

L'état des connaissances à l'égard des comportements à risque des adolescentes ayant vécu une agression sexuelle

Knowledge of at-risk behaviour in adolescents having experienced sexual aggression

John Wright, Caroline Cinq-Mars, Mireille Cyr and Pierre McDuff

Volume 35, Number 2, 2006

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1097353ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1097353ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Wright, J., Cinq-Mars, C., Cyr, M. & McDuff, P. (2006). L'état des connaissances à l'égard des comportements à risque des adolescentes ayant vécu une agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 35(2), 301–322.
<https://doi.org/10.7202/1097353ar>

Article abstract

Although many authors have postulated a connection between sexual abuse and many risk behaviors, no review of empirical studies on adolescent girls has described or analysed the existing knowledge emerging from the literature on this topic. A review of 47 empirical studies on the at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls was therefore completed. Alcohol and drug use, sexual at-risk behaviors, delinquent acts and self-mutilation were the at-risk behaviors under focus. On the whole, it appears that sexual abused adolescent girls are more likely to present at-risk behaviors than their non abused counterparts. However, results on delinquent acts and self-mutilation will have to be replicated before they can be considered solid given the smaller number of studies and the different methodologies used in the studies. Abuse and family characteristics appear to influence the presence of at-risk behaviors and constitute risk and protection factors. The functions of the at-risk behaviors in the lives of adolescent girls as well as models by which these behaviors can be understood are discussed. Clinical implications and suggestions for future research are also underlined.

L'état des connaissances à l'égard des comportements à risque des adolescentes ayant vécu une agression sexuelle

Knowledge of at-risk behaviour in adolescents having experienced sexual aggression

J. Wright¹

C. Cinq-Mars¹

M. Cyr¹

P. McDuff¹

1. Université de Montréal,
Département de
psychologie

Cette étude a bénéficié d'une subvention du FQRSC (2002-RS-79346) au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), ainsi que d'un soutien financier du Comité d'étude et d'administration de la recherche (CÉDAR) de l'Université de Montréal.

Correspondance :

John Wright
Département de psychologie
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. Centre-ville
Montréal. (Québec) H3C 3J7
john.wright@umontreal.ca

Résumé

Bien que plusieurs auteurs aient émis l'hypothèse d'un lien entre l'agression sexuelle (AS) et plusieurs comportements à risque, aucune recension d'études empiriques chez les adolescentes n'a décrit ou analysé les connaissances existantes provenant de la littérature scientifique sur ce sujet. Afin de palier à cette lacune, une recension de 47 études portant sur les comportements à risque des adolescentes qui ont été agressées sexuellement a été effectuée. La consommation d'alcool et de drogues, les conduites sexuelles risquées, les actes délinquants et l'automutilation constituent les comportements à risque qui ont fait l'objet de la présente recension. Dans l'ensemble, il apparaît que les adolescentes qui ont été victimes d'AS sont plus susceptibles de présenter ces comportements à risques que les autres adolescentes. Toutefois, en ce qui concerne les actes délinquants et l'automutilation, les résultats devront être reproduits pour être considérés fiables étant donné le nombre plus restreint d'études et les différentes méthodologies utilisées. Par ailleurs, il semble que certaines caractéristiques familiales et de l'agression ont également une influence sur l'apparition des comportements à risque et peuvent constituer des facteurs de risque et de protection. Les dynamiques psychologiques qui sous-tendent les comportements à risque de même que certains modèles théoriques dans lesquels ces comportements pourraient s'inscrire sont discutés. Des implications cliniques et pistes de recherches futures sont également soulignées.

Mots clés : recension des écrits, comportements à risque, agression sexuelle, adolescence

Abstract

Although many authors have postulated a connection between sexual abuse and many risk behaviors, no review of empirical studies on adolescent girls has described or analysed the existing knowledge emerging from the literature on this topic. A review of 47 empirical studies on the at-risk behaviors of sexually abused adolescent girls was therefore completed. Alcohol and drug use, sexual at-risk behaviors, delinquent acts and self-mutilation were the at-risk behaviors

under focus. On the whole, it appears that sexual abused adolescent girls are more likely to present at-risk behaviors than their non abused counterparts. However, results on delinquent acts and self-mutilation will have to be replicated before they can be considered solid given the smaller number of studies and the different methodologies used in the studies. Abuse and family characteristics appear to influence the presence of at-risk behaviors and constitute risk and protection factors. The functions of the at-risk behaviors in the lives of adolescent girls as well as models by which these behaviors can be understood are discussed. Clinical implications and suggestions for future research are also underlined.

Keywords : literature review, at-risk behavior, sexual abuse, adolescence

Depuis les dernières années, une attention croissante a été accordée aux différentes manifestations de détresse observées chez les victimes d'agression sexuelle. Chercheurs et intervenants sociaux, préoccupés par des questions d'ordre social, communautaire et de santé publique se sont penchés sur différents comportements à risque présentés par une certaine proportion de ces victimes pour en connaître l'étendue et les facteurs de risque, de même que pour en comprendre la signification.

L'objectif de cet article est d'effectuer une recension des écrits sur les comportements à risque des adolescentes qui ont été agressées sexuellement afin de mieux comprendre ce phénomène. De plus, les implications cliniques de ces comportements seront abordés, de même qu'un aperçu des modèles théoriques dans lesquels ils s'inscrivent.

Les comportements à risque peuvent être définis telles des conduites qui présentent des risques immédiats sur le plan physique ou psychologique et qui peuvent compromettre la santé future de même que les réussites scolaires ou professionnelles des adolescentes (Sarigiani, Lenoraann, & Petersen, 1999). Les comportements à risque qui font l'objet d'attention dans cet article sont la consommation d'alcool et de drogue, les actes délinquants, l'automutilation et les conduites sexuelles risquées telles que l'initiation précoce aux relations sexuelles, l'utilisation ou non de contraceptifs, de multiples partenaires sexuels et les grossesses à l'adolescence.

Plus d'une soixantaine d'études empiriques portant sur l'AS et un des quatre types de comportements à risque ont été recensées et 47 d'entre elles ont été décrites brièvement dans le tableau 1. Pour être incluses dans le tableau résumé, les études devaient avoir été publiées entre 1988 et 2002, comprendre des participantes dans la période de l'adolescence, évaluer la présence de victimisation sexuelle chez les participants et s'intéresser à un ou plusieurs des comportements à risque mentionnés précédemment. Ainsi, ont été incluses les études longitudinales dont l'une des périodes d'étude a été effectuée à l'adolescence, de même que les études effectuées auprès de participants des deux sexes. En contrepartie, les études qui se sont intéressées à plusieurs types d'abus (ex. physique, sexuel et émotionnel) sans effectuer des analyses distinctes pour l'agression sexuelle, n'ont pas été retenues. De même, les études effectuées auprès d'échantillons composés d'adolescents et

d'adultes de plus de 21 ans ont été exclues. Les études sont présentées dans le tableau par ordre décroissant d'année de publication et, à l'intérieur d'une même année, par ordre alphabétique des noms d'auteurs.

Résultats

Tableau 1 : Résumé des études recensées sur les comportements à risque (CR) des adolescentes et l'agression sexuelle

| Étude | Sujets | CR et facteurs mesurés | Résultats |
|--|--|------------------------|---|
| 1. McKnight & Loper (2002) ^a | 2245 f de 10 à 19 ans | AD, CF, CP | L'AS est l'un des deux facteurs de risque lié aux actes délinquants, l'autre étant une structure familiale monoparentale. Plusieurs facteurs de résilience permettent d'améliorer de façon significative la prédiction des actes délinquants : l'abstinence face à l'alcool, l'impression d'être aimé et accepté, la perception que les enseignants sont justes, les croyances religieuses et la confiance qu'exprime le parent face à l'adolescente. |
| 2. Anteghini et al. (2001) ^a | 1140 f et 919 g de 8e et 10e année scolaire de 13 à 17 ans | CAD, AD, CSR, CF, CP | Pour les filles, l'AS est associée au début des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans, à une histoire de grossesse et au port d'arme à feu mais n'est pas associée à la consommation de drogue. Toutefois, lorsque des analyses multivariées sont effectuées, les résultats démontrent que l'AS ne constitue un facteur de risque pour aucun des comportements à risque. Les facteurs de protection pour les différentes conduites à risque sont : de bonnes relations familiales, une image de soi positive, le fait de vivre avec ses deux parents, la participation à des sports, le fait de se sentir aimée de l'entourage. |
| 3. Barnow et al. (2001) ^a | 42 f et 57 g de 13 à 17 ans (33 sujets délinquants et 66 sujets non délinq.) | AD, CF, AP | L'AS ne permet pas de prédire le comportement agressif/délinquant. Les prédicteurs du comportement agressif/délinquant sont la séparation des parents avant l'âge de 10 ans, la relation avec la mère, les punitions et le rejet émotionnel des parents. |
| 4. Elze, Auslander, McMillen, Edmond, & Thompson (2001) ^a | 82 f et 85 g de 15 à 19 ans placés par la protection de l'enfance | CSR, CAS, AP, AE | Les adolescentes qui ont été agressées sexuellement (AAS) rapportent plus de relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogues, d'activités sexuelles orales ou anales, de prostitution, de même qu'une moins grande tendance à avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle que les autres participants. Une AS plus sévère (impliquant la pénétration) est associée à plus de conduites sexuelles risquées récentes même après avoir contrôlé statistiquement les effets de la présence d'abus physique et émotionnel. |
| 5. Fehon et al. (2001) | 71 f et 59 g de 12 à 18 ans, en psychiatrie interne | AD, AP | Chez les adolescentes, la perpétration d'actes de violence est significativement associée au fait d'avoir vécu une AS. |

| | | | |
|---|---|-----------------|---|
| 6. Kiesel & Lyons (2001) ^a | 55 f et 59 g de 10 à 18 ans, en psychiatrie interne | AM, CAS, AP | Pour l'ensemble des participants, l'AS est associée aux comportements d'automutilation. Les résultats démontrent que la dissociation a un rôle de médiateur dans le lien entre l'AS et l'automutilation. |
| 7. Noell et al. (2001) | 216 f de 13 à 20 ans sans domicile fixe | CSR | L'AS dans l'enfance n'est pas associée aux conduites sexuelles risquées (fréquence des relations sexuelles, nombre de partenaires, et usage du condom). Par contre, l'AS à l'adolescence est associée au nombre de partenaires sexuels récents. |
| 8. Pérez (2001) ^a | 1088 f et 1378 g de 12 à 18 ans | AD, CF, CP, AP, | Même en contrôlant la structure familiale, les difficultés financières et la réussite académique, l'AS augmente le risque de manifester des comportements délinquants chez les participants. L'effet de l'AS sur les comportements délinquants est moins prononcé chez les participants d'origine mexicaine que chez les caucasiens non hispaniques. |
| 9. Silverman et al. (2001) | Deux échantillons de 1977 et 2186 f de la 9e à la 12e année scolaire | CA/D, CSR, AP | Selon l'un ou l'autre des deux échantillons, les AAS par un partenaire amoureux sont significativement plus susceptibles d'avoir consommé de la cocaïne (OR: 3,3 ; 3,1), abusé de l'alcool (OR: 2,4), eu une première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans (OR: 5,0 ; 2,4), eu 3 partenaires sexuels ou plus dans les 3 derniers mois (OR: 5,0) et avoir été enceinte (OR: 3,2) que les adolescentes n'ayant pas vécu d'abus de la part d'un partenaire amoureux. Aucun lien n'est observé entre l'usage du condom et l'AS. Pour les filles ayant vécu de la violence physique et sexuelle les probabilités demeurent semblables à celles des filles ayant vécu de l'AS uniquement. |
| 10. Woodward et al. (2001) ^a | 533 f âgées de 20 ans lors de la dernière évaluation; étude longitudinale | CSR, CF, CP | Les participantes ayant eu au moins une grossesse à l'adolescence (jusqu'à 20 ans) sont 2,4 fois plus susceptibles d'avoir vécu une AS avant l'âge de 16 ans. Par contre, la présence d'une AS dans l'histoire d'une jeune fille ne permet pas de prédire une grossesse à l'adolescence. Les facteurs qui permettent de prédire les grossesses à l'adolescence sont le fait d'être née d'une mère monoparentale, les changements parentaux fréquents, les troubles de la conduite, un plus jeune âge lors des premières menstruations, l'affiliation avec un groupe de pairs déviants et la fréquence des relations sexuelles et ce, même après avoir contrôlé les autres facteurs familiaux, sociaux et individuels. |
| 11. Edgardh & Ormstad (2000) | 1243 f et 910 g de 17 ans | CA/D, AM, CSR | Les AAS sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles volontaires avant l'âge de 15 ans et de rapporter des comportements d'automutilation. La prise de drogues et la consommation d'alcool avant l'âge de 15 ans est plus fréquente chez les étudiantes qui ont été agressées sexuellement que les autres étudiantes. |

| | | | |
|---|---|------------------------|--|
| 12. Kilpatrick et al. (2000) ^a | 4023 f et g de 12 à 17 ans | CA/D, AP | Les AAS sont plus susceptibles de présenter un problème de dépendance ou d'abus d'alcool ou de drogue (OR variant entre 2,2 et 8,6) |
| 13. Raj et al. (2000) ^a | 779 f et 831 g de la 9 ^e à la 12 ^e année scolaire actifs sexuellement | CSR | Les AAS sont plus susceptibles d'avoir des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans (OR: 2,2), d'avoir plusieurs partenaires (OR : 2,5), et de vivre une grossesse (OR : 1,9) mais ne sont pas plus à risque d'avoir des relations sexuelles non protégées que les adolescentes. |
| 14. Kellogg et al. (1999) ^a | 166 f mères ou enceintes de 13 à 21 ans | CA/D, CSR, AD, CAS, AP | Comparées aux adolescentes, les AAS sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et des drogues et d'avoir fugué. Un plus jeune âge lors de l'AS est associé à un plus jeune âge lors de la première expérience sexuelle désirée. Les grossesses à l'adolescence sont directement influencées par l'âge lors de la première expérience sexuelle désirée et donc indirectement influencées par l'AS. |
| 15. Lipschitz et al. (1999) | 37 f et 34 g de 12 à 18 ans, en psychiatrie interne | AM, N | Une histoire d'AS est significativement associée aux comportements d'automutilation chez les participants de l'étude. |
| 16. Southwick Bensley et al. (1999) | 2518 f et 2272 g de 8e, 10e et 12e année scolaire | AD, AP | Les AAS sont plus susceptibles de rapporter des actes délinquants (OR de 2,2 et 3,2). Pour les participants ayant une histoire d'abus physique et sexuel, ces probabilités sont encore plus élevées (OR variant de 3,7 à 7,2). |
| 17. Garnefsky & Arends (1998) | 1188 f et 302 g de 12 à 19 ans; la moitié abusés | CA/D, AD | Comparés aux autres participants, les AAS consomment davantage d'alcool et de drogues et rapportent plus d'actes délinquants. |
| 18. Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf, & Russo (1998) | 173 f et 216 g dont 92 sont devenus parents avant l'âge de 20 ans; étude longitudinale | CSR, AP, N | Aucune différence significative n'est observée entre les AAS et les participantes qui n'ont pas été agressées en ce qui concerne le pourcentage de filles ayant donné naissance à un enfant dans chacun des deux groupes. |
| 19. Mason, Zimmerman, & Evans (1998) | 62 f et 334 g de 12 à 17 ans, incarcérés | CSR, AP | Un pourcentage très élevé des filles de l'échantillon rapportent une histoire d'AS (68%). Les AAS sont significativement plus jeunes lors de leur première relation sexuelle. Comparées aux adolescentes sans histoire d'abus, plus de filles qui ont été agressées sexuellement et/ou physiquement n'utilisent aucun moyen de contraception. Aucun lien n'est observé entre l'AS et le nombre de partenaires ou les grossesses à l'adolescence. |
| 20. Thompson & Braaten-Antrim (1998) | 1149 f et 1195 g de la 6e à la 12e année scolaire | AD, CF, CAS, AP | Les AAS sont 1,8 fois plus susceptibles de faire partie d'un gang criminalisé que ceux n'ayant pas vécu d'AS. Pour ceux ayant vécu à la fois un abus physique et sexuel le risque de participation à un gang est de 4 fois supérieur. Un nombre élevé |

| | | | |
|--|---|----------------|--|
| | | | d'épisodes de mauvais traitement (comparé à des mauvais traitements occasionnels) n'augmente que très légèrement les probabilités de faire partie d'un gang. Les variables de relations familiales ne sont pas associées à la participation à un gang. |
| 21. Fergusson et al. (1997) ^a | 520 f étudiées jusqu'à l'âge de 18 ans; étude longitudinale | CSR, CF, CAS | Les AAS, et particulièrement celles ayant vécu un abus sévère incluant des relations sexuelles complètes, présentent des taux significativement plus élevés d'activité sexuelle à un jeune âge, de partenaires sexuels multiples, de grossesses à l'adolescence, de relations sexuelles non protégées et de maladies transmises sexuellement. Les facteurs familiaux tels que les conflits parentaux, l'instabilité familiale, les difficultés d'ajustement des parents, et les difficultés relationnelles entre parent et enfant sont associés à l'AS de même qu'aux conduites sexuelles risquées. L'âge des premières relations sexuelles volontaires semble agir comme médiateur quant à l'impact de l'AS sur les conduites sexuelles risquées. |
| 22. Garnefski & Diekstra (1997) | 1188 f et 302 g de 12 à 19 ans; la moitié abusés | CA/D, AD, AP | Comparées aux adolescentes, les AAS sont plus susceptibles de consommer de l'alcool /drogue (O.R. : 2.3) et de rapporter des actes délinquants (O.R. : 2.5). Les filles ayant vécu une AS ont davantage tendance à rapporter plus d'un problème comparées aux filles sans histoire d'abus. De plus, les participantes ayant vécu de l'abus physique et sexuel rapportent significativement plus de difficultés que les participantes ayant uniquement vécu de l'AS. |
| 23. Harrison et al. (1997) | 62 203 f et 60 621 g de la 6e, 9e et 12e année scolaire | CA/D, AP | Les AAS sont, selon leur niveau scolaire, plus susceptibles d'avoir une consommation fréquente de 3 substances ou plus que les adolescentes n'ayant pas vécu d'AS (O.R.=3 à 12). Pour les filles ayant vécu de l'abus physique en plus de l'AS, les probabilités sont encore plus importantes chez les adolescentes abusées que chez celles n'ayant rapporté aucun abus. |
| 24. Luster & Small (1997a) ^a | 10 868 f de la 7e à la 12e année scolaire | CSR, CF, AP | Les AAS ont significativement plus de partenaires sexuels que celles n'ayant pas été abusées. Les participantes ayant vécu de l'abus physique en plus de l'AS sont plus à risque d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Les AAS recevant un niveau élevé de surveillance et de support de la part de leurs parents ont moins de partenaires sexuels que les adolescentes abusées ayant un milieu familial moins supportant. |
| 25. Luster & Small (1997b) ^a | 21 284 f et 21284 g de la 7e à la 12e année scolaire | CA, CF, CP, AP | Les AAS démontrent plus d'excès d'alcool que celles n'ayant pas d'histoire d'abus. La réussite scolaire ainsi qu'un niveau élevé de surveillance et de soutien de la part d'au moins un parent diminue le risque de consommer de l'alcool de façon excessive alors qu'une histoire d'abus physique augmente le risque. |

| | | | |
|--|---|-------------------|---|
| 26. Lynskey & Fergusson (1997) ^a | 1025 f et g de 18 ans ; étude longitudinale | CA/D, CAS, CF, CP | Les participants agressés sexuellement dans l'enfance ont plus de risque de vivre, à l'âge de 18 ans, un problème d'abus ou de dépendance d'alcool et de drogue. Le degré de difficultés d'adaptation manifesté par les victimes d'abus est influencé par la sévérité de l'AS et l'âge au moment de l'abus. Les autres facteurs qui influencent les difficultés d'adaptation des victimes sont : l'affiliation avec des pairs délinquants ou consommant des substances à l'adolescence de même que le soin et le soutien paternel dans l'enfance. |
| 27. Stock et al. (1997) | 3128 f de 8e, 10e et 12e année scolaire | CA/D, CSR | Les AAS sont plus susceptibles d'avoir déjà eu des relations sexuelles à l'âge de 15 ans (OR : 2,1), d'avoir une grossesse (OR : 3,1), de ne pas avoir utilisé de moyen de contraception lors de leurs dernières relations sexuelles (OR : 2,0) et d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel (OR : 1,4) que les adolescentes sans histoire d'AS. La consommation d'alcool et de drogues est également associée à l'AS. |
| 28. Chandy, Blum, &Resnick (1996) ^a | 2022 f de la 7e à la 12e année scolaire | CA/D, CSR, CF, CP | Les AAS présentent significativement plus de consommation d'alcool et de marijuana de même que plus de grossesses. Elles sont également plus nombreuses à avoir déjà eu des relations sexuelles volontaires mais n'ont pas de relations sexuelles plus fréquentes. La consommation d'alcool de la mère, les stress familiaux durant la dernière année, le niveau de consommation de d'alcool et drogue à l'école tel que perçu par l'adolescente de même que l'inquiétude liée à l'AS semblent être des facteurs de risque alors que le fait de vivre avec ses deux parents, l'affection d'un adulte, la perception d'être en santé et un niveau élevé de pratique religieuse semblent plutôt être des facteurs de protection à l'égard des comportements à risque. |
| 29. Cohen et al. (1996) | 73 f et 32 g de 12 à 18 ans, en psychiatrie interne | AD, AM, CSR, AP | Aucune différence significative n'est observée entre un groupe de AAS et 3 groupes composés d'adolescents non abusés, agressés physiquement et un dernier combinant agression sexuelle et abus physique quant aux comportements à risque présentés (fugues, comportements agressifs, automutilation et promiscuité sexuelle). |
| 30. Evans et al. (1996) | 61 f et 334 g de 12 à 18 ans, incarcérés | AD, AP | Plus de 70% des adolescentes incarcérées rapportent avoir été agressées sexuellement. Chez les filles, aucun lien n'est observé entre l'AS et la participation à un gang criminalisé. |
| 31. Rotheram-Borus et al. (1996) | 98 f et 92 g en fugue (âge moyen de 15.5 ans) | CA/D, CSR, CAS | Comparés aux participants non abusés, les AAS ont une plus grande consommation d'alcool et de drogue, plus de relations sexuelles non protégées et plus de partenaires sexuels. L'âge auquel l'abus s'est produit (avant ou après 13 ans) n'est pas en lien avec les comportements à risque mentionnés. |

| | | | |
|---|--|-------------------|---|
| 32. Lanz (1995) | 241 f enceintes de 12 à 17 ans | CA/D, AD | Les AAS rapportent plus d'actes délinquants et de consommation de drogues dures que les adolescentes non abusées. |
| 33. Nagy et al. (1995) | 3124 f de 8e et 10e année scolaire | CA/D, CSR, AP | Les AAS sont plus susceptibles d'avoir eu leurs premières relations sexuelles à un plus jeune âge (OR : 2,5), d'avoir eu une grossesse (OR : 1,5), de consommer des drogues (OR : 1,5) et d'avoir subi de l'abus physique dans la dernière année (OR : 3,8). |
| 34. Cunningham et al. (1994) | 445 f et 157 g de 13 à 18 ans; étude longitudinale | CD, CSR, AP | Lorsque pris seuls, ni l'AS ni le viol ne sont associés à la consommation de drogues injectables ou aux conduites sexuelles risquées (partenaires sexuels multiples et usage du condom peu fréquent ou absence de protection). Par contre, l'AS en combinaison avec un autre type d'abus (physique et/ou viol) est associée à l'adoption d'un plus grand nombre de comportements à risque. |
| 35. Lodico & DiClemente (1994) | 2582 f et 2708 g de 9e et 12e année scolaire | CD, CSR | Comparées aux adolescentes non abusées, les AAS sont plus susceptibles d'être sexuellement actives (OR: 1,7), d'avoir leurs premières relations sexuelles avant l'âge de 12 ans (OR: 4,8) et d'avoir été enceinte (OR: 2,4). Aucun lien n'a été observé entre l'AS et la fréquence d'utilisation du condom ni entre l'abus et la consommation de drogues injectables chez les adolescentes. |
| 36. Luster et Small (1994) ^a | 1283 f et 1284 g de 13 à 19 ans | CA,CSR, CF,CP, AP | Les adolescentes ont été catégorisées en fonction du niveau de comportements sexuels à risque qu'elles présentent. Le groupe à risque élevé comprend les participantes qui ont plus d'un partenaire sexuel et utilisent rarement ou jamais de contraception. On retrouve dans le groupe à risque élevé une proportion significativement plus importante de filles qui ont été agressées sexuellement que dans le groupe de filles abstinentes ou le groupe à risque faible. Elles consomment plus d'alcool que les filles des deux autres groupes. Les facteurs qui permettent de prédire la niveau de risque sexuel chez les adolescentes sont de basses notes, une consommation fréquente d'alcool, un manque de communication concernant la contraception avec la mère et une faible surveillance parentale. |
| 37. Nagy et al. (1994) | 1697 f et 1321 g de 8e et 10e année scolaire | CA/D, CSR, AD | Comparé aux adolescentes non abusées, les AAS rapportent des taux plus élevés de consommation d'alcool et de drogue, de port d'armes de même qu'un taux plus élevé de grossesses. |
| 38. Hussey & Singer (1993) | 130 f et 44 g de 12 à 18 ans, en psychiatrie interne | CA/D | Les AAS ont plus tendance à consommer des drogues, en prennent plus souvent, sont plus jeunes lors de leur première consommation de drogue et ont une consommation abusive d'alcool plus souvent que les participants non abusés. |
| 39. Watts & Ellis, (1993) | 670 f de la 7e à la 12e année scolaire | CA/D, AD | Comparées aux adolescentes non abusées, les AAS ont un niveau plus élevé de consommation d'alcool et de plusieurs drogues, à l'exception de |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--|
| | | | la cocaïne. L'AS chez les adolescentes est également associée aux actes délinquants. |
| 40. Berenson et al. (1992) ^a | 342 f enceintes, de 17 ans et moins | CA/D, AP | En comparaison avec les adolescentes non abusées, la consommation d'alcool est plus élevée chez celles qui ont été agressées sexuellement (O.R. : 4.3) et plus élevée chez celles qui ont été agressées sexuellement et physiquement (O.R. : 5.7). |
| 41. Boyer & Fine (1992) | 535 f enceintes ou mères de 21 ans ou moins | CA/D, CSR | Comparé avec les adolescentes n'ayant pas été agressées sexuellement, celles qui l'ont été ont plus tendance à consommer de l'alcool et des drogues, ont eu leurs premières relations sexuelles un an plus tôt, utilisent moins la contraception et ont plus tendance à avoir vécu plus d'une grossesse. |
| 42. DiClemente et al. (1991) | 40 f et 36 g de 12 à 21 ans, en psychiatrie interne | AM, CAS | Les AAS sont 1,6 fois plus susceptibles de rapporter des comportements d'automutilation. La fréquence de l'AS est positivement associée aux comportements d'automutilation. |
| 43. Erickson & Rapkin (1991) | 598 f et 599 g de la 6e à la 12e année scolaire | CA/D, CSR, CAS | Les AAS sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et des drogues, d'être actifs sexuellement, d'avoir des relations sexuelles non protégées et d'être impliqués dans une grossesse. Les participants ayant été forcés physiquement lors de l'abus ont moins tendance à être actifs sexuellement et ont un score plus bas sur l'indice de consommation de substances que les participants n'ayant pas été forcés physiquement lors de l'abus. |
| 44. Polit et al. (1990) | 177 f de 13 à 18 ans suivies par la protection de l'enfance | CSR | Les AAS sont plus susceptibles que les adolescentes non abusées d'avoir des relations sexuelles volontaires et ce, même lorsque les variables socioéconomiques sont contrôlées. Les victimes sont également plus jeunes lors de leur première relation sexuelle et elles ont des relations sexuelles plus fréquemment. |
| 45. Morrow & Sorell (1989) ^a | 101 f victimes d'inceste de 12 à 18 ans | CA/D, CSR, AD, AM, CAS, CF, CP | Une AS plus sévère selon les gestes posés est associée à une plus grande fréquence des comportements à risque tels que la consommation d'alcool et de drogue, la promiscuité sexuelle, les actes criminels, les fugues et l'automutilation. Les autres indicateurs de la sévérité de l'abus (tels que la durée, la fréquence, le nombre d'abuseurs) ne sont pas liés à la présence des conduites à risque. Le sentiment de responsabilité de la victime face à l'abus de même qu'une réaction négative de la part de l'agresseur sont liés à un plus grand nombre de comportements à risque. La réaction de la mère n'est pas associée aux comportements à risque. |
| 46. Singer, Petchers, & Hussey, (1989) | 64 f et 32 g de 13 à 18 ans, en psychiatrie interne | CA/D | Les AAS consomment de façon plus régulière de la cocaïne et des stimulants, utilisent plus fréquemment de l'alcool et des drogues et sont |

plus souvent intoxiqués que les adolescents n'ayant pas d'histoire d'AS.

| | | | |
|--|--|------|---|
| 47. Flanigan, Potrykus, & Marti (1988) | 28 f victimes d'inceste de 13 à 18 ans | CA/D | Par rapport aux normes de consommation locales et nationales, les adolescentes victimes d'inceste ont commencé à consommer de l'alcool et du cannabis à un plus jeune âge et utilisent ces substances plus fréquemment. |
|--|--|------|---|

^a AAS = adolescentes qui ont été agressées sexuellement ; CA/D = consommation d'alcool et de drogue ; CSR = conduites sexuelles risquées ; AD = actes délinquants ; AM = automutilation ; CAS = caractéristiques de l'agression sexuelle ; CF = caractéristiques familiales ; CP = caractéristiques personnelles ; AP = abus physique ; AE = abus émotionnel ; N = négligence ; f = filles ; g = garçons ; OR = ratio de probabilité.

Les études où des facteurs de risque ou de protection ont été considérés.

Comportements à risque et agression sexuelle (AS). Le tableau résumé permet de constater que, si la consommation d'alcool et de drogue (27 articles) et les conduites sexuelles risquées (25 articles) sont traitées dans plusieurs études, les comportements délinquants (16 articles) et l'automutilation (6 articles) sont beaucoup plus rarement abordés dans les publications traitant de l'AS chez les adolescentes. Par ailleurs, un peu plus de la moitié des études recensées (27/47) se sont intéressées à plus d'un type de comportements à risque.

Alcool et drogue. Les résultats des 27 études recensées portant sur la consommation de substances sont remarquablement consistants et suggèrent un lien entre la victimisation sexuelle et la consommation abusive d'alcool ou de drogue à l'adolescence. Seulement trois études n'observent pas de lien entre la consommation de drogues et une expérience d'AS (Anteghini, Fonseca, Ireland, & Blum, 2001, Cunningham, Stiffman, Doré, & Earls, 1994; Lodico & DiClemente, 1994), toutefois les deux dernières portaient exclusivement sur les drogues injectables. À travers les études, les données recueillies auprès des participants portent sur les aspects suivants: la consommation ou non de drogues (Edgarth & Ormstad, 2000), la fréquence et le nombre de substances (Harisson, 1997), la présence de problèmes de dépendance ou d'abus (Lynskey & Fergusson, 1997), le nombre de consommations au cours du dernier mois (Garneski, 1998) et la consommation abusive ('binge drinking'). La tendance des résultats observés, malgré cette variation dans les mesures de consommation, permet de croire à un lien important entre l'AS et la consommation d'alcool et de drogues chez les adolescentes. De fait, plusieurs études ont mesuré la force de ce lien à l'aide d'analyses de régression logistique. Dans l'ensemble, comparées aux adolescentes n'ayant pas vécu d'AS, les victimes ont une probabilité de 1.5 fois (Nagy, DiClemente, & Adcock, 1995) à 12 fois plus élevée (Harrison, Fulkerson, & Beebe, 1997) de présenter des comportements à risque sur le plan de la consommation d'alcool ou de drogue.

Conduites sexuelles risquées. Au total, 25 publications portant sur les conduites sexuelles risquées des adolescentes ont été recensées. La plupart de ces travaux pointent vers une direction commune: comparées aux autres adolescentes, les victimes d'AS adoptent davantage de conduites sexuelles risquées. Par exemple, dans la totalité des onze études qui mesurent l'âge des premières relations sexuelles désirées, les adolescentes qui ont été victimisées sont plus susceptibles d'avoir leur première relation sexuelle désirée à un âge précoce. De plus, dans une majorité d'études (12/15) elles sont aussi plus susceptibles de vivre une grossesse à l'adolescence. Par contre, des analyses de régression auprès d'un échantillon plus spécifique d'adolescentes ayant eu une grossesse font conclure à Woodward, Fergusson, et Horwood (2001) que, malgré une association initiale, l'agression sexuelle ne fait pas partie des facteurs permettant de prédire les grossesses à l'adolescence.

Pour ce qui est de l'utilisation du condom ou de la contraception, huit des 14 études qui s'intéressent à cette variable concluent que les victimes d'AS sont moins susceptibles d'utiliser le condom ou un moyen de contraception. De même, un peu plus de la moitié des études qui se sont intéressées au nombre de partenaires sexuels (8/12) rapportent que les victimes ont tendance à avoir plus de partenaires sexuels volontaires que les autres adolescentes. De ce nombre, l'étude menée par Noell, Rohde, Seeley, et Ochs (2001) auprès d'adolescentes sans domicile fixe montre que seule l'AS vécue à l'adolescence, et non celle vécue avant la puberté, est associée au nombre de partenaire sexuels. Il appert donc qu'outre l'AS elle-même, certaines caractéristiques plus spécifiques de l'agression pourraient influencer la nature de ce lien. Dans l'ensemble, l'effet de l'agression sexuelle sur la probabilité de démontrer des conduites sexuelles risquées est assez fort, variant de 1,4 (Stock, Bell, Boyer, & Connell, 1997) à 5,0 (Sylverman, Raj, Mucci, & Hathaway, 2001) mais se retrouvant en moyenne autour de 2,5.

Les résultats concernant le lien entre l'agression sexuelle et les différentes conduites sexuelles risquées varient donc passablement selon les différentes conduites considérées. En effet, le taux de confirmation le plus élevé est obtenu à l'égard de l'âge des premières relations sexuelles (100% des études) et le taux le plus faible est obtenu à l'égard de l'utilisation du condom ou de la contraception (57% des études). Ces variations pourraient être expliquées en partie par certaines limites méthodologiques ou par un écart important dans les caractéristiques des échantillons. Par exemple, les études de Cohen et al. (1996) et Morrow et Sorell (1989) ont utilisé le concept de promiscuité sexuelle sans que la définition ne soit précisée, ni les comportements inclus dans ce concept. De même, les participantes des différentes études ont été recrutées auprès de plusieurs sous-groupes allant de populations d'étudiantes à des groupes d'adolescentes enceintes, incarcérées, sans domicile fixe ou en traitement psychiatrique, ce qui pourrait constituer une explication partielle à la variation des résultats.

Comportements délinquants. Un nombre plus restreint d'études se sont attardées à la délinquance et aux actes criminels chez les adolescentes qui ont été victimes d'AS. Dans l'ensemble, les résultats (14 études sur un total de 16) indiquent

une plus grande tendance chez les victimes à démontrer des comportements délinquants ou criminels comparativement aux non-victimes. Seules les études de Barnow, Lucht, et Freyberger (2001) et de Cohen et al. (1996) n'observent pas d'association. Cependant, on remarque que parmi les 16 études recensées, six d'entre elles ne font pas de distinction entre les résultats obtenus par les filles et les garçons (Barnow et al., 2001; Cohen et al., 1996; Garnefsky & Arends, 1998; Pérez, 2001 ; Southwick Bensley, Van Eenwyk, Spieker, & Schoder, 1999; Thompson & Braaten-Antrim, 1998) bien que ce type de comportements soit plus prévalent chez les garçons. Les deux seules études mesurant les ratios de probabilité ont toutefois obtenu des ratios modérés à forts allant de 1,8 à 3,2, indiquant que le lien entre l'agression sexuelle et la délinquance pourrait être important (Thompson & Braaten-Antrim, 1998 ; Southwick Bensley et al., 1999). Il importe de mentionner qu'à travers l'ensemble de ces travaux de recherche, un large éventail de comportements délinquants a été étudié: fugue (Kellogg, Hoffman, & Taylor, 1999), port d'arme (Anteghini et al., 2001 ; Nagy, Adcock, & Nagy, 1994), participation à un gang (Thompson & Braaten-Antrim, 1998 ; Evans, Albers, Macari, & Mason, 1996) ou un ensemble de comportements antisociaux comme le vol, le vandalisme, les actes de violence physique ou les arrestations (Fehon, Grilo, & Lipschitz, 2001; Pérez, 2001; Watts & Ellis, 1993). Des études supplémentaires, tenant compte des différences selon le sexe, seront donc nécessaires afin de déterminer plus spécifiquement quels types de comportements délinquants sont associés à l'agression sexuelle et dans quels contextes.

Automutilation. Peu de chercheurs ont étudié le lien possible entre l'AS et les comportements d'automutilation auprès de populations d'adolescentes. Ces comportements sont généralement définis comme des blessures physiques infligées à soi-même qui visent non pas à mourir mais à provoquer de la douleur (ex. se couper, se gratter ou se brûler la peau). Six études ont été recensées dont trois ont été réalisées dans un contexte d'hospitalisation en psychiatrie (Lipschitz et al., 1999; Cohen et al., 1996; DiClemente, Ponton, & Hartley, 1991) et une dans un centre de traitement psychiatrique (Kisiel & Lyons., 2001). Les comparaisons effectuées dans 4 de ces études montrent que les adolescentes qui ont été agressées sexuellement présentent plus fréquemment des comportements d'automutilation. Toutefois, seule une étude réalisée auprès d'adolescents hospitalisés en psychiatrie précise la force de l'association et elle montre que les victimes sont 1,6 fois plus susceptibles de présenter des comportements d'automutilation (DiClemente et al., 1991). Ce ratio de probabilités modéré ayant été obtenu dans un contexte d'hospitalisation sans distinction entre les filles et les garçons, il est possible que ce résultat ne soit pas représentatif de ce qui se retrouve chez l'ensemble des adolescentes agressées sexuellement. Des travaux supplémentaires devront donc être effectués afin de mieux connaître le phénomène de l'automutilation en relation avec une histoire d'AS à l'adolescence.

Facteurs de risque ou de protection. De 1988 à 1996, la plupart des études recensées étaient de nature comparative, contrastant le pourcentage d'adolescentes présentant ou non des comportements à risque selon la présence ou non d'une AS.

Au cours de cette période, certains auteurs ont repris ces comparaisons en intégrant en plus; la présence d'abus physique combinée ou non (Berenson, San Miguel, & Wilkinson, 1992), le nombre d'agressions (Watts & Ellis, 1993) ou l'âge de l'enfant au moment de l'agression (Rotheram-Borus, Mahler, Koopman, & Kangabeer, 1996). Plus tard, les travaux de Lynskey et Fergusson (1997) et Fergusson, Horwood, et Linskey (1997), ont intégré à la fois des analyses comparatives en fonction de la gravité des gestes posés par l'agresseur, mais également des modèles de régressions introduisant des facteurs du milieu familial et des pairs. Depuis 1998, une majorité d'études se sont tournées vers la régression logistique afin de quantifier le risque propre à différents facteurs de risque dichotomiques obtenus auprès de larges échantillons en milieu scolaire (entre autres, Southwick Bensley et al., 1999, Pérez, 2001, Silverman et al., 2001). Bien que ces études rapportent les comportements de milliers d'adolescents, elles sont aussi limitées par leur mesure d'AS qui se limite souvent à une seule question sans autre information quant à la gravité, au moment auquel l'agression est survenue ou encore le lien avec l'agresseur (Raj, Silverman, & Amaro, 2000, Silverman et al., 2001, McKnight & Loper, 2002). Ainsi, un nombre limité d'études ont intégré des facteurs de risques liés au fonctionnement familial et social des adolescentes.

Des 47 études du tableau résumé, 18 se sont intéressées aux variables qui pourraient influencer la présence des comportements à risque chez les victimes d'agression sexuelle ou permettant d'identifier les victimes les plus susceptibles de présenter ces comportements. En général, les facteurs de risque ou de protection étudiés font partie des catégories suivantes : caractéristiques de l'agression, caractéristiques familiales ou caractéristiques personnelles de la victime.

Différentes caractéristiques de l'AS ont été citées dans 9 des 18 études qui s'intéressent aux variables pouvant influencer les comportements à risque. Bien que de façon générale, une agression plus sévère (incluant la pénétration) soit associée à plus de comportements à risque (7/9 confirment le lien), peu d'études ont comparé simultanément l'effet de différentes caractéristiques (ex. nature, fréquence, lien avec l'agresseur, etc.) sur la présence de ces comportements. L'une des rares exceptions, l'étude de Morrow et Sorell en 1989, a considéré à l'aide d'une régression multiple à la fois la durée de l'agression, sa fréquence, sa sévérité, la réaction tant de la mère que de l'agresseur, de même que le blâme et la configuration familiale suite à l'agression. Ces auteurs concluent que seules la sévérité de l'agression, la réaction de l'agresseur et le blâme augmentent le nombre de comportements à risque.

Quelques études ont combiné à la fois, des caractéristiques de l'agression et du fonctionnement familial. De fait, dans la majorité de ces travaux (10/12), la présence ou le nombre de comportements à risque des adolescents sont influencés par certaines caractéristiques de la famille. Par exemple, Lynskey et Ferguson (1997) ont confronté 4 caractéristiques de l'agression, 5 variables du milieu familial et 2 variables liées aux pairs. Suite à une régression multiple, il appert que l'association à des pairs délinquants, et l'attachement du père étaient les seules variables liées au nombre de troubles d'adaptation de l'adolescent. À l'opposé, Ferguson et al. (1997) ont montré que le lien entre la sévérité de l'agression et les

comportements sexuels à risque demeure malgré que l'attachement familial, la discipline parentale et les désavantages socio-économiques avaient été utilisés comme co-variables. Dans l'ensemble, bien qu'aucune étude ne se soit attardée aux fonctions modératrices ou médiatrices des composantes familiales, la stabilité familiale (Woodward et al., 2001), la qualité de la relation parent-enfant (Anteghini et al, 2001), la confiance et l'amour des parents (McKnight & Loper, 2002) constituent des facteurs de protection envers différents comportements à risque.

Finalement, neuf études montrent un lien entre les variables propres à la victime et les comportements à risques. Il est toutefois difficile d'en tirer des conclusions définitives, étant donné que les variables mesurées (ex : sentiment de responsabilité face à l'AS, image de soi, rendement scolaire, attitude face à la religion, relation avec les pairs, etc.), et mises en lien avec différents comportements à risque, varient d'une étude à l'autre.

En somme, les recherches effectuées au cours des 15 dernières années semblent démontrer que les adolescentes qui ont été agressées sexuellement sont plus susceptibles de présenter des comportements à risque que les autres adolescentes, bien qu'en ce qui concerne la délinquance et l'automutilation, des résultats supplémentaires seront nécessaires pour être considérés comme fiables. En ce qui concerne l'identification de facteurs de risque ou de protection, il apparaîtrait que les caractéristiques de l'AS, indicatrices d'une plus grande sévérité, seraient associées à la présence de certains comportements à risque, alors que d'autres variables liées à un bon fonctionnement familial (stabilité, confiance attachement) pourraient également contrer la présence de ces comportements.

Dynamiques psychologiques qui sous-tendent les comportements à risque

Afin de bien saisir l'importance des comportements à risque sur le plan clinique, il apparaît essentiel de se pencher sur les dynamiques sous-jacentes permettant de comprendre la fonction ou le sens que prennent ces comportements dans la vie des adolescentes. Cliniciens et chercheurs ont élaboré différentes hypothèses permettant d'expliquer chacune des conduites à risque décrites dans le présent article. Ainsi, la consommation d'alcool et de drogues peut avoir comme fonction d'engourdir les répercussions émotionnelles qui résultent de l'abus (Rohsenow, Corbett, & Devine, 1988). Par exemple, en prenant de l'alcool l'adolescente peut essayer de ne plus ressentir la honte qu'elle éprouve d'avoir été abusée. La consommation d'alcool ou de drogue peut également donner à l'adolescente l'impression qu'elle a davantage de pouvoir personnel et d'estime d'elle-même (Hurley, 1990). En effet, différentes substances consommées peuvent, en diminuant les inhibitions, donner un sentiment d'invulnérabilité et de toute puissance. La prise de ces substances peut aussi constituer une façon de diminuer les symptômes de stress post-traumatiques (Root, 1989) comme par exemple les souvenirs traumatiques ou une hypervigilance continue.

Une des hypothèses avancées pour expliquer la présence de conduites sexuelles risquées est la transgression des frontières du corps à travers l'AS,

rendant ainsi ces frontières floues (Timms & Connors, 1992). Par conséquent, l'adolescente ne se reconnaît pas le droit d'avoir des frontières et donc d'imposer ses limites aux avances sexuelles. L'adolescente finit par ne plus avoir de repères. Elle n'arrive pas à savoir ce dont elle a envie, ce qui est intrusif, ce qui ne l'est pas ou ce qui est normal relativement aux personnes du sexe opposé.

Le phénomène de l'impuissance acquise peut également permettre d'expliquer certaines conduites sexuelles risquées (Mayall & Gold, 1995) notamment lorsque l'adolescente est confrontée à des avances sexuelles ou à l'insistance d'un partenaire à ne pas porter le condom. Ainsi, suite à l'agression sexuelle, l'adolescente a tellement été marquée par des situations où elle était impuissante à repousser des demandes sexuelles, qu'elle n'a pas appris d'autres façons de gérer la situation à part celle d'acquiescer ou de se soumettre aux désirs de l'autre.

Un autre élément permettant d'expliquer les conduites sexuelles risquées est le sentiment de valeur personnelle de l'adolescente qui se construit autour de la sexualité (Rainey, Stevens-Simon, & Kaplan, 1995; Mayall & Gold, 1995). À travers l'AS, l'adolescente a pu être valorisée par ses comportements sexuels, par le fait qu'elle était attirante sexuellement au point où son sentiment de valeur personnelle s'est en partie développé en fonction de sa sexualité. Enfin, une activité sexuelle très fréquente peut aussi être considérée tel un comportement compulsif qui vise à réduire l'anxiété et à bloquer les émotions difficiles (Timms & Connors, 1992). L'adolescente s'engage ainsi dans des relations sexuelles non pas pour en retirer du plaisir, mais pour diminuer sa détresse ou son inconfort à travers quelque chose de prévisible et de connu.

Les comportements délinquants, quant à eux, peuvent avoir pour fonction d'exprimer une révolte ou une rage. Ils représenteraient alors le symptôme d'une détresse vécue intérieurement ou peut-être même une tentative de dévoilement par l'adolescente (Bowers, 1990). Carey (1997) postule que la victime peut avoir recours au clivage afin de pouvoir maintenir l'attachement à un agresseur, lorsque celui-ci est une personne très significative pour elle. Les adhérents à cette hypothèse explicative suggèrent que ce mécanisme intrapsychique permet à la victime de déplacer ce qui est "mauvais" sur le soi tout en maintenant l'illusion que l'agresseur est bon afin de conserver ses liens d'attachement avec lui.

En ce qui concerne les comportements d'automutilation ou d'autodestruction, plusieurs hypothèses nous permettent de conceptualiser ces gestes d'agression tournés vers soi. Il peut s'agir d'une façon pour l'adolescente de réguler son état émotionnel (Figuroa, 1988). Par exemple, une adolescente très tourmentée par les souvenirs de l'agression, pourrait s'infliger des brûlures afin de se calmer intérieurement et de se concentrer sur sa douleur physique plutôt que sur sa douleur morale. Les actes d'automutilation peuvent aussi avoir une fonction d'autopunition pour l'adolescente ou pour son corps (de Young, 1982). Des brûlures pourraient aussi permettre à l'adolescente de mutiler une partie de son corps qui plaisait à l'agresseur de façon à punir son corps d'avoir suscité le désir. Les comportements d'automutilation peuvent également constituer un appel à l'aide non verbal (Simpson

& Porter, 1981), l'adolescente communiquant ainsi à son entourage son sentiment de détresse.

Modèle théorique

La recension des études publiées nous permet de constater qu'aucune des 47 études citées n'a tenté de mesurer les différentes dimensions d'un modèle théorique. Cependant l'exploration des dynamiques sous-jacentes à l'apparition des comportements à risque dans le contexte d'AS, nous amène à tenter d'inscrire ces données dans un modèle explicatif des conduites à risque de façon à en arriver à une conceptualisation plus complète de ce phénomène. Puisque aucun modèle n'a été clairement établi pour expliquer les différents comportements à risque adoptés par les adolescentes qui ont été agressées sexuellement, quelques modèles provenant du domaine de l'AS sont présentés. Parmi ces modèles explicatifs, on retrouve le modèle traumagénique de Finkelhor et Browne (1985). qui tente d'expliquer un large spectre de symptômes à travers quatre dynamiques traumagéniques par lesquelles l'AS altère le rapport émotionnel ou cognitif que l'enfant entretient avec son environnement et cause un traumatisme par la distorsion du concept de soi de l'enfant, de sa vision du monde ou de ses capacités affectives. Selon ce modèle, la dynamique de sexualisation traumatique permet d'expliquer les conduites sexuelles risquées des victimes, la dynamique de stigmatisation permet d'expliquer la consommation d'alcool et de drogues, les comportements criminels, l'automutilation alors que les dynamiques de trahison et d'impuissance permettent toutes deux d'expliquer la délinquance. Cependant, ce modèle ne permet pas de comprendre pourquoi certaines victimes adopteront des comportements à risque et d'autres non.

En tentant de comprendre l'étiologie des comportements suicidaires, Fergusson, Woodward, et Horwood (2000) ont obtenu des résultats consistants avec un modèle explicatif selon lequel le risque de présenter des comportements suicidaires dépend d'une exposition accrue à une série de facteurs sociaux, familiaux, événementiels, de personnalité et de santé mentale. Ce modèle rend bien compte de l'aspect cumulatif des facteurs de risque dans le développement de conduite à risque mais élude l'importance des facteurs de protection qui entrent en jeu chez les victimes résilientes.

Après avoir fait un recensement de la majorité des modèles explicatifs des conséquences de l'AS, Nurcombe (2000), considère que le modèle transactionnel est le plus complet et celui qui permet de couvrir une plus large variété de situations. Selon ce modèle, les conséquences de l'agression sont déterminées par les relations multiples et réciproques entre les variables modératrices, l'expérience d'AS et les variables médiatrices. Lorsque les stressseurs (de différents types: au niveau des parents, des victimes, des conditions sociales, etc.) surpassent les sources de soutien ou lorsque les facteurs de risque ne sont pas contrebalancés par des facteurs de protection, les probabilités de conséquences négatives liées à l'AS augmentent (Belsky, 1993). Ce modèle à l'avantage de pouvoir s'appliquer à l'explication des différents problèmes rencontrés par les victimes d'agression sexuelle dont les comportements à risque abordés dans cet article. Ce modèle

considère à la fois les facteurs de risque et de protection, ce qui permet de comprendre pourquoi certaines victimes présentent des comportements à risque alors que d'autres n'en présentent pas. Ainsi, dans ce modèle les facteurs de risque et de protection ne sont pas prédéterminés, ils peuvent inclure également d'autres éléments qui sont de nature plus personnelle et idiosyncratique à chaque victime (comme par exemple l'impression d'avoir été trahie par une personne de confiance ou la présence rassurante d'un animal de compagnie). Bien qu'il puisse paraître complexe et vague étant donné le manque de spécificité de ses composantes, le modèle transactionnel offre une souplesse qui permet de traduire avec justesse, la complexité des situations d'AS. Ce modèle s'avère donc utile dans le cadre de l'élaboration d'études cliniques de même que pour l'évaluation et le traitement des adolescentes qui ont été agressées sexuellement.

Limites des études existantes et de la présente recension

Une limite inhérente aux études présentées et qui se reflète dans la présente recension est l'importante variation entre les méthodologies utilisées, ce qui rend les résultats difficilement comparables entre eux. Ainsi, les travaux de recherche présentés se basent sur des échantillons dont la composition varie grandement et sur des instruments de mesure également différents. À cet effet, l'absence de définitions claires et consistantes de certains concepts clés (tel l'agression sexuelle) nuisent à la comparaison des résultats entre les études. Par exemple, dans certaines études, une expérience d'AS a été reconnue seulement si elle comportait des relations sexuelles complètes (Cunningham et al., 1994) ou plus d'une agression (Brown et al., 1999) alors que la majorité des études considéraient une définition plus large de l'AS, se limitant même parfois à un seul item (entre autres, Raj et al., 2000, McKnight & Loper, 2002). De même, à travers les études recensées, 19 d'entre elles n'effectuent pas d'analyses distinctes entre les résultats des filles et ceux des garçons. Ceci peut affecter la validité des conclusions sachant que plusieurs études ont observé des différences importantes entre la symptomatologie des filles et des garçons qui ont été agressés sexuellement (Garnefski & Arends, 1998; Garnefski & Diekstra, 1997; Edgardh & Ormstad, 2000). Enfin, Margolin et Gordis (2000) ont souligné la présence de nombreux défis méthodologiques qui compliquent l'étude de la problématique de l'agression sexuelle et qui peuvent expliquer la difficulté à obtenir des résultats consistants à travers les études: la présence de d'autres problématiques chez les membres de la famille telles que l'alcoolisme d'un parent, des caractéristiques dissemblables de victimisation, et les taux élevés d'exposition à d'autres types de violence en concomitance avec l'agression sexuelle. On peut cependant penser qu'un grand nombre d'études ayant des résultats similaires constitue à tout le moins une indication révélatrice d'une tendance.

Une limite importante qui émerge de l'ensemble des études sur les comportements à risque est l'absence d'intégration d'un ou de plusieurs modèle(s) théorique(s) permettant de guider les études empiriques. Aucune des études recensées n'a cherché à tester un modèle théorique visant à expliquer le phénomène des comportements à risque. Or, des études conceptualisées à partir d'un modèle précis pourront davantage orienter les cliniciens vers le développement

d'interventions adaptées tout en favorisant une meilleure compréhension des phénomènes entourant l'adoption de comportements à risque.

Par ailleurs, la majorité des études recensées proviennent du monde anglo-saxon, exception faite de quelques études provenant du Brésil (Anteghini et al., 2001), d'Allemagne (Barnow et al., 2001), de Suède (Edgardh & Ormstad, 2000) et des Pays-Bas (Garnefski & Arends, 1998; Garnefski & Diekstra, 1997). Ainsi, bien que l'ensemble de ces résultats constitue une indication d'une tendance qui se dessine chez les adolescentes qui ont été agressées sexuellement, des recherches provenant de milieux francophones seraient désirables afin de s'assurer de la validité de ces résultats dans d'autres contextes culturels.

Conclusion et recommandations

Les résultats des 47 études tendent à démontrer que les adolescentes qui ont été agressées sexuellement sont plus susceptibles de présenter les 4 comportements à risque qui sont l'objet de notre recension. De plus, certaines variables liées à l'attachement et au fonctionnement familial, de même que des indicateurs de la sévérité de l'agression semblent avoir une influence sur la présence des comportements à risque. Des études supplémentaires seront cependant nécessaires afin de déterminer plus précisément comment ces caractéristiques interagissent et ce, à l'égard de quel type de comportements à risque. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus jusqu'à maintenant militent en faveur d'une investigation systématique des conduites à risque chez les adolescentes agressées sexuellement.

Au plan clinique, ce qui se dégage des modèles de compréhension des conduites à risque est l'importance d'une intervention ayant de multiples cibles tant à l'égard de la prévention que du traitement des conduites à risque. L'intervention clinique ne saurait se dispenser d'une évaluation rigoureuse établissant le profil spécifique de l'adolescente, les comportements à risque présentés de même que la fonction particulière que ces comportements occupent dans la vie de l'adolescente. Suite à l'évaluation, un plan de traitement doit être adapté aux besoins spécifiques de l'adolescente. Par exemple, les interventions pourront permettre d'explorer de manière plus approfondie les besoins spécifiques qui sous-tendent les comportements à risque afin d'en arriver à ce que les adolescentes développent d'autres façons de répondre à ces besoins. Ainsi, il pourrait s'avérer pertinent de favoriser un sentiment de réalisation personnelle et une meilleure estime de soi en les encourageant, par exemple, à entreprendre des activités parascolaires dans le domaine sportif, artistique ou social plutôt que de chercher une valorisation à travers la consommation de substances ou des conduites sexuelles risquées. De plus, une intervention dans le cadre scolaire pourrait, à travers des activités plus générales d'éducation et de prévention, favoriser une réflexion chez les adolescentes quant aux conséquences des comportements à risque. Ce type d'interventions pourrait également les sensibiliser afin qu'elles apprennent à substituer ces comportements par des choix plus sains. L'intervention pourra également viser à renforcer les facteurs de protection tel le soutien familial. Ceci pourrait être effectué en proposant,

par exemple, des groupes de soutien et d'information aux parents. Ces groupes permettraient, entre autres, d'aider les parents à comprendre la détresse sous-jacente aux comportements à risque que peut développer leur adolescente et les sensibiliser à différents comportements et attitudes par lesquelles ils peuvent démontrer leur soutien. Une politique d'intervention sociale plus large ciblant les jeunes de la rue ou le contexte de pauvreté d'une communauté pourrait également avoir des effets à plus long terme et possiblement éviter certaines situations de revictimisation.

Enfin, plusieurs avenues pourront être explorées dans des recherches futures portant sur les comportements à risque. On pense entre autres à des études visant à mesurer l'efficacité des programmes de traitement qui cibleraient spécifiquement les comportements à risque des adolescentes. Des études longitudinales d'envergure pourraient également permettre d'observer les trajectoires de vie, de symptômes et de conduites à risque des adolescentes en fonction de l'agression sexuelle et du contexte dans lequel elle a été vécue. Si certaines études américaines semblent déjà sur cette voie, leur utilisation exclusive de populations étudiantes et leur mesure de l'AS en un seul item dichotomique présente une sérieuse limitation. Les études futures devraient donc adopter une mesure précise de l'abus et de ses caractéristiques et s'intéresser également aux adolescents en marge du système scolaire. Ceci permettrait d'accroître non seulement notre connaissance des facteurs de prédiction des comportements à risque mais aussi des facteurs de protection qui rendent certaines victimes résilientes. Ainsi, à la lumière des différentes fonctions des conduites à risque et des modèles théoriques exposés, les futures études devront être élaborées afin de pouvoir tester empiriquement les différentes compréhensions cliniques associées aux conduites à risque de même que les modèles théoriques dans lesquels elles peuvent s'inscrire.

Références

- Anteghini, M., Fonseca, H., Ireland, M., & Blum, R. W. (2001). Health risk behaviors and associated risk and protective factors among Brazilian adolescents in Santos, Brazil. *Journal of Adolescent Health, 28*, 295-302.
- Barnow, S., Lucht, M., & Freyberger, H. J. (2001). Influence of punishment, emotional rejection, child abuse, and broken home on aggression in adolescence: An examination of aggressive adolescents in Germany. *Psychopathology, 34*, 167-173.
- Berenson, A.B., San Miguel, V. V., & Wilkinson, G. S. (1992). Violence and its relationship to substance use in adolescent pregnancy. *Journal of Adolescent Health, 13*, 470-474.
- Boyer, D. & Fine, D. (1992). Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Family Planning Perspectives, 24* (4), 4-11 et 19.
- Carey, A. L. (1997). Survivor revictimization: Object relations dynamics and treatment implications. *Journal of Counseling and Development, 75*, 357-365.
- Chandy, J. M., Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1996). Female adolescents with a history of sexual abuse: Risk outcome and protective factors. *Journal of Interpersonal Violence, 11* (4), 503-518.
- Cohen, Y., Spirito, A., Sterling, C., Donaldson, D., Seifer, R., Plummer, P., et al. (1996). Physical and sexual abuse and their relation to psychiatric disorder and suicidal behavior among adolescents who

- are psychiatrically hospitalized. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (8), 989-993.
- Cunningham, R. M., Stiffman, A. R., Doré, P., & Earls, F. (1994). The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: Implications for public health. *Child Abuse and Neglect*, 18(3), 233-245.
- de Young, M. (1982). Self-injurious behavior in incest victims: A research note. *Child Welfare*, LXI(8), 577-584.
- DiClemente, R. J., Ponton, L. E., & Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (5), 735-739.
- Edgards, K., & Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 88, 310-319.
- Elze, D. E., Auslander, W., McMillen, C., Edmond, T., & Thompson, R. (2001). Untangling the impact of sexual abuse on HIV risk behaviors among youths in foster care. *AIDS Education and Prevention*, 13(4), 377-389.
- Erickson, P. I., & Rapkin, A. J. (1991). Unwanted sexual experiences among middle and high school youth. *Journal of Adolescent Health*, 12, 319-325.
- Evans, W., Albers, E., Macari, D., & Mason, A. (1996). Suicide ideation, attempts and abuse among incarcerated gang and nongang delinquents. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13 (2), 115-126.
- Fehon, D., Grilo, C. M., & Lipschitz, D. S. (2001). Gender differences in violence exposure and violence risk among adolescent inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 532-540.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Lynskey, M. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse and Neglect*, 21 (8), 789-803.
- Fergusson, 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, 23-39.
- Figueroa, M. D. (1988). A dynamic taxonomy of self-destructive behavior. *Psychotherapy*, 25(2), 280-287.
- Flanigan, B. J., Potrykus, P. A., & Marti, D. (1988). Alcohol and marijuana use among female adolescent incest victims. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5, 231-248.
- Garnefsky, N., & Arends, E. (1998). Sexual abuse and adolescent maladjustment: Differences between male and female victims. *Journal of Adolescence*, 21, 99-107.
- Harrison, P. A., Fulkerson, J. A., & Beebe, T. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect*, 21 (6), 529-539.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Egolf, B. P., & Russo, J. (1998). The relationship between early maltreatment and teenage parenthood. *Journal of Adolescence*, 21, 291-303.
- Hussey, D. L., & Singer, M. (1993). Psychological distress, problems behaviors, and family functioning of sexually abused adolescent inpatients. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (5), 954-961.
- Kellogg, N. D., Hoffman, T. J., & Taylor, E. R. (1999). Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence*, 34(134), 293-303.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Schnurr, P. P., Saunders, B., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 19-30.
- Kisiel, C., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1034-1039.
- Lanz, J. B. (1995). Psychological, behavioral, and social characteristics associated with early forced sexual intercourse among pregnant adolescent. *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (2), 188-200.

- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Nicolaou, A. L., Hartnick, E., Wolfson, M., & Southwick, S. M. (1999). Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187* (1), 32-39.
- Lodico, M. A., & DiClemente, R. J. (1994). The association between childhood sexual abuse and prevalence of HIV-related risk behaviors. *Clinical Pediatrics, 33*, 498-502.
- Luster, T., & Small, S. A. (1997a). Sexual abuse history and number of sex partners among female adolescents. *Family Planning Perspectives, 29*, 204-211.
- Luster, T., & Small, S. A. (1997b). Sexual abuse history and problems in adolescence: Exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family, 59*, 131-142.
- Luster, T., & Small, S. A. (1994). Factors associated with sexual risk-taking behaviors among adolescents. *Journal of Marriage and the Family, 56*, 622-632.
- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 21* (12), 1177-1190.
- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Reviews Psychology, 51*, 445-479.
- Mason, W. A., Zimmerman, L., & Evans, W. (1998). Sexual and physical abuse among incarcerated youth: Implications for sexual behavior, contraceptive use, and teenage pregnancy. *Child Abuse and Neglect, 22*(10), 987-995.
- Mayall, A., & Gold, S. R. (1995). Definitional issues and mediating variables in the sexual revictimization of women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence, 10*(1), 26-42.
- McKnight, L. R., & Loper, A. B. (2002). The effect of risk and resilience factors on the prediction of delinquency in adolescent girls. *School Psychology International, 23* (2), 186-198.
- Morrow, K. B., & Sorell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. *Journal of Marriage and the Family, 51*, 677-686.
- Nagy, S., Adcock, A. G., & Nagy, M. C. (1994). A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. *Pediatrics, 93* (4), 570-575.
- Nagy, S., DiClemente, R., & Adcock, A. G. (1995). Adverse factors associated with forced sex among southern adolescent girls. *Pediatrics, 96* (5), 944-946.
- Noell, J., Rohde, P., Seeley, J., & Ochs, L. (2001). Childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescents. *Child Abuse and Neglect, 25*, 137-148.
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: Psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34* (1), 85-91.
- Pérez, D. (2001). Ethnic differences in property, violent, and sex offending for abused and nonabused adolescents. *Journal of Criminal Justice, 29*, 407-417.
- Polit, D. F., Morrow White, C., & Morton, T. D. (1990). Child sexual abuse and premarital intercourse among high-risk adolescents. *Journal of Adolescent Health Care, 11*, 231-234.
- Rainey, D. Y., Stevens-Simon, C., & Kaplan, D. W. (1995). Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy? *Child Abuse and Neglect, 19* (10), 1283-1288.
- Raj, A., Silverman, J. G., & Amaro, H. (2000). The relationship between sexual abuse and sexual risk among high school students: findings from the 1997 Massachusetts Youth Risk Behavior Survey. *Maternal and Child Health Journal, 4* (2), 125-134.
- Rohsenow, D. J., Corbett, R., & Devine, D. (1988). Molested as children: A hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment, 5*, 13-18.
- Root, M. P. P. (1989). Treatment failures: The role of sexual victimization in women's addictive behaviors. *American Journal of Orthopsychiatry, 59* (4), 542-549.
- Rotheram-Borus, M. J., Mahler, K. A., Koopman, C., & Kangabeer, K. (1996).

- Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 390-400.
- Sarigiani, P. A., Lenoraann, R., & Petersen, A. C. (1999). Prevention of high-risk behaviors in adolescent women. *Journal of Adolescent Health*, 25, 109-119.
- Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A., & Hathaway, J. E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 572-579.
- Simpson, C. A., & Porter, G. L. (1981). Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45(5), 428-438.
- Singer, M. I., Petchers, M. K., & Hussey, D. (1989). The relationship between sexual abuse and substance abuse among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 13, 319-325.
- Southwick Bensley, L., Van Eenwyk, J., Spieker, S. J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 24, 163-172.
- Stock, J. L., Bell, M. A., Boyer, D. K., & Connell, F. A. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 29, 200-203, 227.
- Thompson, K. M., & Braaten-Antrim, R. (1998). Youth maltreatment and gang involvement. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(3), 328-345.
- Timms, R. J., & Connors, P. (1992). Adult promiscuity following childhood sexual abuse: An introduction. *Psychotherapy Patient*, 8(1-2), 19-27.
- Watts, W. D., & Ellis, A. M. (1993). Sexual abuse and drinking and drug use: Implications for prevention. *Journal of Drug Education*, 23(2), 183-200.
- Woodward, L., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *Journal of Marriage and the Family*, 63(4), 1170-1184.