (Esposito *et al.*, 2002).

L'utilisation fréquente des stratégies d'évitement est liée à une détresse psychologique plus importante (Wright *et al.*, 2007) et l'évitement agit en tant que médiateur entre un événement stressant vécu et plusieurs conséquences psychologiques (Bal *et al.*, 2003). Toutefois, la fréquence du recours à l'évitement/distanciation pour faire face à l'AS n'a pas permis la différenciation des trois groupes d'adolescents dans la présente étude. Dans certains cas, l'utilisation de l'évitement permet à la victime de se soustraire temporairement à sa souffrance et à ses souvenirs liés au trauma, donc des victimes peuvent entretenir moins de symptômes à certains moments. Par contre, à long terme, l'évitement doit laisser place à des stratégies plus actives, car elles sont nécessaires à l'intégration et à la résolution du trauma (Wright *et al.*, 2007).

Par ailleurs, la prévalence élevée des IS parmi les adolescentes de notre échantillon confirme que la double problématique est fréquente et que les intervenants qui côtoient des adolescentes rapportant avoir vécu une AS devraient réaliser une évaluation systématique et exhaustive de la présence d'IS. De plus, ces résultats suggèrent que les services de thérapie dispensés auprès des victimes d'AS auraient avantage à inclure des activités visant à développer l'utilisation de stratégies d'adaptation adéquates, ce qui avait été mentionné par Pronovost et ses collègues (2003) à savoir que des stratégies d'adaptation non productives pouvaient expliquer la présence d'IS chez un groupe d'adolescents en CJ. De même, Gould et ses collègues (2004) affirment que pour venir en aide aux victimes, l'augmentation de l'utilisation des stratégies d'approche (recherche d'informations, soutien d'adultes) et le développement de stratégies adaptées aux événements stressants rencontrés sont essentiels. Herman-Stahl et ses collègues (1995) ont confirmé auprès d'un groupe d'adolescents que le remplacement des stratégies d'évitement par des stratégies d'approche permettait de diminuer significativement les symptômes dépressifs sur une période d'un an.

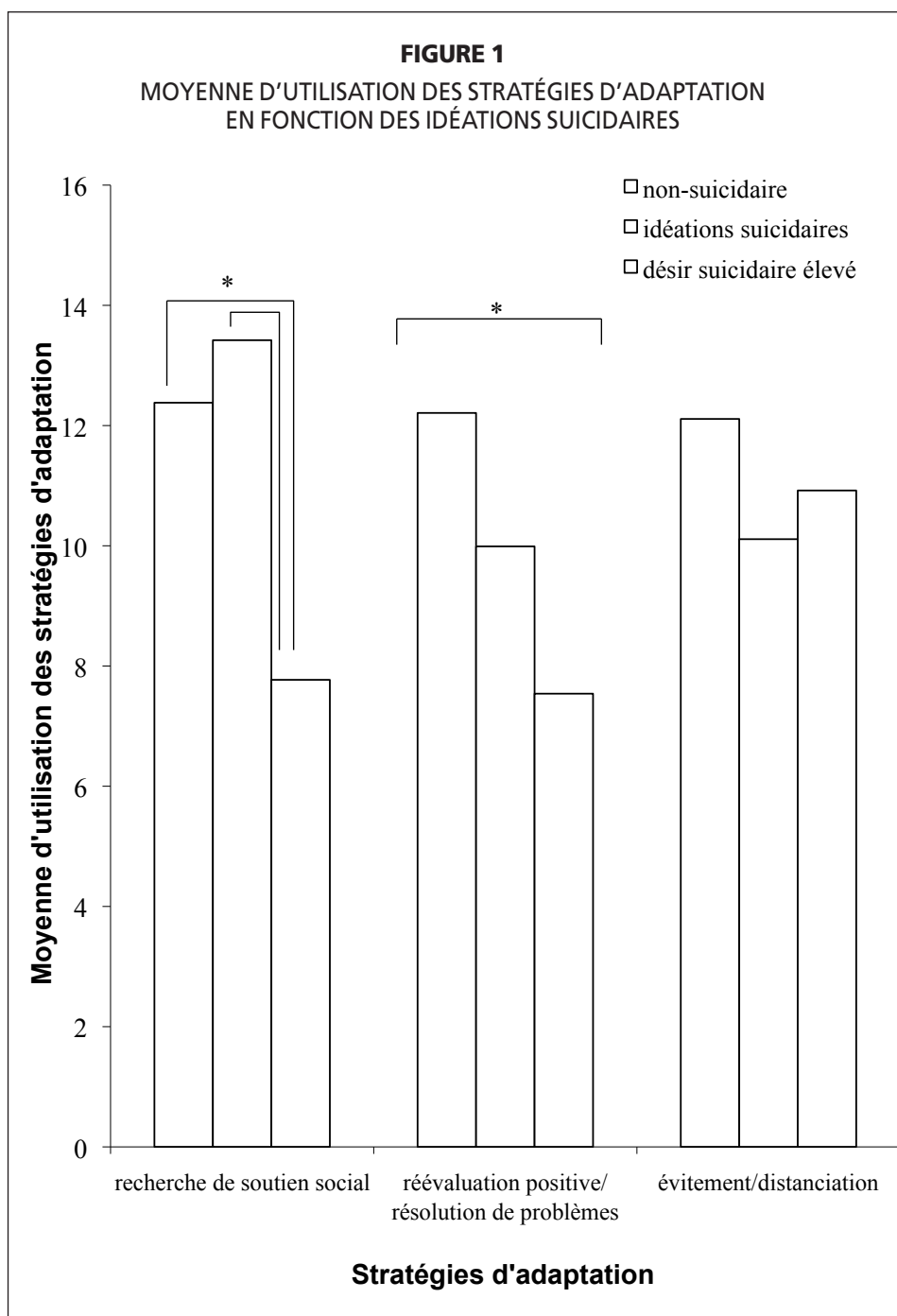
LA THÉRAPIE AXÉE SUR LE TRAUMA

Différentes modalités d'intervention pour les enfants et adolescents ayant vécu un trauma ont été développées au cours des

dernières années. Sans détailler celles-ci, deux approches de traitement seront brièvement présentées, soit la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma (*Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy*, TF-CBT; Cohen *et al.*, 1996, Cohen *et al.*, 2006) et le système de psychothérapie basé sur l'analyse cognitivo-comportementale (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*, CBASP; McCullough, 1984). La TF-CBT est l'une des approches les plus documentées et dont l'efficacité a été démontrée. Elle repose sur le principe que plusieurs enfants ayant vécu un trauma focalisent leur attention sur des cognitions erronées et inadéquates et renforcent ainsi leurs attitudes négatives face aux autres et maintiennent leurs symptômes dépressifs et leurs difficultés comportementales (Cohen *et al.*, 2006). Conséquemment, en plus de cibler l'augmentation de la confiance interpersonnelle et l'*empowerment*, la TF-CBT intègre des interventions cognitives et comportementales au traitement des enfants de 3 à 18 ans ayant vécu un événement traumatique (Cohen *et al.*, 1996). Les intervenants en santé mentale ayant reçu la formation sur la TF-CBT peuvent dispenser la thérapie selon une approche individuelle, mais lorsqu'elle est effectuée en groupe, elle permet aux participants de travailler leurs cognitions en prenant connaissance des perceptions des autres victimes, en plus de diminuer les stigmas en côtoyant d'autres enfants ou adolescents ayant vécu un événement similaire (Cohen *et al.*, 2006). Ces auteurs suggèrent aussi que puisque l'environnement familial peut exacerber divers symptômes, à l'inverse, l'implication des parents pourrait contribuer à soulager la détresse des victimes. De ce fait, le TF-CBT comprend des sessions conjointes (parents et enfant) et des interventions parentales. Toutefois, même sans l'implication des parents, la TF-CBT s'est avérée efficace pour réduire les symptômes post-traumatiques chez les enfants et les adolescents (Cohen *et al.*, 2006).

INTERVENIR EN PREMIER SUR LES IDÉATIONS SUICIDAIRES OU SUR L'AGRESSION SEXUELLE ?

Puisque cet article s'intéresse aux victimes d'AS qui affichent de façon concomitante une problématique suicidaire, il est primordial de mentionner que dans le cas de victimes de trauma qui ont des comportements autodestructeurs, Cohen et ses collègues (2006) recommandent que l'intervention cible la réduction de ces comportements et assure la sécurité de l'individu avant de s'occuper directement du trauma, et ce, afin de ne pas augmenter l'intensité de ces symptômes. Dans de tels



cas, l'intervention de la TF-CBT a comme premier objectif d'augmenter la régulation affective et comportementale et de diminuer le stress avant de traiter directement le trauma.

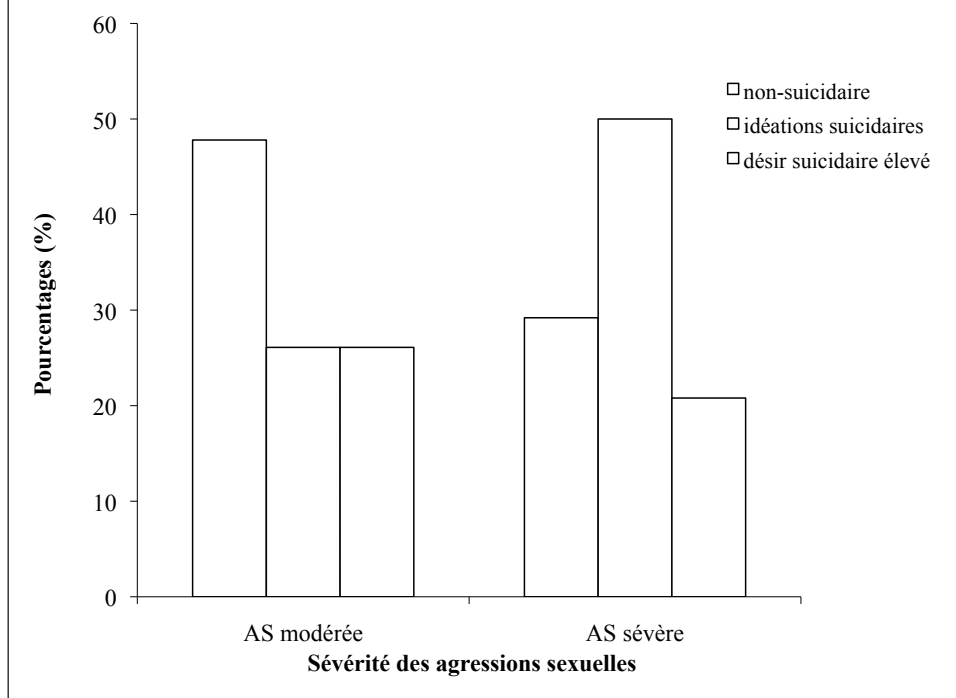
L'ANALYSE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

Intervenir en ciblant la problématique suicidaire chez les victimes d'AS implique une adaptation des objectifs, des thèmes et des modalités d'intervention. De façon générale, les personnes suicidaires auraient des déficits au niveau de leurs habiletés de résolution de problèmes. De plus, il semble qu'il existe une association

entre un sentiment de désespoir et le suicide. Conséquemment, la psychothérapie orientée sur la résolution de problèmes pourrait être une méthode efficace pour aider cette clientèle (Berman *et al.*, 2005). Le système de psychothérapie basé sur l'analyse cognitivo-comportementale (CBASP; McCullough, 1984) a été développé pour traiter la dépression chronique. Selon Cukrowicz et ses collègues (2007), ce type de thérapie comporte son lot d'avantages: il est adaptable à différentes problématiques, sa maîtrise peut se faire relativement rapidement et les ressources requises sont modestes. Ce type de thérapie s'attarde majoritairement aux

FIGURE 2

POURCENTAGE D'ADOLESCENTES PRÉSENTANT DES IDÉATIONS SUICIDAIRES EN FONCTION DE LA SÉVÉRITÉ DE L'AGRESSION SEXUELLE



cognitions et aux comportements et a pour objectif de diminuer l'écart entre un résultat désiré par l'individu et le résultat réel obtenu (Cukrowicz *et al.*, 2007). Le traitement inclut une analyse situationnelle, c'est-à-dire que l'individu est guidé dans l'interprétation de diverses situations vécues afin d'identifier et de modifier les distorsions cognitives et les erreurs comportementales et ainsi, d'accompagner la personne vers le résultat désiré. Cette analyse comprend cinq étapes : la description de la situation, l'interprétation de la situation, les comportements durant la situation, les résultats actuels de la situation et les résultats escomptés. Le rôle du thérapeute est d'encourager la personne à générer des solutions cognitives et comportementales plus adaptées à ce qu'elle veut obtenir. Donc, ces solutions doivent concorder avec les résultats désirés et le thérapeute doit s'assurer que ces solutions vont éventuellement aider l'individu à obtenir ce qu'il espère. Cette thérapie ne s'attarde pas directement aux symptômes, mais plutôt aux résultats désirés et aux étapes à franchir pour les atteindre. Conséquemment, ce type d'intervention peut permettre de développer des habiletés de résolution de problèmes adéquates en éliminant ou en réduisant l'utilisation de stratégies non productives (ex. : évitement) (Cukrowicz *et al.*, 2007).

Ce type de thérapie a été testé auprès d'étudiants présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression d'intensité faible ou modérée. Les étudiants du groupe d'intervention ont reçu de l'information sur la dépression et l'anxiété, sur la thérapie cognitive, sur l'analyse cognitivo-comportementale et des explications sur les étapes de cette thérapie durant six séances d'information de 20 minutes. Les résultats démontrent que les individus ayant reçu l'analyse cognitivo-comportementale ont observé une réduction des symptômes dépressifs et anxieux comparativement au groupe témoin ne recevant aucune intervention, mais uniquement des informations sur la dépression et l'anxiété (Cukrowicz *et al.*, 2007). Les auteurs de cette étude supposent que la réduction des symptômes pourrait être due à une diminution des facteurs de risque de l'anxiété et de la dépression, à une augmentation de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité personnelle, de même qu'à une diminution du désespoir et de l'impuissance acquise, qui résulteraient de la prise de conscience des pensées négatives (Cukrowicz *et al.*, 2007). Les symptômes démontrés par les participants de cet échantillon diffèrent de ceux des adolescentes victimes d'AS qui ont des IS, mais puisque l'évitement est associé à des symptômes dépressifs chez les victimes d'AS (Wright *et al.*, 2007), que les symptômes dépressifs sont parmi les

conséquences les plus fréquemment rapportées chez les victimes d'AS (Paolucci *et al.*, 2001) et que la dépression est liée aux IS (Gibb *et al.*, 2006), l'analyse cognitivo-comportementale, de par le développement d'habiletés de résolution de problèmes, pourrait offrir le potentiel de diminuer la détresse psychologique chez les victimes et ainsi de réduire la problématique suicidaire. Des recherches futures investiguant l'efficacité de ce type de thérapie, ou même l'intégration de certains volets de cette approche dans le contexte d'une intervention axée sur le trauma auprès de victimes d'AS devront être menées afin d'évaluer si cette approche permet de diminuer significativement les IS chez les victimes d'AS.

La thérapie axée sur le trauma de même que l'analyse cognitivo-comportementale ont plusieurs éléments en commun, puisqu'elles travaillent toutes les deux au niveau des cognitions et des comportements. Toutefois, le choix de la thérapie à utiliser doit être fait en fonction de la réalité des intervenants en matière des ressources disponibles, des besoins spécifiques de la clientèle et de l'existence de données probantes quant à l'efficacité des approches considérées.

LES LIMITES ET LES RECHERCHES FUTURES

Cet article se base sur une étude ayant été réalisée auprès d'une population clinique d'adolescentes. Conséquemment, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population adolescente ayant vécu une AS. De plus, plusieurs autres variables sont possiblement impliquées dans les liens existant entre les AS et les IS, et cette étude ne s'est attardée qu'aux stratégies d'adaptation. D'autres études sont nécessaires afin de découvrir les mécanismes qui engendrent le développement d'IS chez les victimes d'AS.

Les données issues de la présente étude démontrent que plusieurs adolescentes présentent une double problématique (IS et AS). Ces résultats soulignent donc l'importance d'intervenir auprès des adolescentes ayant vécu une AS, puisque les conséquences de l'AS sont nombreuses et perdurent souvent jusqu'à l'âge adulte. Les interventions thérapeutiques auprès de cette clientèle sont indispensables. Il faudrait insister auprès des intervenants pour qu'ils évaluent systématiquement la présence d'IS chez les victimes d'AS. L'inverse demeure tout aussi essentiel ; lorsque confrontés à une personne suicidaire, ces intervenants bénéficieraient de savoir si cette personne a été victime d'AS. En sensibilisant les intervenants à la détresse de certaines adolescentes, on augmente les chances qu'ils soient plus

vigilants et qu'ils offrent du soutien à ces jeunes puisque la majorité d'entre elles ont tendance à ne pas demander d'aide lorsqu'elles vivent de la détresse. Les deux approches présentées ci-dessus, la TF-CBT et la CBASP, démontrent que l'amélioration des symptômes repose sur un travail cognitif afin de modifier les perceptions et les pensées erronées, de même que sur l'utilisation de stratégies d'adaptations efficaces pour faire face au trauma ou aux difficultés rencontrées. Conséquemment, le travail de l'intervenant consiste à déceler les fausses perceptions et pensées des adolescents, afin de pouvoir les modifier et d'aider ces jeunes à acquérir et à utiliser des moyens adéquats pour faire face à leurs difficultés. Il ne revient pas qu'aux intervenants d'identifier et d'aider les victimes d'AS qui présentent un risque suicidaire. Tous les acteurs potentiels auprès des jeunes devraient être sensibilisés à cette problématique. En fait, plus les personnes seront nombreuses pour créer un filet de sécurité auprès de ces victimes, plus les probabilités de leur offrir un soutien adéquat et d'alléger leurs symptômes seront élevées.

Bibliographie

AKYUZ, G., V. SAR, N. KUGU et O. DOGAN (2005). « Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population », *European Psychiatry*, vol. 20, p. 268-273.

BAILEY, J.A. et L.A. MCCLOSKEY (2005). « Pathways to adolescent substance use among sexually abused girls », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 33, p. 39-53.

BAL, S., P. VAN OOST, I. DE BURDEAUD-HUIJ et G. CROMBEZ (2003). « Avoidant coping as a mediator between stress-related symptoms and self-reported sexual abuse in adolescents », *Child Abuse and Neglect*, vol. 27, p. 883-897.

BECK, A.T., M. KOVACS et A. WEISSMAN (1979). « Assessment of suicidal intention: The Scale for Ideation », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 47, p. 343-352.

BERGEN, H.A., G. MARTIN, A.S. RICHARDSON, S. ALLISON et L. ROEGER (2003). « Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 42, p. 1301-1309.

BERMAN, A.L., D.A. JOBES et M.M. SILVERMAN (2005). *Adolescent Suicide Assessment and Intervention*, Washington, American Psychological Association.

BOUCHARD, G., S. SABOURIN, Y. LUSIER, J. WRIGHT et C. RICHER (1995). « Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales: présentation d'une version abrégée du *Ways of Coping Questionnaire* », *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, vol. 27, n° 3, p. 371-377.

BROWN, J., P. COHEN, J. JOHNSON et E. SMAILES (1999). « Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality », *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, p. 1490-1496.

BRYANT, S.L. et L.M. RANGE (1997). « Type and severity of child abuse and college students' lifetime suicidality », *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, p. 1169-1176.

CLUM, G.A., A.T. PATSIOKAS et R.L. LUSCOMB (1979). « Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 47, p. 937-945.

COHEN, J.A. et A.P. MANNARINO (1996). « A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, p. 42-50.

COHEN, J.A., A.P. MANNARINO et E. DEBLINGER (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, New York, Guilford Press.

CUKROWICZ, K.C. et T.E. JOINER JR. (2007). « Computer-based intervention for anxious and depressive symptoms in a non-clinical population », *Cognitive Therapy and Research*, vol. 31, p. 677-693.

DAHL S. (1989). « Acute response to rape: a PTSD variant », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 80, p. 56-62.

DE MAN, A.F. (2006). « Procédure de cotation du *Beck Scale for Suicidal Ideation* », communication personnelle.

DE MAN, A.F., S. BALKOU et R.I. IGLESIAS (1987). « A French-Canadian adaptation of the Scale for Suicide Ideation », *Canadian Journal of Behavioral Science*, vol. 19, p. 50-55.

DE MAN, A.F., C.P. LEDUC et L. LABRÈCHE-GAUTHIER (1993). « A French-Canadian Scale for Suicide Ideation for use with adolescents », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 25, p. 126-134.

DUBE, S.R., R.F. ANDA, C.L. WHITFIELD, D.W. BROWN, V.J. FELITTI, M. DONG et W.H. GILES (2005). « Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, p. 430-438.

EGGERT, L.L., E.A. THOMPSON et J.R. HERTING (1994). « A measure of adolescent potential for suicide (MAPS): Development and preliminary findings », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 24, n° 4, p. 359-381.

ESPOSITO, C.L. et G.A. CLUM (2002). « Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: Applications to a delinquent population », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, p. 137-146.

EVANS, E., K. HAWTON et K. RODHAM (2005). « Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, p. 45-58.

FARAND, L., F. CHAGNON, J. RENAUD et M. RIVARD (2004). « Completed suicides among adolescents involved with juvenile justice and child welfare services », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 34, p. 24-35.

FOLKMAN, S. et R.S. LAZARUS (1980). « An analysis of coping in a middle-aged community sample », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 21, p. 219-239.

FRYDENBERG, E. et R. LEWIS (2004). « Adolescents least able to cope: How do they respond to their stresses? », *British Journal of Guidance and Counselling*, vol. 32, p. 25-37.

GAGNÉ, M. et D. ST-LAURENT (2009). *La mortalité par suicide au Québec: tendance et données récentes - 1981 à 2007*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

GIBB, B.E., M.S. ANDOVER et S.R.H. BEACH (2006). « Suicidal ideation and attitude toward suicide », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 36, p. 12-18.

GLADSTONE, G., G. PARKER, K. WILHELM, P. MITCHELL et M-P. AUSTIN (1999). « Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse », *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, p. 431-437.

GOULD, M.S., D. VELTING, M. KLEINMAN, C. LUCAS, J.G. THOMAS et M. CHUNG (2004). « Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behaviour for suicidality », *Journal of the Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, n° 9, p. 1124-1133.

HÉBERT, M., M. TOURIGNY, M. CYR, P. MCDUFF et J. JOLY (sous presse). « Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec », *Canadian Journal of Psychiatry*.

HERMAN-STAHN, M.A., M. STEMMLER et A.C. PETERSEN (1995). « Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 24, p. 649-665.

HERRERA, A., K. DAHLBLOM, L. DAHLGREN et G. KULLGREN (2006). « Pathways to suicidal behavior among adolescent girls in Nicaragua », *Social Science and Medicine*, vol. 62, p. 805-814.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (2002). *Reducing Suicide - A National Imperative*, Washington, The National Academies Press.

LAZARUS, R.S. et S. FOLKMAN (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, New York, Springer.

LIEM, J.H. et A.C. BOUDEWYN (1999). « Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self-and social functioning: An attachment theory perspective », *Child Abuse and Neglect*, vol. 23, p. 1141-1157.

LONDON, K., M. BRUCK, S.J. CECI et D.W. SHUMAN (2005). « Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? », *Psychology, Public Policy, and Law*, vol. 11, p. 194-226.

- MARTIN, G., H.A. BERGEN, A.S. RICHARDSON, L. ROEGER et S. ALLISON (2004). « Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents », *Child Abuse and Neglect*, vol. 28, p. 491-503.
- MCCULLOUGH, J.P. (1984). « Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy: An interactional treatment approach for dysthymic disorder », *Psychiatry*, vol. 47, p. 234-250.
- MOLNAR, B.E., L.F. BERKMAN et S.L. BUKA (2001). « Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: Relative links to subsequent suicidal behaviour in the U.S. », *Psychological Medicine*, vol. 31, p. 965-977.
- PAOLUCCI, E.O., M.L. GENUIS et C. VIOLATO (2001). « A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse », *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, vol. 135, p. 17-36.
- PRONOVOST, J. et D. LECLERC (2002). « L'évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse », *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 31, p. 81-100.
- PRONOVOST, J., D. LECLERC et M. DUMONT (2003). « Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents: comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 24, p. 179-200.
- RICH, C.L., C.A. GIDYCH, J.B. WARKENTIN, C. LOH et P. WEILAND (2005). « Child and adolescent abuse and subsequent victimization: A prospective study », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, p. 1373-1394.
- SINCLAIR, B.B. et S.R. GOLD (1997). « The psychological impact of withholding disclosure of child sexual abuse », *Violence and Victims*, vol. 12, p. 137-145.
- SPACCARELLI, S. (1994). « Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review », *Psychological Bulletin*, vol. 116, p. 340-362.
- STEEL, J., L. SANNA, B. HAMMOND, J. WHIPPLE et H. CROSS (2004). « Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style », *Child Abuse and Neglect*, vol. 28, p. 785-801.
- STEPAKOFF, S. (1998). « Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behaviour in U.S. college women », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 28, n° 1, p. 107-127.
- ST-LAURENT, D. et M. GAGNÉ (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec: Ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- TREMBLAY, C., M. HÉBERT et C. PICHÉ (1999). « Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims », *Child Abuse and Neglect*, n° 23, p. 929-945.
- ULLMAN, S.E. et H.H. FILIPAS (2005). « Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors », *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, p. 767-782.
- WRIGHT, M.O., E. CRAWFORD et K. SEBASTIAN (2007). « Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making », *Journal of Family Violence*, vol. 22, p. 597-608.
- ZLOTNICK, C., J. MATTIA et M. ZIMMERMAN (2001). « Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression », *Child Abuse and Neglect*, vol. 25, p. 357-367.

Note

1. La première auteure a bénéficié d'une bourse de l'Équipe de recherche FQRSC Violence Sexuelle et Santé (EVISSA) lors de la réalisation de cette étude. Les auteurs souhaitent remercier les adolescentes qui ont participé à cette étude, Mme Huguette Joly du Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF), Mme Anne Lauzon, M. Stéphan Larouche et les intervenants du Centre jeunesse de Montréal, de même que le personnel du Centre jeunesse de la Montérégie.