

**GUIDE THÉORIQUE DE SOUTIEN À
L'INTERVENTION AUPRÈS DES
ADOLESCENTS AUTEURS
D'ABUS SEXUELS (AAAS)**

Karine Courcy,

Étudiante à la maîtrise en psychoéducation et stagiaire, DQEPE

Sébastien Patoine, t.s.

Agent de planification, programmation et recherche, DQEPE

30 mai 2016

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 

Le *Guide théorique de soutien à l'intervention auprès des adolescents auteurs d'abus sexuels (AAAS)* est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisss-ca.gouv.qc.ca.

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

ISBN 978-2-550-75991-1 (Version électronique)

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2016

Remerciements

Auteurs :

Karine Courcy,
Étudiante à la maîtrise en psychoéducation et stagiaire, DQEPE

Sébastien Patoine, t.s.
Agent de planification, programmation et recherche, DQEPE

Correction :

Martine Côté,
Agente administrative, DQEPE

Sous la direction de :

Marie-Ève Tanguay,
Chef du Service évaluation et amélioration des programmes et des services, DQEPE

Un merci tout spécial aux participants du groupe de travail de novembre 2015, pour leur contribution dans l'appréciation des besoins face à la problématique, ainsi que pour la validation des différentes capsules cliniques.

Groupe de travail :

Sébastien Baribeau –Éducateur spécialisé, Foyer 5
Camille Brodeur St-Jacques –ARH, Évaluation/orientation, bureau de St-Romuald
Diane Gagné –ARH, Service Jeunes contrevenants, bureau de St-Joseph
Gregory Keays –ARH, Évaluation/orientation, bureau de St-Georges
Annick Martin –ARH, Application des mesures, bureau de Lévis
Hélène Michaud –Éducatrice spécialisée, Foyer 5
Linda Pomerleau –ARH, Service Jeunes contrevenants, bureau de St-Georges
Chantal Têtu –ARH, Service Jeunes contrevenants, bureau de Lévis

Table des matières

INTRODUCTION.....	V
1. MISE EN CONTEXTE DE L'INTERVENTION AU CISSS	1
2. PORTRAIT STATISTIQUE –VERSION 2013.....	2
3. DÉFINITIONS.....	6
4. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES COMMUNES DES AAAS	7
5. LA VISION DE L'INTERVENTION DANS UNE PROBLÉMATIQUE D'AAAS.....	8
6. PRINCIPALES CIBLES D'INTERVENTION CHEZ LES AAAS :.....	9
7. LES CAPSULES CLINIQUES.....	10
8. RECOMMANDATIONS.....	12
RÉFÉRENCES	13
RÉFÉRENCES THÉMATIQUES.....	17

Table des figures

Figure 1: Portrait populationnel	2
Figure 2: Victimes selon le genre et le nombre	2
Figure 3: Ampleur de la non-divulgence	3
Figure 4: Déclarations adultes vs jeunes	3
Figure 5: Lien avec l'abuseur	4
Figure 6: Distinction des victimes mineures selon le sexe.....	4
Figure 7: Pourcentage vs taux par 100 000 hab.	5
Figure 8: Facteurs complémentaires.....	5
Figure 9: Définitions agression, AAAS et consentement.....	6
Figure 10: Les principaux facteurs de risque recensés.....	7
Figure 11: Principaux thèmes d'intervention	9

Introduction

La problématique de l'abus sexuel est reconnue dans la littérature et par les gouvernements pour l'importance qu'elle occupe au sein de la population québécoise, ainsi que pour les multiples conséquences qu'elle peut induire chez ses victimes directes ou indirectes (Gouv-QC, 2016a). Au Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA), Programme jeunesse, diverses actions sont mises en place afin de protéger les enfants, de 0 à 17 ans inclusivement, des répercussions négatives de cette problématique, entre autres, par les dispositions que prévoit la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). De façon plus spécifique, la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) s'adresse aux adolescents auteurs d'abus sexuels (AAAS), qui sont reconnus coupables d'une infraction criminelle de nature sexuelle par le Tribunal de la jeunesse.

Les intervenants présentent, de façon générale, une bonne aisance ainsi qu'une compétence marquée dans l'intervention auprès des victimes. Par contre, la tenue d'un groupe de discussion à l'automne 2015 a permis d'identifier un certain manque d'outils en lien avec l'intervention auprès des AAAS. Puisque ces dossiers sont souvent délicats à traiter, l'idée de mettre sur pied des capsules cliniques à l'intention des agents de relations humaines et des éducateurs œuvrant auprès de ces usagers a donc vu le jour.

Ce document souhaite, de ce fait, être un point de départ facilitant le travail de l'intervenant, lorsqu'il doit intervenir auprès d'un AAAS, tant au niveau de la connaissance de la problématique, qu'au niveau de suggestions d'activités d'intervention qu'il peut effectuer selon différents thèmes auprès d'un adolescent auteur d'abus sexuel.

1. Mise en contexte de l'intervention au CISSS

L'intervention auprès des AAAS se fait à deux niveaux différents, à l'intérieur du Programme jeunesse du CISSS-CA. Lorsqu'une plainte est déposée, le dossier est traité par l'équipe des jeunes contrevenants, dans laquelle les délégués à la jeunesse sont les porteurs de dossier. Si le juge condamne l'AAAS à une peine de mise sous garde, les éducateurs du secteur de la réadaptation sont également sollicités.

D'autre part, dans le cas où il y a un signalement DPJ d'effectué et que ce dernier est retenu, tantôt pour la victime et tantôt pour l'adolescent abuseur, les intervenants psychosociaux sont interpellés. Selon la nature des troubles de comportement que présente l'usager, il peut y avoir ou non un placement en vertu de la LPJ et s'il y a placement en centre de réadaptation, les éducateurs sont également impliqués.

Certains adolescents peuvent donc, au final, être sous le couvert des deux lois pour le même geste.

Dans certains cas, il peut y avoir une évaluation à la Clinique des troubles sexuels de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) de commandée pour ces adolescents. À ce moment, le personnel de l'IUSMQ procédera à l'évaluation et dans de rares cas, au traitement. Le fait de recevoir une évaluation à la Clinique des troubles sexuels ne constitue pas une forme de traitement, mais des interventions subséquentes et adaptées, selon les résultats de l'évaluation, sont donc nécessaires à la réadaptation optimale de l'individu.

Les psychologues du Programme jeunesse du CISSS-CA, quant à eux, n'effectuent pas de suivi psychologique en lien direct avec les gestes abusifs à caractère sexuel, afin de ne pas interférer avec le champ de pratique du sexologue. Cependant, leur soutien peut tout de même être sollicité dans le contexte où l'adolescent a également été victime d'abus dans son parcours.

2. Portrait statistique –version 2013

Afin de favoriser une réflexion approfondie de la problématique et une meilleure compréhension de celle-ci, il apparaît pertinent de soulever quelques statistiques liées à l'abus sexuel et aux AAAS, puisque ces éléments seront tous à considérer et à interpréter lors de l'intervention auprès des AAAS.

Figure 1: Portrait populationnel

Lorsque l'on regarde les données des sondages populationnels concernant l'incidence de l'abus sexuel, c'est près de un homme sur 10 et de deux femmes sur neuf qui rapportent avoir vécu au moins un incident d'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Tourigny et al., 2008)¹.

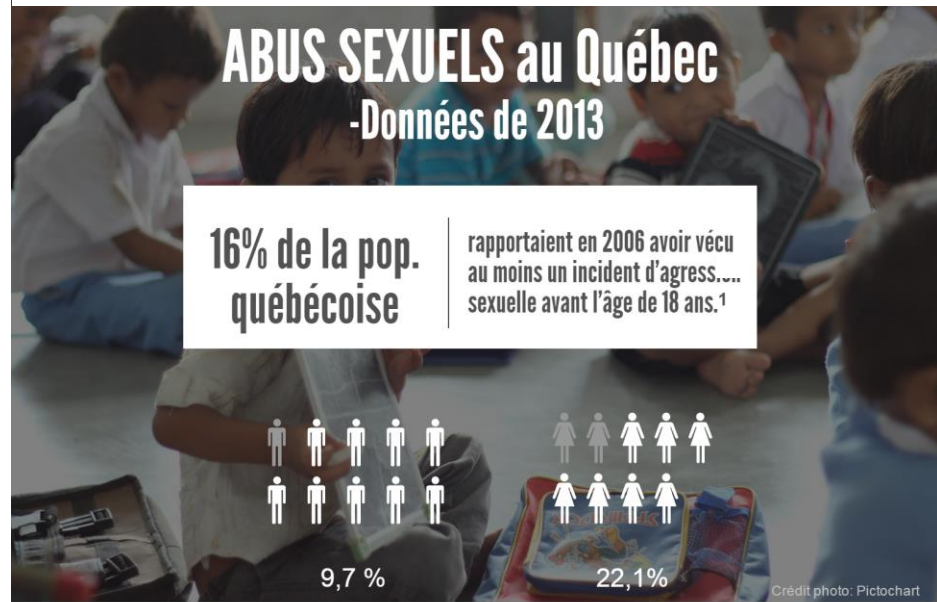
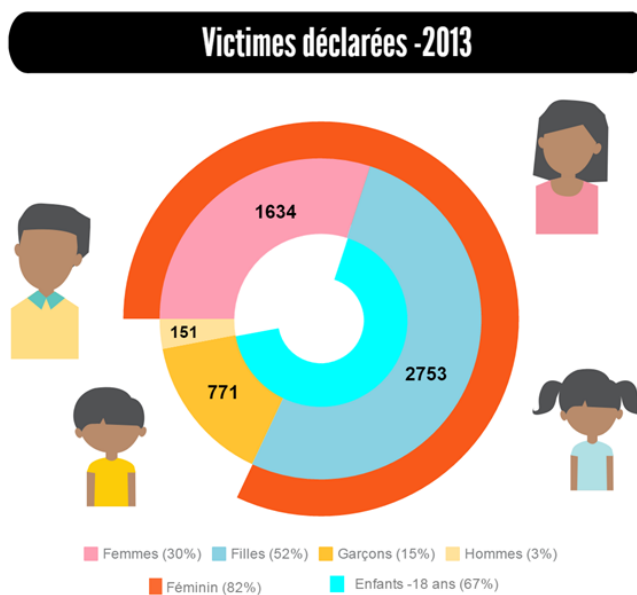


Figure 2: Victimes selon le genre et le nombre



L'abus sexuel est une problématique qui touche un grand nombre de personnes dans la population en général. Les victimes déclarées dans l'année 2013 représentaient 2753 filles, 1634 femmes, 771 garçons et 151 hommes. Les victimes de sexe féminin demeurent majoritaires avec 82%, tandis que les enfants de moins de 18 ans sont concernés dans 67% des cas.

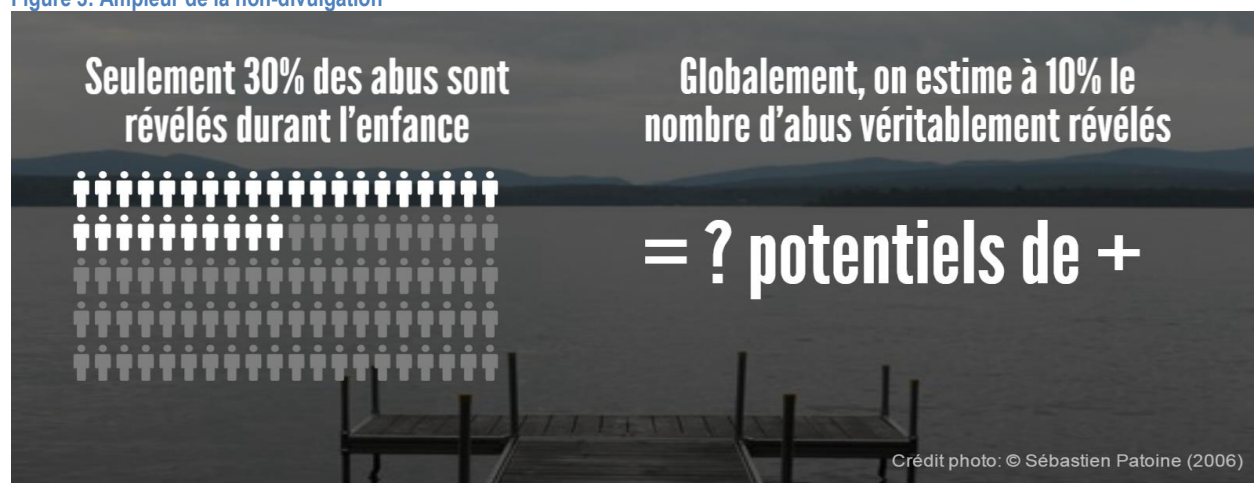
¹ Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M. et Baril, K. (2008). «Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population». *Australian and New Zealand journal of public health*, 32(4), 331-335

À cet effet, le ministère de la Sécurité publique affirmait, en 2013, que 5 526 infractions d'ordre sexuel avaient été dénoncées dans la province de Québec. Celles-ci représentaient près de 5 % du total des infractions commises dans la catégorie des crimes contre la personne, auxquelles s'ajoutent les autres infractions d'ordre sexuel :

Avec une augmentation de 17 % (+257), les autres infractions d'ordre sexuel sont les seules infractions dont le taux par 100 000 habitants a augmenté au cours de la dernière année. Ces infractions sont en hausse depuis 2007.

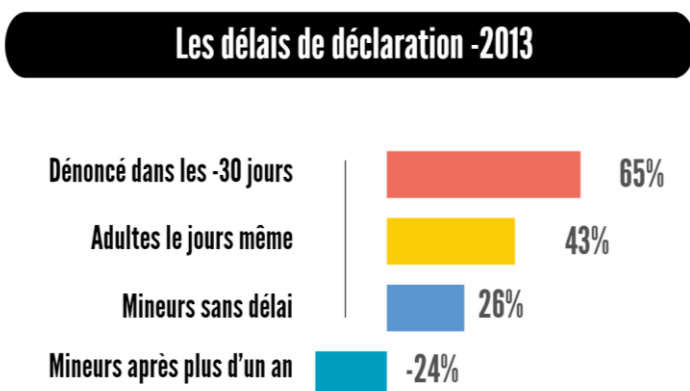
Comme par les années passées, l'évolution des infractions les plus nombreuses dans cette catégorie, soit les contacts sexuels et le leurre d'un enfant au moyen d'un ordinateur, explique la hausse du taux d'autres infractions d'ordre sexuel observées au cours de la dernière année (Gouv-QC, 2015c).

Figure 3: Ampleur de la non-divulgateion



Il convient également de se rappeler qu'environ 90% de toutes les agressions sexuelles commises ne sont pas déclarées et donc, non sanctionnées par le système de justice (Gouv-QC, 2015b). Cette délinquance cachée augmente donc significativement l'ampleur de la problématique.

Figure 4: Déclarations adultes vs jeunes



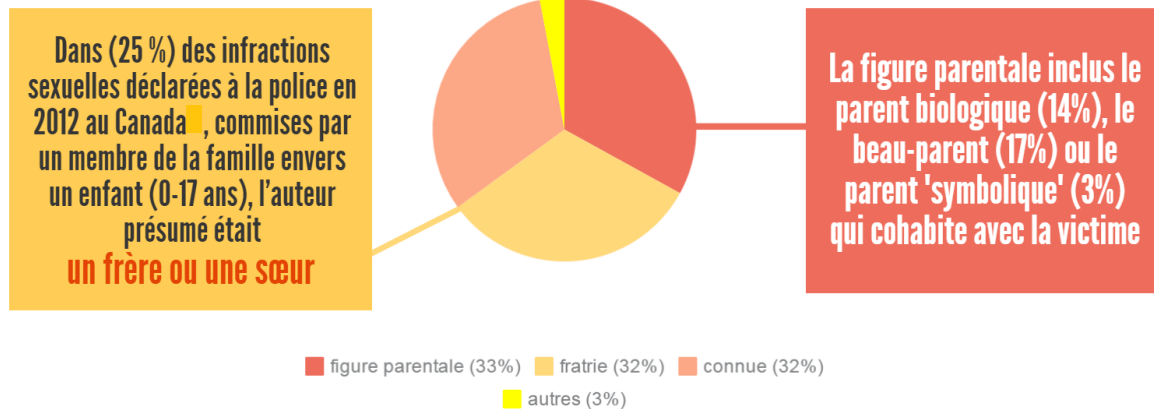
Parmi les infractions déclarées, la grande majorité l'a été dans les 30 jours suivant l'évènement.

Par contre, les victimes d'âge mineur sont près du quart à avoir déclaré l'incident après plus d'un an.

Figure 5: Lien avec l'abuseur

Auteurs présumés

Dans près de 97 % des cas d'agression sexuelle corroborés par les services de protection de la jeunesse en 2008, l'agresseur était connu de la victime, soit:



Dans la très grande majorité des cas, la victime mineure connaît son agresseur². Entre 25 et 32 % des victimes mineures sont donc agressées par un frère ou une sœur³. Le fait d'être un garçon de moins de 12 ans ou d'être une fille ou une femme constitue ainsi un facteur de risque lié à la victimisation sexuelle.

Figure 6: Distinction des victimes mineures selon le sexe



²Collin-Vézina, D. et Turcotte, D. (2011). *L'abus sexuel envers les enfants au Canada : les victimes, les auteurs et les contextes*. Communication présentée au Colloque international sur l'exploitation sexuelle des enfants et des conduites excessives. La Malbaie, Canada.

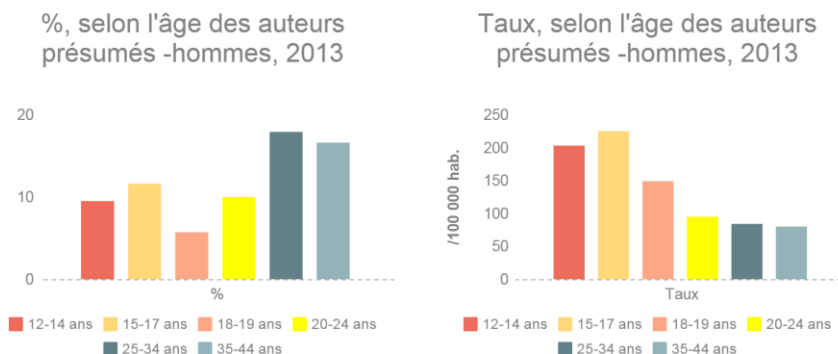
³ Cotter, A. et Beaupré, P. (2014). *Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada*, 2012. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.

Plus spécifiquement en lien avec les AAAS, le ministère de la Sécurité publique affirmait que 33,7% des abus commis sur des mineurs étaient le fait des AAAS, pour 22,9% de tous les abus sexuels commis au Québec en 2013, alors que les délinquants sexuels adultes de 25-34 ans représentent 17,9% des infractions, et 16,6% pour les 35-44 ans⁴.

Figure 7: Pourcentage vs taux par 100 000 hab.

Auteurs adolescents -2013

Près de 23% des cas d'agression sexuelle corroborés sont l'oeuvre d'adolescents [-18 ans] et qui sont responsables de 33,7 % des infractions commises sur des mineurs:



Pourtant, les adolescents de 12 à 17 ans ne représentant que 8% de la population totale (Tardif, 2012a), ceux-ci seraient ainsi surreprésentés chez les auteurs déclarés. En effet, des taux comparatifs confirment que les 12 à 14 ans et les 15 à 17 ans présentent respectivement des taux de 203 et de 225 par 100 000 hab., pour des équivalents de 84 et 80 par 100 000 hab. chez les 25-34 et les 35-44 ans. (Gouv-QC, 2015a)

De plus, on estime que de 50 à 80% des délinquants sexuels adultes ont commencé leurs délits avant l'âge de 18 ans (Gouv-QC, 2016b). Une étude menée auprès de 1429 AAAS québécois répertoriés, de 2005 à 2010, dans tous les centres jeunesse de la province de Québec, démontre qu'au niveau des AAAS suivis sous la LSJPA, 81% sont également signalés en LPJ. Au total, on estime que le tiers (32%) sera au final suivi sous le couvert des 2 lois pour avoir posé des gestes inappropriés de nature sexuelle. Finalement, moins de 5% des AAAS ayant suivi un traitement commettront une récidive à l'âge adulte, ce qui soutient l'importance de mettre de l'avant une intervention adaptée pour ces adolescents (Coutu, Meilleur et Lafortune, 2015).

Figure 8: Facteurs complémentaires

Lieux où sont commis les abus

Selon les années, les abus qui surviennent sur les victimes mineures sont commis dans une résidence entre 60% et 72% des cas.

2/3 des victimes mineures = 



En conséquence, il est important de se rappeler que l'auteur d'un abus sexuel est généralement connu de sa victime, que l'abus survient fréquemment au domicile et que la majorité des agressions n'est tout simplement pas déclarée.

Comme une grande proportion des abus ne sont pas dénoncés avant l'âge adultes (1/5 n'aurait jamais été dévoilé), bon nombre des survivants seront susceptibles d'en subir les répercussions, malgré le fait que :

Moins de 28 % des femmes } demandent une aide quelconque
Moins de 10 % des hommes }

Encore plus troublant, un nombre important de ces survivants deviendront parents, et seront confrontés aux abus commis par leurs fils, sur leurs propres enfants (Lafortune, 2002).

⁴ Gouvernement du Québec (2015d). *Statistiques 2013 sur les infractions sexuelles au Québec*. Ministère de la sécurité publique.

3. Définitions

L'adolescence est une période du développement où l'individu est appelé à vivre plusieurs changements, notamment au niveau des relations qu'il entretient avec les autres. C'est à ce moment que les premières vraies expériences amoureuses ont généralement lieu, qu'ils vivront leurs premières expériences sexuelles et peines d'amour. Considérant l'importance que ces événements auront dans le cheminement relationnel de ces jeunes, il importe de leur inculquer des valeurs qui leur permettront de s'épanouir dans le respect de soi et de l'autre à l'intérieur d'une relation saine. Pour ce faire, les adultes les entourant se doivent d'exercer non seulement un rôle de guidance, mais également un rôle de nature éducative.

Ces différents éléments ont permis de faire ressortir trois grands concepts en lien avec l'intervention auprès des AAAS à connaître et maîtriser en tant qu'intervenant. Le concept d'agression sexuelle, tel que défini dans ce document, réfère à un geste de nature sexuelle, appliqué sans le consentement de l'autre et qui porte atteinte à l'intégrité de la personne.

Figure 9: Définitions agression, AAAS et consentement

Suivant cela, on utilise la nomenclature adolescent auteur d'abus sexuel, lorsqu'un individu âgé entre 12 et 17 ans a commis des délits à caractère sexuel afin de ne pas stigmatiser le jeune dans un portrait d'agresseur ou de prédateur sexuel. Pour plusieurs AAAS, l'agression sexuelle est un écart de conduite causé par des facteurs bien précis et elle s'inscrit dans une trajectoire développementale. Qu'il y ait intervention ou non, le taux de récurrence est généralement bas, bien que la présence d'une intervention spécialisée permette de diminuer encore plus ce taux (Hanson, 2002).

Finalement, la notion de consentement sexuel permet de statuer sur les différences d'âge acceptées légalement entre les parties impliquées, le contexte d'autorité et l'exploitation sexuelle.

Définitions

Agression sexuelle

«Un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment celui des enfants, par une manipulation affective ou par chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte ou sous la menace implicite et/ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux notamment, et à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité des personnes.» (Gouv-QC, 2016a)

Adolescent auteur d'abus sexuel

«L'adolescent agresseur sexuel est une personne mineure (généralement âgée entre 13 et 17 ans), qui commet, sur une personne de tout âge, une agression sexuelle : 1) contre la volonté de la victime ; 2) sans son plein consentement ; et/ou 3) d'une manière agressive ou menaçante (avec coercition), ou abusive ou exploitante (avec corruption) (définition adaptée de Ryan, 1986). Cela inclut tant les actes apparemment consentis qu'imposés et ce, tant dans un cadre intrafamilial qu'extrafamilial.» (Lagueux et Tourigny, 1999)

Consentement sexuel

«Les adultes ne peuvent [...] avoir des relations sexuelles avec des personnes âgées de moins de 16 ans. Des exceptions sont toutefois prévues dans le cas de personnes dont les âges sont proches. Ainsi, il n'y a pas infraction criminelle lorsque :

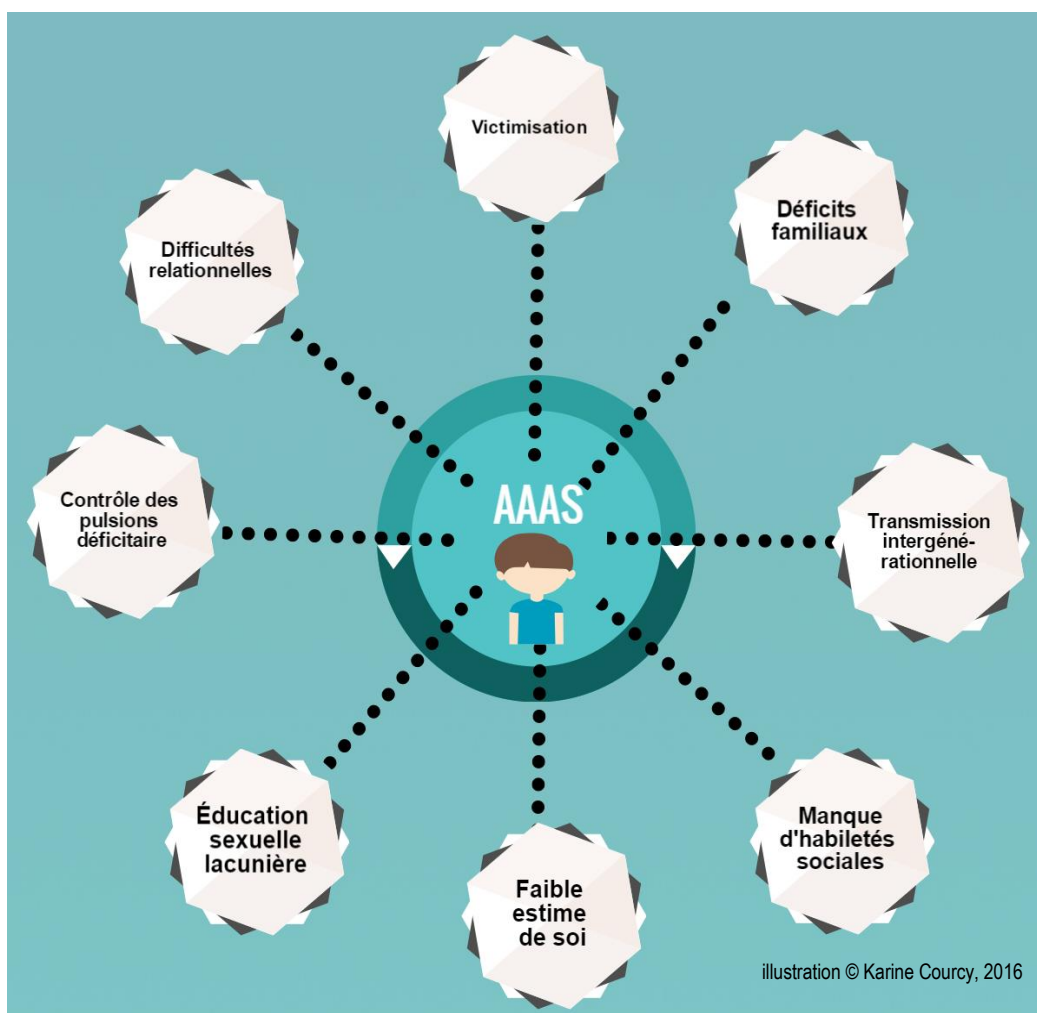
- un jeune de 14 ou 15 ans consent à des activités sexuelles avec une autre personne qui est plus âgée d'au plus 5 ans.
- un jeune de 12 ou 13 ans consent à des activités sexuelles avec une autre personne qui est plus âgée d'au plus 2 ans.

Ces exceptions s'appliquent seulement si la personne plus âgée n'est pas en situation d'autorité ou de confiance et que la relation de la personne plus âgée avec la personne plus jeune n'est pas de nature exploitante.» (Gouv-QC, 2010)

4. Principales caractéristiques communes des AAAS

Malgré le fait qu'il n'y a pas de consensus commun quant aux profils d'AAAS dans la littérature, il n'en reste pas moins qu'il existe des caractéristiques communes à ces individus, qui sont reconnus de façon générale par les auteurs et chercheurs. Il est par contre impossible de les classer à l'intérieur d'une typologie précise. Malgré cette hétérogénéité de la clientèle, il existe tout de même des facteurs de risques communs à ces individus. Une revue de la littérature ainsi que la tenue d'un groupe de discussion avec des acteurs du Programme jeunesse à l'automne 2015, a permis de recenser les caractéristiques qui reviennent le plus fréquemment chez les AAAS québécois.

Figure 10: Les principaux facteurs de risque recensés



Le schéma ci-dessus peut aider à conceptualiser la problématique de façon générale. Il est important de conserver à l'esprit qu'un individu peut présenter un ou plusieurs de ces facteurs, mais qu'il ne les possède pas tous d'emblée. Seule une analyse approfondie de la situation permet de statuer sur la présence ou non de ces éléments. Ils ne seront pas expliqués en profondeur dans le présent guide, mais il sera possible de se référer aux auteurs en cas de besoin, dans la section références bibliographiques par thèmes (voir p.17).

5. La vision de l'intervention dans une problématique d'AAAS

L'intervention auprès des adolescents auteurs d'abus sexuels peut prendre racine au sein de différentes approches cliniques. Les capsules créées s'inspirent des modèles écosystémique, cognitivo-comportementale, psychodynamique et psychoéducative. Le modèle écosystémique favorise une intervention auprès des différents systèmes de l'utilisateur, entre autres le système familial et social (Tardif, 2012d). L'approche cognitivo-comportementale vise, quant à elle, l'identification et la modification des distorsions cognitives et pensées automatiques (Chaloult, Ngo, Goulet, et Cousineau, 2008), alors que l'approche psychodynamique s'intéresse aux pulsions sexuelles, aux motivations intrinsèques de l'agir abusif et au développement de l'empathie envers la victime (Rich, 2011). Finalement, l'approche psychoéducative cible l'augmentation des connaissances de l'AAAS reliées à sa problématique via l'éducation (Rich, 2011).

De manière générale, une intervention mixte est à privilégier pour ces adolescents, le tout afin d'obtenir des résultats optimaux et un plus faible taux de récidive (Tardif, 2012d; Desjardins, 2012; Rich, 2011). Plusieurs facteurs peuvent contribuer au fait que l'intervention mixte n'est actuellement pas accessible dans son entièreté au CISSS de Chaudière-Appalaches. Cependant, les pratiques probantes soutiennent que la complémentarité de ces modèles est efficiente dans un tel contexte. L'approche mixte, au sens de la problématique des AAAS, s'illustre par ces trois concepts:

- l'intervention individuelle;
- l'intervention spécifique auprès de la famille;
- l'intervention de groupe.

Aux fins de ce guide, seule l'intervention individuelle sera traitée, le besoin recensé au CISSS de Chaudière-Appalaches étant d'outiller les intervenants lorsqu'ils sont confrontés à des usagers ayant posé des gestes abusifs de nature sexuelle. Cela devrait donc permettre de répondre, en partie, au principal but des capsules cliniques qui est d'intégrer dans la structure actuelle du Programme jeunesse des activités d'intervention auprès des AAAS. Par contre, puisque ces capsules cliniques relèvent d'une intervention individualisée, il peut être nécessaire de les adapter afin qu'elles répondent plus adéquatement au besoin présenté par l'AAAS.

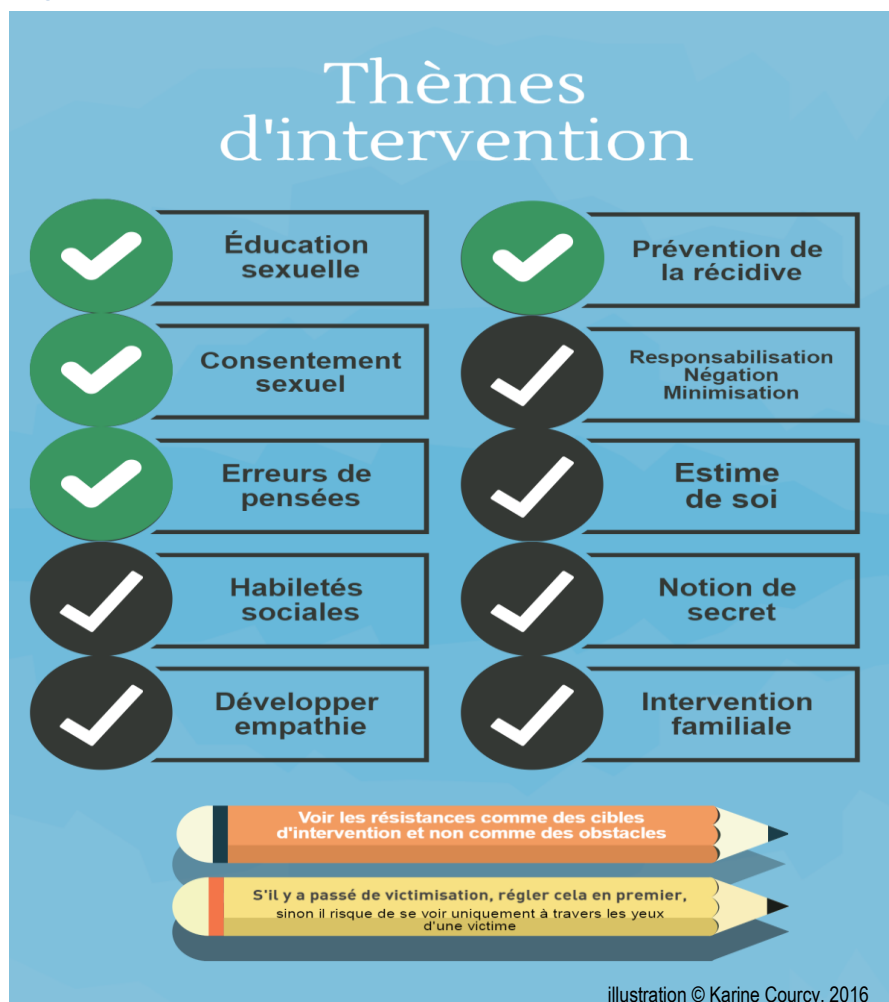
Objectif général : Les intervenants seront outillés afin d'intervenir auprès des AAAS.
Objectif 1: Les intervenants sont capables d'orienter l'intervention à mener auprès des AAAS de manière autonome, suite à la lecture du document de référence fourni avec les capsules cliniques.
Objectif 2: Les intervenants expérimentent les capsules cliniques lorsqu'ils ont un suivi à effectuer avec un AAAS.
Objectif 3: Chaque AAAS se voit offrir une intervention adaptée à ses besoins particuliers.
Objectif 4 : L'AAAS est responsable des gestes posés et conscient des risques de récidive associés.

6. Principales cibles d'intervention chez les AAAS :

Dans le cadre d'une intervention spécialisée auprès des AAAS, afin de déterminer quelles cibles seront traitées en priorité, une évaluation rigoureuse doit avoir été préalablement effectuée. C'est ce qui permettra d'orienter les actions à poser dans un but de réadaptation.

Les thèmes qui sont présentés ici sont les principaux recensés dans les pratiques probantes et dans la littérature. Les capsules cliniques développées, illustrées en vert, touchent quatre sujets qui ont été recensés par le groupe de discussion formé à l'automne 2015. Elles sont identifiées comme axe d'intervention nécessitant un support supplémentaire à ce qui est actuellement existant au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Figure 11: Principaux thèmes d'intervention



On parle ainsi: d'éducation sexuelle, du consentement sexuel, des erreurs de pensées et de la prévention de la récidive. Afin d'obtenir des informations supplémentaires sur chacune des cibles d'intervention, il est également possible de se référer aux auteurs dans la section références bibliographiques par thèmes, à la fin du présent document.

7. Les capsules cliniques

Puisque les capsules cliniques seront des outils évolutifs et qu'il est souhaité que de nouveaux thèmes puissent s'ajouter dans le futur, le Guide théorique de soutien à l'intervention auprès des adolescents auteurs d'abus sexuels sera constitué de quatre documents interdépendants :

- A. Guide théorique de soutien à l'intervention auprès des AAAS (le présent document).
- B. Bloc 1 : Capsule clinique sur l'éducation sexuelle auprès des AAAS :
 - Fiche 1 : le développement psychosexuel;
 - Fiche 2 : les connaissances sexuelles/relations saines;
 - Fiche 3 : le consentement;
 - Fiche 4 : les mythes et réalités.
- C. Bloc 2 : Capsule clinique sur les erreurs de pensées auprès des AAAS :
 - Fiche 5 : questionnaire : «Je réfléchis à ma façon»;
 - Fiche 6 : les scénarios alternatifs;
 - Fiche 7 : la responsabilisation et les conséquences (atelier pour l'AAAS et son parent) ;
 - Fiche 8 : l'auto-observation des préoccupations sexuelles.
- D. Bloc 3 : Capsule clinique sur le plan de prévention de la récurrence auprès des AAAS :
 - Fiche 9 : le cycle de l'abus;
 - Fiche 10 : j'identifie mon propre cycle de l'abus ;
 - Fiche 11 : conception et présentation du plan de prévention de la récurrence (atelier pour l'AAAS et son parent).

Ce guide se veut un outil de soutien à l'intervention pour les intervenants œuvrant auprès des AAAS, c'est pourquoi des capsules cliniques ont été créées. Vous trouverez les activités montées selon le modèle des *10 composantes de Gendreau*, qui est un canevas complet de création d'activités de nature psychoéducatives. Lorsque vous aurez besoin de matériel, vous pourrez trouver en annexe de la capsule clinique, tous les documents produits. Il est important de se rappeler que ces outils ont été conçus afin d'être facilement adaptables aux différentes caractéristiques inhérentes à chaque AAAS et que vous pourrez moduler ces activités selon vos besoins. Par contre, il est essentiel de prendre connaissance des fiches dans leur entièreté avant de modifier le déroulement ou l'activité en soi, afin de s'assurer que les changements que vous souhaitez y apporter ne sont pas des éléments contre-indiqués.

Les fiches sont classées selon les thèmes d'intervention ciblés dans les capsules cliniques et vous trouverez à la page suivante, un tableau des différentes activités disponibles et des préalables à réaliser avant de procéder à l'animation de l'activité choisie.

Tableau 1. Liste des préalables à effectuer selon l'activité choisie

Préalables à effectuer pour toutes les activités		
<ul style="list-style-type: none"> • Lecture du <i>Guide théorique de soutien à l'intervention auprès des AAAS</i> • Lecture des <i>Attitudes à privilégier</i> 		
Bloc d'activité	Activité proposée	Préalables spécifiques
Bloc 1 : Éducation sexuelle et consentement	Fiche 1. Le développement psychosexuel	Aucun
	Fiche 2. Les connaissances sexuelles et relations saines	Aucun
	Fiche 3. Le consentement	Aucun
	Fiche 4. Les mythes et réalités	Aucun
Bloc 2 : Erreurs de pensées	Fiche 5. Le questionnaire Je réfléchis à ma façon	Aucun
	Fiche 6. Les scénarios alternatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche 9. <i>Le cycle de l'abus</i>
	Fiche 7. La responsabilisation et les conséquences	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche 9. <i>Le cycle de l'abus</i>
	Fiche 8. L'auto-observation des préoccupations sexuelles	Aucun
Bloc 3 : Plan de prévention de la récurrence	Fiche 9. Le cycle de l'abus	Aucun
	Fiche 10. J'identifie mon propre cycle de l'abus	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche 7 : <i>La responsabilisation et les conséquences</i> • Fiche 9 <i>Le cycle de l'abus</i>
	Fiche 11. La conception et présentation du plan de prévention de la récurrence	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche 10 <i>J'identifie mon propre cycle de l'abus</i>

8. Recommandations

L'élaboration de ce document a été effectuée suite à une analyse des besoins du milieu, comprenant une recension de la littérature et des pratiques probantes, des observations dans les unités de vies en réadaptation, la mise en place d'un *focus group*, des entrevues avec des chefs de Services, des entrevues avec des intervenants clés et l'analyse de dossiers usagers. Ces différentes étapes ont menées à la création de ce guide qui vise à augmenter les connaissances des intervenants et à outiller ceux-ci dans une problématique d'AAAS. Cependant, bien que ce document ait été longuement réfléchi et que les activités ait été soigneusement développées dans une optique d'intervention auprès des AAAS, il ne peut présumer être suffisant à lui seul dans une telle problématique. Puisque l'intervention auprès des AAAS en est une de longue haleine, l'intervention doit se faire également par le biais de différents acteurs, entre autre afin d'assurer une pérennité de l'intervention, d'éviter l'épuisement des professionnels et d'assurer une réadaptation optimale (Brault & Nadeau, 2000). Une intervention concertée de différents partenaires allant tous dans le même sens est essentielle. D'ailleurs : «[...] l'équipe fait partie d'un réseau complexe, à l'intersection du judiciaire, du médical, du social et du psychologique. Aucune intervention, aussi compétente soit-elle, ne se suffit à elle-même.» (Sion et Blondeau, 2012b, p. 335). Il est donc d'une grande importance, lorsque la situation s'y prête, de travailler en collaboration et en concertation avec les différents acteurs impliqués dans le dossier.

Intervenir auprès des AAAS est complexe et l'intervention doit être spécialisée et spécifique à leur problématique et leurs différents profils individuels (Lévesque, 1998). En effet, dans le cas des AAAS, l'intervention ne devrait pas être effectuée uniquement au niveau individuel du jeune, mais il devrait également y avoir une intervention spécifique d'effectuée auprès de la famille ainsi qu'une intervention de groupe, afin d'obtenir des résultats optimaux et un plus faible taux de récurrence (Desjardins, 2012 ; Rich, 2011; Tardif, 2012d). Ce qui rejoint certains besoins recensés lors de l'évaluation des besoins. Il est important de spécifier que la majorité des acteurs sollicités ont noté les besoins suivants :

- Le retour du groupe de thérapie;
- Un besoin de formation en lien avec cette problématique;
- La mise en place d'un expert de contenu à qui référer en cas de questionnements dans un dossier.

Il serait donc pertinent, suite à l'implantation de ce guide, de créer un ou des groupes de co-développement, incluant des intervenants du psychosocial et de la réadaptation. Ces groupes pourraient alors faire office «d'expert de contenu» lors de dossiers usagers plus complexes et pourraient contribuer au développement continu du présent guide, entre autres en créant de nouveaux blocs sur les principaux thèmes d'intervention qui n'ont pas été développés jusqu'à présent. De plus, la présence d'un porteur de dossier actif et soucieux de l'évolution de la pratique dans une telle problématique serait favorable à la pérennité et l'actualisation du présent guide.

Références

- Auclair, N., Carpentier, J., et Proulx, J. (2012). *Une étude descriptive d'un échantillon d'adolescents auteurs d'abus sexuels référés en clinique psychiatrique externe*. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 25-57). Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Boisclair, J., et Durocher, L. (2014). *Guide de soutien à la pratique en matière d'abus sexuels et conduites à risque chez les adolescents de 12 à 18 ans*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal–Institut universitaire.
- Boyd, C. et Bromfield, L. (2006). *Young people who sexually abuse: Key issues*. Australian Centre for the Study of Sexual Assault, vol. 3, p.1-8.
- Brault, R., Nadeau, R. (2000). *Programme d'intervention auprès des enfants et adolescents victimes d'abus sexuels, des abuseurs mineurs et adultes et de leurs familles*. Régie régionale de la santé et des services sociaux : Centre Jeunesse Côte-Nord.
- Ciavaldini, A. (2012). *Violences sexuelles chez les mineurs : Moins pénaliser, mieux prévenir*. Paris : In Press Éditions.
- Chaloult, L., Ngo, T.-L., Goulet, J., et Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale, Théorie et pratique*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- CJCA, (2008). *Programme Jeunes abuseurs: Groupe pour Adolescents agresseurs sexuels, Atelier 14 _Annexes 26, Centre jeunesse Chaudières-Appalaches, [document inédit]*.
- Collin-Vézina, D. et Turcotte, D. (2011, juin). *L'abus sexuel envers les enfants au Canada : les victimes, les auteurs et les contextes*. Communication présentée au Colloque international sur l'exploitation sexuelle des enfants et des conduites excessives. La Malbaie, Canada.
- Côté, H., (2005). *Programme pour l'intervention auprès d'adolescents ayant des troubles de comportement d'ordre sexuel, impliquant un cheminement à réaliser avec les parents, aux Centres jeunesse Chaudière-Appalaches*. Centre jeunesse Chaudières-Appalaches, document inédit.
- Cotter, A. et Beaupré, P. (2014). *Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada, 2012*. Ottawa : Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.
- Coutu, J., Meilleur, D., et Lafortune, D. (2015). « La délinquance et la victimisation officielle caractérisant une cohorte de 1429 adolescents auteurs d'agression sexuelle ». *Revue de psychoéducation*, vol. 44(2), 405-424.
- Dansereau, C-A., Haley, N., Hamane, M., Bernard-Bonnin, A-C. (1997). « Pattern of child sexual abuse by young aggressors. » *Child Abuse & Neglect*, vol. 21, p.965-974.
- Desjardins, S. (2012). *Guide de soutien à la pratique : programme transversal pour les adolescents ayant commis une infraction à caractère sexuel*. Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.
- Dominique, G., Caron, G., Perron, C., et Boivin, S. (2011). *Programme d'intervention pour les adolescents agresseurs sexuels et leurs parents au Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches*. Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches.

Durocher, L., Young, S., Duquel, F. (2004). *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.

Durocher, L., Beaulieu, I., Fortier, M. (2013). *Pour ados seulement ! Programme d'éducation sexuelle destiné aux jeunes en difficulté*. Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire. [Thème 10 : Les agressions sexuelles], p.39-43.

Gouvernement du Québec. (1995). *Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications.

Gouvernement du Québec. (2010). *Statistiques 2008 sur les agressions sexuelles au Québec*. Ministère de la Sécurité Publique.

Gouvernement du Québec. (2015a). *Statistiques; infractions sexuelles au Québec, Faits saillants 2013*. Ministère de la Sécurité Publique.

Gouvernement du Québec. (2015b). *Des chiffres qui parlent*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Document consulté le 29 octobre 2015, http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/agression_sexuelle/index.php?des-chiffres-qui-parlent

Gouvernement du Québec, (2015c), *La criminalité au Québec en 2013, principales tendances*. Ministère de la sécurité publique. Document consulté le 2 mars 2016, <http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/police/publications-et-statistiques/statistiques-criminalite/2013/infractions-contre-la-personne.html>

Gouvernement du Québec (2015d). *Statistiques 2013 sur les infractions sexuelles au Québec*. Ministère de la sécurité publique.

Gouvernement du Québec. (2016a). *Agression sexuelle ; C'est quoi au juste?* Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Document consulté le 18 janvier 2016, http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sociaux/agression_sexuelle/index.php?cest-quoi-au-juste

Gouvernement du Québec. (2016b). *Trousse média sur les agressions sexuelles : Agressors sexuels*. Institut National de Santé Publique. Document consulté le 20 janvier 2016, <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/agresseurs-sexuels>

Grant, J., Indermaur, D., Thornton, J., Stevens, G., Chamarette, C. et Halse, A. (2009). « Intrafamilial adolescent sex offenders :psychological profile and treatment. » *Trends & Issues in crime and criminal justice*. Vol. 375, p.1-6.

Haesevoets, Y.-H. (2001). «Les adolescents transgresseurs sexuels : de la violence de l'interprétation au risque de stigmatisation. Évaluation et traitement.» *L'Évolution psychiatrique*, vol. 66, p.399-420.

Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. et Seto, M. (2002). « The 2001 ATSA report on the effectiveness of treatment for sexual offenders.» *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169-194.

Hayez, J.-Y. (2010). «Adolescents auteurs d'abus ou de pseudo-abus.» *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 58, p.112-119.

Kahn J, Timothy, traduit par Hélène Castonguay et Thomas M. Lebeau, *Sentiers, un guide de travaux pratiques pour les jeunes en traitement*, édition parents-Unis Repentigny, (Lanaudiere), 1993, p.57-61.

Lafortune, D. (2002). « Transmissions familiales dans l'abus sexuel commis par un adolescent. » *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 50, p.49-57.

Lagueux, F., Tourigny, M. (1999). *  tat des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels*. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications.

Lelord, F. et André, C. (2003). *La force des émotions : Amour, colère, joie*. Paris : Odile Jacob.

Lemitre, S., Coutanceau, R. (2006). « Troubles des conduites sexuelles à l'adolescence. Clinique, théorie et dispositif psychothérapeutique. » *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 54, p.183-188.

Lévesque, C. (1998). *Les adolescents abuseurs sexuels : intervenir pour prévenir la récidive*. [Document inédit], Université du Québec    Trois-Rivières.

Patoine, S. (2014, novembre). *Les abus sexuels : où en sommes-nous? ; Un regard systémique familial en contexte d'abus sexuel*. Communication présentée dans le cadre de la journée pro-clinique du Conseil multidisciplinaire du CJCA, Ste-Marie de Beauce, Québec.

Rich, P. (2011). *Understanding, assessing, and rehabilitating Juvenile Sexual Offenders (2   d.)*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Sion, V., Blondeau, S., (2012). *La thérapie de groupe*. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (  ds.), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 295-301). Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Sioui, B. (2008). *Jeux interdits : Ces adolescents accusés d'agression sexuelle*. Montréal : VLB   diteur.

Tardif, M. (2012a). *Introduction*. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 7-19). Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Tardif, M. (2012b). *Les interventions auprès des familles : de l'éducation au symptôme*. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 433-476). Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Tardif, M. (2012c). *Les interventions auprès des familles : du symptôme au système*. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs, approches cliniques* (pp. 7-19). Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.

Tardif, M., Jacob, J., Quenneville, R., Proulx, J. (2012d). *La délinquance sexuelle des mineurs : approches cliniques*. Montréal : Les Presses de l'université de Montréal.

Tourigny, J. (2011). *Programme d'évaluation et de traitement des agressions sexuelles P  TAS*. Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Tourigny, M., Dufour, M. H. (2000). *La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M. et Baril, K. (2008). « Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. » *Australian and New Zealand journal of public health*, 32(4), 331-335.

Vanderstukken, O., et al. (2006) *Évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie*. Dans T. Pham (dir), *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels, Pratiques psychologiques : Évaluation et diagnostique* (pp.161-194). Mardaga.

Van Gijsegem, H. (Mai 2012). *La personnalité de l'abuseur*. Document présenté dans le cadre de la journée professionnelle tenue par le Conseil multidisciplinaire du CJQ-IU, Québec.

Vizard, E. (2013). «Practitioner review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse-assessment and intervention.» *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 503-515.

Références thématiques

- **Dynamique familiale et intervention familiale** (Lagueux et Tourigny, 1999; Brault et Nadeau, 2000; Côté, 2005; ; Boyd et Bromfield, 2006; Dominique, Caron, Perron et Boivin, 2011; Rich, 2011; Desjardins, 2012; Tardif, 2012b; Tardif, 2012c; Boisclair et Durocher, 2014; Patoine, 2014)
 - Manque de frontières
 - Notion de secrets
 - Dynamique de pouvoir/domination dans les relations
 - Communication déficiente
 - Confusion dans les rôles
- **Éducation sexuelle et consentement sexuel** (Lagueux et Tourigny, 1999; Brault et Nadeau, 2000; Haesevoets, 2001; Grant *et al.*, 2009; Dominique, Caron, Perron et Boivin, 2011; Rich, 2011; Tourigny, 2011; Auclair, Carpentier et Proulx, 2012; Ciavaldini, 2012; Desjardins, 2012; Boisclair et Durocher, 2014; Patoine, 2014)
- **Erreurs de pensées** (Lagueux et Tourigny, 1999; Brault et Nadeau, 2000; Côté, 2005; Grant *et al.*, 2009; Dominique, Caron, Perron et Boivin, 2011; Rich, 2011; Tourigny, 2011; Desjardins, 2012)
- **Estime de soi et empathie** (Lagueux et Tourigny, 1999; Brault et Nadeau, 2000; Haesevoets, 2001; Côté, 2005; Grant *et al.*, 2009; Dominique, Caron, Perron et Boivin, 2011; Rich, 2011; Tourigny, 2011; Desjardins, 2012)
- **Faible contrôle des impulsions** (Auclair, Carpentier et Proulx, 2012; Sion et Blondeau, 2012)
- **Habilités sociales** (Lagueux et Tourigny, 1999; Brault et Nadeau, 2000; Côté, 2005; Boyd et Bromfield, 2006; Grant *et al.*, 2009; Dominique, Caron, Perron et Boivin, 2011; Rich, 2011; Tourigny, 2011; Ciavaldini, 2012; Desjardins, 2012;)
- **Modes relationnels avec autrui** (Auclair, Carpentier et Proulx, 2012; Sion et Blondeau, 2012) ;
 - Mode objectalisant, violent, conflictuel et/ou manipulateur
- **Prévention de la récidive** (Lagueux et Tourigny, 1999; Brault et Nadeau, 2000; Haesevoets, 2001; Côté, 2005; Grant *et al.*, 2009; Dominique, Caron, Perron et Boivin, 2011; Tourigny, 2011; Desjardins, 2012)
- **Responsabilisation/négation et minimisation** (Lagueux et Tourigny, 1999; Brault et Nadeau, 2000; Haesevoets, 2001; Côté, 2005; Grant *et al.*, 2009; Dominique, Caron, Perron et Boivin, 2011; Tourigny, 2011; Desjardins, 2012)
- **Victimisation et transmission intergénérationnelle de l'abus** (Lafortune, 2002; Coutu, Meilleur et Lafortune, 2015)

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 