

# S

# AVIEZ-VOUS QUE...

– Des réponses à vos préoccupations cliniques –

N° 5 ÉDITION SPÉCIALE 33 PAGES

Aussi disponible au [www.centrejeunessedequbec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequbec.qc.ca)

Réalisé au cours de l'été 2009



## ÉDITION SPÉCIALE

Les agressions sexuelles

### TEMPÊTE DANS LA FAMILLE

PAGES D 28 À 33



### UN LOURD SECRET

### PAGES

A 4 à 11

DES MINEURS QUI DEVIENNENT AGRESSEURS



PAGES C 20 À 27

PHOTO: ISTOCKPHOTO.COM

### Étudiants / Direction scientifique

Marie-Lou Auger Marie-Christine Dérôme Carole-Anne Mercier Marie-Esther Paradis Lisa-Maria Slim



**OUVREZ L'ŒIL !**

Surveillez la parution de la dernière revue *Savais-tu que...*, une revue haute en couleur destinée aux jeunes des centres jeunesse à partir de thèmes qu'ils ont eux-mêmes identifiés.



5!



**Émilie  
Dionne**

APPR – Direction scientifique  
Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

## Cinq ans déjà !

L'édition 2009 de la revue *Saviez-vous que...* marque le cinquième anniversaire d'une alliance recherche-pratique au service des intervenants qui oeuvrent en centre jeunesse. En effet, depuis 2005 déjà, des étudiants de 1er et de 2e cycle universitaire se joignent à la Direction scientifique du CJQ-IU au cours de l'été et produisent des recensions de littérature à partir de préoccupations cliniques soulevées par les intervenants. Ils font le point sur l'état actuel des connaissances scientifiques et veillent à transmettre une information à jour, vulgarisée et concise. Des experts issus des milieux de la recherche et de la pratique psychosociale participent aussi à la démarche de rédaction. Ces zones de collaboration permettent de croiser les savoirs de différents univers et champs d'expertise, ceci afin d'épauler les intervenants dans leur pratique quotidienne. Cette année, une édition spéciale porte sur le thème des agressions sexuelles. Nous espérons que cet outil saura répondre à vos attentes et demeurons ouverts à vos commentaires ou suggestions.

*Bonne lecture !*

*Émilie Dionne*



## SOMMAIRE

Un lourd secret  
**A4**

Trois professions,  
une direction  
**B12**

Des mineurs qui  
deviennent agresseurs  
**C20**

Tempête dans la famille  
**D28**

## CONTACTS

Centre jeunesse de Québec –  
Institut universitaire  
2915, avenue du Bourg-Royal  
Québec (Québec)  
G1C 3S2

Téléphone :  
(418) 661-6951

Télocopieur :  
(418) 661-5079

[www.centrejeunessedequebec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca)

### Responsables du projet :

Émilie Dionne  
Annie Vaillancourt



**Design graphique et  
mise en page :**  
[www.etiennedionne.com](http://www.etiennedionne.com)

**Impression :**  
Impressions de Beauce inc.



**Marie-Esther  
Paradis**

Étudiante au doctorat en psychologie

Avec la collaboration de Marc Tourigny, Ph.D., professeur au département de psychoéducation de l'Université de Sherbrooke

# UN LOURD SECRET

Les jeunes victimes d'agression sexuelle

## Saviez-vous que...

... au Québec, environ un adulte sur six rapporte avoir subi des agressions sexuelles au cours de son enfance, et les femmes seraient deux fois plus nombreuses (deux sur dix) que les hommes (un sur dix) à en avoir été victimes (Tourigny, Gagné, Joly & Chartrand, 2006 ; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr & Baril, 2008) ?

Les agressions sexuelles envers les jeunes constituent un problème social grave dont les répercussions sont à la fois coûteuses pour les victimes et pour l'ensemble de la société. Il est difficile de circonscrire avec précision l'ampleur de ce phénomène. D'une part, les définitions retenues pour établir les taux d'incidence et de prévalence ne font pas consensus à travers les études, et d'autre part, il s'agit d'un problème qui reste souvent caché et dont les signes ne sont pas nécessairement apparents (Wurtele, 2009). Les statistiques disponibles sous-estiment donc vraisemblablement l'étendue réelle de cette problématique. Voici tout de même quelques chiffres qui donnent un aperçu de la situation au Québec :

- Environ un adulte sur six rapporte avoir subi des agressions sexuelles au cours de son enfance, et les femmes seraient deux fois plus nombreuses (deux sur dix) que les hommes (un sur dix) à en avoir été victimes (Tourigny, Gagné, Joly & Chartrand, 2006 ; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr & Baril, 2008).
- Environ 70 % des agressions sexuelles sont commises à l'endroit de jeunes de moins de 18 ans et ont lieu dans des résidences privées (Ministère de la Sécurité publique, 2008).
- Au cours de l'année 2008-2009, 2286 signalements pour abus sexuels ont été retenus à la Direction de la protection de la jeunesse, ce qui représente 7,6 % de tous les signalements retenus lors de cette même période (Association des centres jeunesse du Québec [ACJQ], 2009).
- Au moment de l'évaluation initiale, environ le tiers des enfants agressés sexuellement ne présentent aucun symptôme apparent. Certaines séquelles pourront apparaître au cours de l'intervention ou même, une fois adulte (Couture & Tessier, 2007).
- On estime que 8 victimes sur 10 connaissent leur agresseur (une connaissance ou un membre de la famille) (Ministère de la Sécurité publique, 2008).

## Qu'est-ce qu'une agression sexuelle ?

L'agression sexuelle peut être définie comme :

« ...un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (...) cette définition s'applique peu importe l'âge, le sexe, la culture, la religion et l'orientation sexuelle de la personne victime ou de l'agresseur sexuel, peu importe le type de geste à caractère sexuel et le lieu ou le milieu de vie dans lequel il a été fait, et quelle que soit la nature du lien existant entre la personne victime et l'agresseur sexuel. »

(Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, 2001, p.22)

Les agressions sexuelles peuvent prendre différentes formes, telles que présentées dans le tableau suivant.

**Tableau 1 – Différentes formes d'agressions sexuelles**

<b>Baisers</b> à caractère sexuel.
<b>Attouchements</b> : seins, cuisses, fesses, pénis, vulve, anus.
<b>Masturbation</b> de la personne par l'agresseur et vice-versa.
<b>Contacts oraux-génitaux</b>  <b>Fellation</b> : intromission du pénis de l'agresseur dans la bouche de la victime ou du pénis de la victime dans la bouche de l'agresseur.  <b>Cunnilingus</b> : contact, avec la bouche, des organes génitaux d'une fille ou d'une femme.  <b>Pénétration</b> : pénétration vaginale ou anale par le pénis, avec les doigts ou avec des objets.
<b>Exhibitionnisme</b> : comportement d'une personne qui montre ses parties génitales en public.
<b>Frotteurisme</b> : comportement d'un individu qui recherche le contact physique avec des personnes non consentantes, dans des endroits publics. Par exemple, tenter de frotter ses organes sexuels sur des inconnus dans l'autobus.
<b>Voyeurisme</b> : tendance ou comportement « voyeuriste », c'est-à-dire basé sur l'attrance à observer l'intimité ou la nudité d'une personne ou d'un groupe de personnes, à leur insu.

(Tableau tiré de Gouvernement du Québec, 2009)

## Les conséquences des agressions sexuelles envers les jeunes

Les agressions sexuelles causent un préjudice sérieux à la santé physique et mentale des jeunes qui en sont victimes. Les études des dix dernières années convergent essentiellement vers le même constat : les jeunes agressés sexuellement présentent plus de problèmes que ceux qui n'ont jamais connu de tels sévices. Un large éventail de difficultés figurent au tableau clinique des jeunes victimes : symptômes de dépression et d'anxiété, sentiments de honte, de culpabilité, de colère, problèmes avec la sexualité, difficultés sur le plan cognitif, physique, scolaire et interpersonnel, faible estime de soi, troubles de comportement (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault & Piché, 2006 ; Wurtele, 2009). Ces difficultés peuvent apparaître tôt après l'agression ou ressurgir plusieurs années plus tard et perdurer dans le temps (Couture & Tessier, 2007 ; Kinnear, 2007 ; Pouliot, 2007).

Malgré ce portrait plutôt sombre, il importe de spécifier que tous les jeunes ne réagissent pas de la même manière à une agression sexuelle et que différents facteurs influencent les répercussions qui s'ensuivent : l'âge de la victime, sa personnalité, ses stratégies d'adaptation, la fréquence des abus, la nature et la durée des gestes posés, le degré de proximité avec l'agresseur, le niveau de violence, les ressources disponibles, les réactions de l'entourage (Pouliot, 2007). Ainsi, deux jeunes qui subissent des agressions sexuelles similaires peuvent s'adapter différemment à la situation.

Afin de mieux comprendre la variabilité des impacts d'une agression sexuelle chez les jeunes, divers modèles explicatifs ont été proposés. Selon le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994), la série d'interactions jeune-environnement qui suit l'agression sexuelle est déterminante dans la trajectoire qu'emprunte la victime en termes d'adaptation. Plus précisément, le modèle s'intéresse aux différents facteurs qui influencent les impacts d'une agression sexuelle ainsi qu'à leurs interactions. Parmi ces facteurs, la formation de cognitions négatives liées à l'agression (ex. se croire responsable, se percevoir comme physiquement ou mentalement « hypothéqué », ne plus avoir confiance) de même que l'utilisation de mauvaises stratégies d'adaptation (ex. pensée magique, évitement cognitif, contrôle symbolique) mèneraient à une augmentation de la symptomatologie chez le jeune. Les événements familiaux et sociaux liés au dévoilement de l'agression sexuelle sont aussi mis en exergue : plus le jeune doit faire face à un nombre élevé d'événements stressants liés à l'agression sexuelle (ex. interactions avec l'agresseur, conflits entre les parents, isolement social, réaction exagérée des parents, implications judiciaires), plus il risque d'expérimenter des conséquences négatives. En somme, plutôt que de s'attarder uniquement aux épisodes d'abus ou aux séquelles, ce modèle propose de s'intéresser aux différents facteurs jeune-environnement afin de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans la réaction des victimes et d'ajuster l'aide qui leur est offerte (Spaccarelli, 1994).



## Le dévoilement de l'agression sexuelle

On dit souvent que « *l'agression sexuelle est un crime qui est soutenu, en partie, par la loi du silence* » (Pouliot, 2007, p.29). En effet, plusieurs des situations d'agression sexuelle ne sont jamais dévoilées aux adultes (Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, 2001), particulièrement aux professionnels et aux autorités légales. Lorsque la victime connaît son agresseur (ex. père, ami), elle peut ressentir une grande ambivalence entre l'amour qu'elle éprouve pour lui et la haine par rapport aux gestes qu'il a posés sur elle (Pouliot, 2007) ; cela peut entraver le processus de dévoilement. Selon une étude de Priebe et Svedin (2008), il semble que les adolescents choisissent le plus souvent de confier ce lourd secret à des amis du

même âge. En ce sens, les auteurs suggèrent que des programmes de soutien à l'intention de ces « amis-confidents » soient développés.

Staller et Nelson-Gardell (2005) proposent un modèle explicatif du processus de dévoilement de l'abus sexuel à l'intérieur duquel la réaction de l'adulte (ex. soutien, incrédulité, hostilité) face à un dévoilement partiel, accidentel ou indirect du jeune est déterminante pour la poursuite des échanges. Selon l'attitude de l'adulte, le jeune pourra se rétracter, dénier ses propos ou aller de l'avant avec le dévoilement. Écouter, croire, recevoir, encourager, déculpabiliser, favoriser l'autonomie et valider les émotions sont autant d'attitudes qui favorisent l'ouverture et la confiance chez le jeune (Gouvernement du Québec, 2009).

## Le traitement

Le phénomène des agressions sexuelles se situe au cœur d'un univers où se côtoient les tabous, les silences, les interdits et les préjugés. Les malaises ressentis face à cette problématique sont fréquents et plusieurs intervenants se sentent démunis devant les limites de leurs connaissances et le peu d'outils mis à leur disposition. À ce sujet, il importe de retenir qu'au-delà des techniques et des modalités d'intervention, les jeunes victimes ont d'abord besoin d'être écoutées sans être invalidées, de se sentir comprises dans leur détresse, et d'être traitées avec respect et empathie (Gouvernement du Québec, 2001).

Afin de répondre aux besoins spécifiques des enfants et des adolescents victimes d'agression sexuelle, différentes modalités de traitement ont vu le jour (ex. thérapie individuelle, dyadique, familiale et de groupe). Les objectifs généraux poursuivis varient selon les traitements, mais on y retrouve généralement des composantes telles que :

- augmenter les connaissances du jeune en matière de sexualité ;
  - déculpabiliser le jeune ;
  - lui enseigner des stratégies de prévention et de protection (ex. lui apprendre à s'affirmer, à dire NON) ;
  - soutenir le jeune lors des procédures judiciaires ;
  - reconnaître et valoriser ses forces afin d'augmenter son estime personnelle ;
  - amener le jeune à reprendre le contrôle sur sa vie par le développement d'habiletés diverses ;
  - reconnaître les émotions suscitées par les agressions et le dévoilement de la situation de violence ;
  - offrir au jeune un lieu où il se sent en sécurité et où il peut discuter ouvertement de sa situation traumatique.
- (Hébert, et al. 2002 ; Simoneau, Hébert & Tourigny, 2008 ; Tremblay & Carson-Tempier 1997)

Qu'elle soit individuelle, de groupe ou familiale, l'intervention auprès des jeunes victimes d'agression sexuelle peut s'appuyer sur différentes approches théoriques, dont l'approche cognitive-comportementale, l'approche psychanalytique / psychodynamique ainsi que l'approche familiale ou systémique (Simoneau, Tremblay & Hébert, 2004).

### *L'approche cognitive-comportementale*

Cette intervention de courte durée présente un bon rendement. Elle permet de clarifier et de modifier les pensées erronées du jeune en lien avec l'agression et de l'encourager à exprimer ses idées et ses sentiments. Les thérapies cognitives-comportementales (TCC) s'avèrent particulièrement utiles dans le traitement des symptômes de stress post-traumatique (ex. comportements d'évitement, hyper-vigilance) et avec certaines difficultés d'adaptation (ex. anxiété, difficultés de concentration) (Simoneau, Tremblay & Hébert, 2004).

Dans une recension de divers types d'interventions destinées aux jeunes victimes d'agression sexuelle (Saunders, Berliner & Hanson, 2004), la *Trauma-*

*Focused Cognitive-Behavioral Therapy* obtient la meilleure cote d'efficacité. Cette thérapie cognitive-comportementale vise le développement de compétences chez les enfants afin qu'ils parviennent à mieux se protéger et à assurer leur sécurité. En plus d'enseigner aux jeunes des notions en lien avec l'agression et les réactions des victimes, les intervenants ont recours à différentes techniques, dont l'exposition graduelle et la restructuration cognitive. La première technique suggère, par exemple, au jeune de s'exposer graduellement aux pensées anxiogènes et aux détails traumatisants de l'agression chargés en émotions (Hébert et al., 2002). La restructuration cognitive consiste à explorer et à corriger les croyances erronées du jeune (ex. « je suis responsable de l'abus »). Des techniques de relaxation peuvent également s'avérer bénéfiques.

### *L'approche psychanalytique / psychodynamique*

Les thérapies qui s'appuient sur cette approche permettent au jeune de revivre ses difficultés dans un environnement sécurisant. La technique du jeu libre aide à faire un lien entre ce que le jeune vit intérieurement et la réalité extérieure. Cette technique suppose que les difficultés du jeune transparaissent dans son choix de jouets et dans le scénario qu'il met en place. Les jeux d'équipe, les déguisements, le dessin, la peinture, la pâte à modeler, les jeux avec des maisons de poupées ou des petites voitures sont d'autres modalités qui peuvent être explorées (Hébert et al., 2002).

### *L'approche familiale ou systémique*

La pertinence d'impliquer le parent non-agresseur dans le processus d'intervention semble faire consensus à travers différentes études (Simoneau, Tremblay & Hébert, 2004). Les thérapies familiales visent notamment à rétablir l'autorité parentale dans la famille, à instaurer des règles claires et bien définies entre les parents et les enfants, et à apporter à la famille des connaissances sur l'agression sexuelle. Dans certains cas d'agression intrafamiliale, une intervention réunissant tous les membres de la famille peut être envisageable, mais sous certaines conditions seulement. Tous doivent reconnaître les faits, le parent abuseur doit accepter la responsabilité de ses actes, le contexte familial doit être non-

violent et, surtout, l'enfant victime doit donner son approbation (ACJQ, 2000). La rencontre permettra, entre autres, aux membres de la famille d'apprendre à s'écouter, d'entendre les aveux et les excuses de l'abuseur, de clarifier la part de responsabilité de chacun, de partager leurs sentiments (ex. colère, tristesse) et de préparer la famille à la réunification, s'il y a lieu. Les principaux thèmes abordés lors de ce type de rencontre sont : l'autorité, les frontières, les modes de communication, les limites personnelles, les besoins affectifs et les attentes de chacun (ACJQ, 2000).

Il apparaît difficile de statuer sur la modalité ou l'approche thérapeutique la plus efficace, chacune comportant des avantages et des inconvénients

selon les situations (Simoneau, Tremblay & Hébert, 2004). Par exemple, la thérapie par le jeu serait particulièrement efficace pour améliorer le fonctionnement social, alors que la thérapie cognitive-comportementale et la thérapie individuelle permettraient davantage de réduire la détresse psychologique (Hetzel-Riggin, Brausch & Montgomery, 2007).

De façon générale, la thérapie individuelle donnerait des résultats positifs par rapport à une variété de symptômes chez les enfants victimes d'agression sexuelle : troubles de comportement, anxiété, dépression, estime de soi et syndrome de stress post-traumatique (Tourigny, 1997).

En ce qui a trait à la thérapie de groupe, elle présenterait certains avantages uniques tels que travailler sur la stigmatisation et l'isolement, favoriser les apprentissages sociaux par imitation, briser le silence, diminuer la résistance au traitement et restituer la confiance envers les autres (voir la

recension de Simoneau, Hébert & Tourigny, 2008). Chez les adolescentes, cette modalité favoriserait l'utilisation de mécanismes d'adaptation positifs, l'amélioration de l'estime de soi et du sentiment d'efficacité et permettrait de diminuer les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, les symptômes associés au syndrome de stress post-traumatique, ainsi que les distorsions cognitives (Paquette, Tourigny & Joly, 2008).

En somme, le choix d'une modalité ou d'une approche thérapeutique devrait s'appuyer sur les besoins spécifiques des enfants, puisque les effets semblent varier selon les traitements et les variables observées (Hetzel-Riggin, Brausch & Montgomery, 2007). La participation des parents ressort toutefois plus clairement comme un élément qui améliore l'efficacité de l'intervention (Tourigny, Hébert, Paquette & Simoneau, 2009). De nouvelles recherches seront nécessaires afin de mieux cerner les facteurs qui influencent le traitement des enfants et des adolescents victimes d'agression sexuelle.



## Références

- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC [ACJQ] (2000). *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuels envers les enfants*. Montréal, Québec : ACJQ.
- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC [ACJQ] (2009). *Depuis 30 ans, des générations d'enfants protégés. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux*. Montréal, Québec : ACJQ.
- COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DE COORDINATION EN MATIÈRE DE VIOLENCE CONJUGALE, FAMILIALE ET SEXUELLE (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agressions sexuelles*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- COUTURE, M., & TESSIER, B. (2007). *Pertinence et innocuité de la prévention des abus sexuels chez les jeunes enfants : revue de la documentation*. Québec, Québec : Direction de la santé publique et de l'évaluation.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. (2009). *Campagne 2009*. Consulté en novembre 2009 sur le site Web du Gouvernement du Québec : <http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca/fr/>
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. (2001). *Guide d'intervention médicosociale pour intervenir auprès des victimes d'agression sexuelle*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.
- HÉBERT, M., ROBICHAUD, M., TREMBLAY, C., SAINT-DENIS, M., DAMANT, D., LAVOIE, F., DORAIS, M., PERREAULT, N., & RINFRET-RAYNOR, M. (2002). *Des interventions préventives et des services d'aide directe aux victimes en matière d'agression sexuelle : description des pratiques québécoises*. Montréal, Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- HÉBERT, M., TREMBLAY, C., PARENT, N., DAIGNAULT, I.V., & PICHÉ, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21 (5), 287-299.
- HETZEL-RIGGIN, M.D., BRAUSCH, A.M., & MONTGOMERY, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents. An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31 (2), 125-141.
- KINNEAR, K.L. (2007). *Childhood sexual abuse. A Reference Handbook (2<sup>nd</sup> Edition)*. Santa Barbara, Californie : ABC-Clio.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2008). *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec, Québec : Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité.
- PAQUETTE, G., TOURIGNY, M., & JOLY, J. (2008). L'efficacité des thérapies de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement : recension des écrits. *Revue québécoise de psychologie*, 29 (3), 85-99.
- POULIOT, C. (2007). *Guide d'information à l'intention des victimes d'agression sexuelle*. Montréal, Québec : Table de concertation sur les agressions à caractère sexuel de Montréal.
- PRIEBE, G., & SVEDIN, C.G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society : An epidemiological study of adolescents' disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 32 (12), 1095-1108.
- SAUNDERS, B.E., BERLINER, L., & HANSON, R.F. (2004). *Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment*. Charleston, Caroline du Sud : National Crime Victims Research and Treatment Center.
-

- SIMONEAU, A.C., HÉBERT, M., & TOURIGNY, M. (2008). Évaluation d'une intervention de groupe pour enfants de six à treize ans victimes d'agression sexuelle. *Revue québécoise de psychologie*, 29 (3), 27-43.
- SIMONEAU, A.C., TREMBLAY, C., & HÉBERT, M. (2004). Les interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle : examen des pratiques curatives récentes. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (1), 203-229.
- SPACCARELLI, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse : A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116 (2), 340-362.
- STALLER, K.M., & NELSON-GARDELL, D. (2005). A burden in your heart : Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child & Abuse Neglect*, 29 (12), 1415-1432.
- TOURIGNY, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 26 (1), 39-69.
- TOURIGNY, M., GAGNÉ, M.-H., JOLY, J., & CHARTRAND, M.-E. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de Santé Publique*, 97 (2), 109-113.
- TOURIGNY, M., HÉBERT, M., JOLY, J., CYR, M., & 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.
- TOURIGNY, M., HÉBERT, M., PAQUETTE, G., & SIMONEAU, A.-C. (2009). Prévention et traitement en matière de violence à caractère sexuel envers les enfants. Dans M.-È. Clément, & S. Dufour (Éds.). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (pp.161-174). Anjou, Québec : Éditions CEC.
- TREMBLAY, C. & CARSON-TEMPIER, A. (1997). Évaluation et traitement des jeunes enfants victimes d'abus sexuels. *Revue québécoise de psychologie*, 18 (3), 189-201.
- WURTELE, S.K. (2009). Child sexual abuse prevention. Preventing sexual abuse of children in the twenty-first century : Preparing for challenges and opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18 (1), 1-18.
-



Avec la collaboration de Madeleine Munger, spécialiste en activités cliniques et à l'accès au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, Nathalie Thériault, sergente détective à la Sûreté du Québec et Nathalie Leroux, procureure aux poursuites criminelles et pénales au ministère de la Justice

## TROIS PROFESSIONS, UNE DIRECTION

L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique

### Saviez-vous que...

... le but premier de l'entente multisectorielle est de garantir une protection optimale aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, au moyen d'une concertation efficace entre les différents partenaires impliqués dans l'intervention (MSSS, 2008) ?

Au Québec, en 1979, le signalement des cas d'abus sexuels à la Direction de la protection de la jeunesse devient une obligation pour tous. On prend alors conscience de la nécessité de définir une procédure d'intervention uniforme pour ces situations (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2001). Ce n'est toutefois qu'en février 1988, à la suite de l'entrée en vigueur de la *Réforme législative du Parlement fédéral relative aux infractions à caractère sexuel commises à l'égard des enfants*, que le ministère de la Santé et des Services sociaux, les directeurs de la protection de la jeunesse, les centres de services sociaux du Québec et l'Association des centres de services sociaux du Québec mettent en place une méthode de concertation sociojudiciaire pour les situations d'abus sexuels envers des enfants. Deux protocoles d'intervention multisectorielle sont élaborés, soit un en 1989 et un autre en 1992. Le premier s'applique au réseau de la santé et des services sociaux et le second, à celui de l'éducation (MSSS, 2008).

### Une façon de faire revue et corrigée

Au départ, des ententes sont mises en place afin d'améliorer la coopération entre les divers organismes et d'éviter aux enfants d'avoir à reprendre le récit d'événements douloureux. Toutefois, on constate rapidement que l'application de tels protocoles demande une collaboration très soutenue des différents partenaires et que la concertation entre les acteurs ne se fait pas spontanément.

En 1994, les amendements à la *Loi sur la protection de la jeunesse* entraînent un élargissement des protocoles d'entente multisectorielle en y incluant

les cas d'enfants victimes de mauvais traitements physiques ou d'un manque de soins qui menace la santé physique. Avec une entente commune, on souhaite assurer une réponse adéquate aux enfants dans le besoin, tout en simplifiant la procédure et en évitant une multiplication des protocoles. L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, mise en place en 2001, combine et remplace les deux ententes adoptées précédemment (MSSS, 2001).

**Une structure bien définie**

Le but premier de l’entente multisectorielle est de garantir une protection optimale aux enfants victimes d’abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d’une absence de soins menaçant leur santé physique, au moyen d’une concertation efficace entre les différents partenaires impliqués dans l’intervention (MSSS, 2008). Cette entente repose avant tout sur « *un engagement d’agir en concertation, lorsqu’il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d’un enfant est compromis et qu’un crime a été commis à son endroit* » (MSSS, 2008, p.15).

Voici un tableau qui résume les étapes de l’application de l’entente multisectorielle ainsi que les rôles des partenaires à chacune de ces étapes.

**Tableau 1 – Les étapes de l’application de l’entente multisectorielle**

1. Signalement	2. Liaison et planification	3. Enquête et évaluation	4. Prise de décision	5. Action et information
<p><b>POLICE</b> Recevoir la plainte et la signaler au DPJ.</p> <p><b>ÉTABLISSEMENT OU ORGANISME LIÉ PAR L'ENTENTE</b> Signaler le cas au DPJ.</p> <p><b>DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)</b> Recevoir le signalement, décider de le retenir ou non et orienter l’enfant et ses parent vers les ressources appropriées, s’il y a lieu. Informers la police, le procureur aux poursuites criminelles et pénales et, le cas échéant, l’organisme ou l’établissement en vertu du <i>Guide relatif à la divulgation de renseignements à la police et aux procureurs aux poursuites criminelles et pénales</i>.</p>	<p><b>A) LIAISON</b> DPJ : Constituer l’équipe de base (DPJ, policier, procureur aux poursuites criminelles et pénales).</p> <p><b>B) PLANIFICATION PAR L'ÉQUIPE DE BASE</b> Dresser l’état de la situation. Déterminer : - Le degré d’urgence de la situation. - Les mesures à prendre pour protéger l’enfant - Les mesures à prendre pour préserver les droits des personnes en cause. - Les partenaires pouvant être appelés à contribuer et la constitution de l’équipe multisectorielle. - L’application de la procédure d’intervention sociojudiciaire. - La pertinence de recourir à une évaluation médicale. Déterminer une stratégie quant au déroulement des actions à venir (qui fait quoi, comment, quand, où). Élaborer un plan de communication.</p>	<p>Procéder aux enquêtes, aux évaluations et aux inspections requises selon la stratégie choisie.  Vérification des faits et évaluation des besoins de protection et d’aide de l’enfant (DPJ).  Entrevue avec l’enfant par le DPJ ou la police, selon ce qui a été convenu, en privilégiant l’enregistrement magnéto-toscopique.  Enregistrement / transcription de la version du suspect et des autres témoins de la poursuite (police).  Collecte des éléments de preuve et préservation de la preuve (police).</p>	<p>Mettre en commun les informations recueillies.  Si les faits allégués sont fondés, choisir les meilleures actions à entreprendre.  <b>1) Choix des moyens les plus adéquats :</b>  Poursuite criminelle, mesures volontaires ou demande de protection judiciaire en vertu de la LPJ.  Sanction d’ordre disciplinaire ou administratif par l’établissement ou l’organisme.  <b>2) Aide à l’enfant et à sa famille :</b>  Orientation vers une ressource appropriée, s’il y a lieu (LSSSS).  <b>3) Préparation / mise en œuvre d’une stratégie de communication, le cas échéant.</b></p>	<p>Appliquer les décisions convenues par les intervenants.  Tenir constamment les partenaires informés du déroulement et du résultat des actions entreprises.</p>
<b>Aide et accompagnement de l’enfant et de sa famille</b>				
Directeur de la protection de la jeunesse, établissements ou ressources de la région				
<b>Coordination</b>				
Directeur de la protection de la jeunesse, à moins d’une entente contraire		Procureur aux poursuites criminelles et pénales, en cas de poursuite		

(Tableau adapté de MSSS, 2001)

Bien que l'entente multisectorielle privilégie les interactions entre le Directeur de la protection de la jeunesse, les services de police et les procureurs aux poursuites criminelles et pénales, elle met également à contribution toute personne issue d'un établissement ou d'un organisme susceptible de répondre aux besoins d'aide et de protection de l'enfant. Voici la liste des établissements et organismes liés par cette entente :

- l'ensemble des directions de la protection de la jeunesse (DPJ) de la province ;
- l'ensemble des services de police du Québec ;
- les ministères de l'Éducation (commissions scolaires, écoles primaires et secondaires, autres établissements et organismes scolaires), de la Justice, de la Sécurité publique, de la Santé et des Services sociaux (CLSC, centres hospitaliers, centres jeunesse, etc.), de la Famille et de l'Enfance (centres de la petite enfance et autres services de garde) ;
- les organismes communautaires ayant convenu d'appliquer l'entente (ex. centres d'hébergement pour femmes et enfants, centres de thérapie pour adolescents) ;
- les organismes nationaux ou régionaux légalement constitués (ex. organismes sportifs ou de loisir, camps de jour, etc.) ayant convenu d'appliquer l'entente.

(MSSS, 2001)

### « Nul n'est censé ignorer la loi » !

Le projet de loi C-22, entré en vigueur le 1er mai 2008, a entraîné quelques ajustements au *Code criminel canadien* relativement aux infractions d'ordre sexuel. Par exemple, l'âge du consentement à une activité sexuelle (de nature non exploitante) est passé de 14 à 16 ans. L'exception pour les jeunes de 12 ou 13 ans qui ont des activités sexuelles avec un autre adolescent de moins de deux ans leur aîné (pour que la relation ne soit pas de nature exploitante) a été maintenue. Par ailleurs, une exception a été créée à l'égard de ceux qui se livrent à des activités sexuelles avec un adolescent de 14 ou 15 ans et qui sont de moins de cinq ans son aîné. Toutefois, dans le cas des activités sexuelles de nature exploitante (ex. prostitution, pornographie, relation de confiance, d'autorité ou de dépendance) l'âge du consentement est demeuré à 18 ans (Gouvernement du Canada, 2007).

Pour plus d'informations, vous pouvez vous référer aux articles suivants du *Code criminel canadien* : 151, 152, 153(1), 160(3), 173(2), 271, 272, 273.

## Les entrevues

Afin d'avoir une vision plus juste de la mise en application de l'entente multisectorielle au quotidien, nous avons rencontré trois professionnelles provenant des principaux secteurs d'intervention mis à contribution : Madeleine Munger, spécialiste en activités cliniques et à l'accès au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, Nathalie Thériault, sergente détective à la Sûreté du Québec ainsi que Nathalie Leroux, procureure aux poursuites criminelles et pénales au Palais de justice de Québec (Directeur aux poursuites criminelles et pénales). Elles nous ont entretenues de leur vision de l'application de l'entente multisectorielle, de ses avantages et de ses inconvénients.



## Parlez-nous de l'entente multisectorielle. Qu'est-ce que c'est ?

**Sergente détective :** L'entente multisectorielle, c'est une trajectoire de services, une façon de faire que différents partenaires se sont donnés avec l'aide du ministère afin de travailler en concertation auprès d'enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. C'est un protocole d'entente qui a été développé afin qu'on fasse le plus rapidement possible, le plus méthodiquement possible, le plus efficacement possible, puis qu'on mette un filet de sécurité autour de l'enfant.

## Quels sont les buts de l'entente ?

**Intervenante :** Le but premier, c'est toujours de favoriser une meilleure protection de l'enfant victime et des autres enfants qui pourraient éventuellement le devenir. L'entente est délimitée dans des champs particuliers : l'abus sexuel, l'abus physique et l'absence de soins qui pourrait compromettre la sécurité physique. Mais l'application est plus systématique au niveau de l'abus sexuel. Le but, c'est d'éviter les délais d'intervention et la multiplication des rencontres avec l'enfant parce que déjà, pour lui, c'est pas évident. S'il est rencontré par plein de monde, ça augmente les traumatismes et les impacts. C'est aussi pour avoir une meilleure collaboration avec les partenaires.

## Intervenez-vous souvent dans des situations d'abus sexuels ?

**Intervenante :** Je dirais que ce sont des exceptions quand on ne fait pas d'entente multisectorielle en abus sexuels. C'est sûr qu'il y en a beaucoup plus parce que c'est presque systématique d'enclencher l'entente dans les cas d'abus sexuels, alors que dans les cas d'abus physiques et d'absence de soins appropriés, on doit d'abord en discuter avec le chef d'équipe. Je dirais que c'est moins de 50 % en abus physiques alors que c'est plus de 90 % pour les abus sexuels, mais je n'ai pas les chiffres exacts. C'est parce qu'en abus sexuels, la preuve est plus difficile à recueillir (souvent il y a juste l'enfant victime et l'abuseur qui savent ce qui s'est réellement passé). L'autre différence, c'est que, si un enfant est victime d'abus sexuels, même si ça s'est produit à une seule reprise, c'est automatiquement fondé alors qu'il peut y avoir des circonstances atténuantes dans une situation d'abus physiques (ex. le contexte). Dans les cas d'abus sexuels, il n'y a pas vraiment de défense possible. S'il y a suffisamment de faits, il y a automatiquement une plainte policière.

## Qui sont vos principaux partenaires dans l'application de l'entente multisectorielle ?

**Intervenante :** Les partenaires toujours impliqués dans une entente multisectorielle sont le procureur de la couronne, l'intervenant de la DPJ et l'enquêteur de police, mais il peut se greffer d'autres partenaires comme les écoles, les CSSS, les CRDI, les centres de la petite enfance, etc. Par exemple, si l'abuseur est en situation d'autorité ou fait partie d'un établissement, à ce moment-là, on peut aller chercher une personne qui peut appliquer des mesures administratives auprès de l'employé. On l'associe dès le départ à l'entente.

## Comment appliquez-vous l'entente ?

**Intervenante :** La première chose qui doit être faite, c'est toujours un signalement à la protection de la jeunesse. Après ça, c'est à nous de juger s'il est retenu ou non. Si le signalement comporte suffisamment d'éléments inquiétants, j'appelle le procureur de garde pour enclencher le protocole. On discute de l'urgence de l'intervention, de la stratégie, de ce qu'on va faire, de qui fait quoi, des délais d'intervention. Après ça, c'est l'enquête, l'évaluation. Moi, je décide si la situation est compromise ou non. Parce que ça peut arriver des fois qu'un procureur ne dépose pas d'accusations mais qu'on garde quand même le dossier ouvert parce qu'on a des doutes. Eux, c'est hors de tout doute, nous, s'il y a des doutes ou d'autres éléments de compromission, on peut aller de l'avant sous la Loi de la protection de la jeunesse. À la fin complètement, on se transfère les décisions qu'on a prises.

**Sergente détective :** Parfois, on peut avoir une plainte qui va nous être déposée directement, d'autres fois, ce sont les policiers qui, lors d'une intervention, sont témoins d'une situation qui pourrait être signalée. Si le DPJ enclenche l'entente multisectorielle, un enquêteur est mis à contribution. Toute l'information qui a été amassée lors du signalement sera transmise à l'enquêteur. À partir de ce moment-là, on fait l'enquête. Ensuite, tous les faits recueillis par l'enquêteur vont être soumis au procureur de la couronne qui va décider s'il accuse ou s'il n'accuse pas.

**Procureure :** En premier lieu, soit le policier, soit la DPJ, va entrer en contact avec moi. Ensuite, on passe à la deuxième étape qui est la liaison, la planification de ce qui va se passer. On évalue différentes choses comme le degré d'urgence de la plainte. De notre côté, on va participer à la discussion et voir c'est quoi les meilleures façons d'agir. À ce moment, on agit plus à titre de consultant au niveau légal. Les policiers et la DPJ vont travailler ensemble, nous, on attend d'avoir les développements. Par la suite, l'enquêteur va me soumettre le dossier pour que je l'étudie, en visionnant le vidéo de l'enfant et en regardant les différentes déclarations des témoins, que je rencontre les victimes, que j'évalue ce qui s'est passé. Dernière étape, on décide si on accuse ou pas.

### Une formation est-elle offerte ?

**Sergente détective :** Oui. On a une formation spécifique à l'école de police pour les enquêteurs qui travaillent en agressions sexuelles et en abus physiques envers les enfants. Lors de cette formation-là, il y a une partie qui porte seulement sur l'entente multisectorielle. On apprend à travailler en partenariat.

**Intervenante :** Pour les formations en abus physiques et en abus sexuels, il y a deux programmes spécifiques (PNF) qui doivent être suivis par les intervenants. Pour ce qui est de l'entente multisectorielle, ce n'est pas tous les intervenants qui ont une formation. Je ne peux pas appeler ça une formation, c'est plus une rencontre pour expliquer ce qu'est l'entente. Ce sont des intervenants ciblés, des intervenants qui ont une préférence d'intervenir dans les situations d'abus sexuels. Mais c'est sûr que le document officiel de l'entente multisectorielle est accessible à tous.

**Procureure :** Il n'y a pas de formation spécifique offerte, par contre, il y a de la documentation. On a aussi eu des présentations de l'entente. En fait, c'est plus nous qui donnons de la formation (i.e. visites dans les CJ, les CRDI, les écoles) pour expliquer c'est quoi l'entente, surtout aux différents partenaires.

### Quels sont vos rôles respectifs dans l'application de l'entente multisectorielle ? Qu'est-ce qui vous distingue des autres partenaires ?

**Procureure :** On a tous des rôles différents. La liaison, on la fait les trois ensemble. La prise de décision quant à une poursuite, c'est plus nous qui la faisons, c'est plus ça notre rôle, à savoir est-ce qu'on a suffisamment de preuves pour qu'une plainte soit autorisée et regarder si c'est opportun de poursuivre. Par la suite, c'est nous qui continuons le processus judiciaire. C'est nous qui prenons la relève de l'enquêteur, soit la comparution et tout ce qui s'ensuit, entre autres, tenir nos partenaires avisés des suites.

**Intervenante :** Nous, c'est toujours la protection de l'enfant, de l'enfant victime et des autres enfants aussi. Toute notre intervention va être faite conformément à la Loi sur la protection de la jeunesse. Établir s'il y a compromission, regarder la capacité des parents à protéger leur enfant, la vulnérabilité de l'enfant, les services qui peuvent être mis à la disposition de la famille et de l'enfant victime.

**Sergente détective :** Avec nos techniques, on peut aller chercher d'autres genres d'informations, par exemple, interroger les voisins, les témoins. Quand certains faits sont établis, je peux remettre au suspect une promesse de comparaître, des interdictions de contact et des conditions à respecter. On travaille avec la Charte des droits et libertés de la personne. Lorsqu'on rencontre les témoins, les victimes et les suspects, on doit respecter certaines particularités (ex. si la personne

décide qu'elle ne nous rencontre pas, elle n'est pas obligée. Elle a droit à un avocat et au silence.). Le DPJ, lui, peut obliger les parents ou le suspect à le rencontrer (ex. dans les cas d'abus intrafamilial).

*Comment ça se passe quand vous rencontrez les personnes concernées ? Qui rencontrez-vous exactement ? Où les rencontrez-vous ?*

**Intervenante :** On s'occupe principalement de la famille, soit des parents et des enfants. Le suspect, c'est l'enquêteur qui le rencontre, mais il y a des exceptions. S'il y a des délais d'intervention ou que le suspect est très proche de l'enfant ou encore que c'est intrafamilial, on n'attendra pas nécessairement d'avoir un enquêteur, parce que notre mandat, c'est de protéger l'enfant. C'est nous, à ce moment-là, qui pouvons rencontrer le suspect. On est beaucoup plus proactifs au niveau des parents. On leur explique le signalement, l'intervention qui va se faire, on essaie de faciliter les contacts que les parents peuvent avoir avec les policiers, le procureur ou les établissements. C'est à nous de les conseiller, de les référer à des services, de voir à ce qu'ils répondent aux besoins de leurs enfants.



**Sergente détective :** La plupart du temps, on les rencontre au poste de police (enfants, parents et témoins). Si les parents sont en cause, le DPJ ira chercher l'enfant et l'amènera au poste pour qu'on puisse faire l'interrogatoire vidéo de l'enfant le plus rapidement possible. C'est sûr que pour les enfants en bas de 5 ans, à moins d'avoir un enfant vraiment mature qui s'exprime bien, on ne fera pas nécessairement de vidéo. Durant l'interrogatoire, on ne pose pas de questions subjectives, il faut que l'enfant nous raconte les choses. À la fin, on rencontre notre suspect (interrogatoire écrit et vidéo), quand on a cumulé assez d'informations pour le rencontrer.

**Procureure :** En agression sexuelle, on a une directive à suivre : toujours rencontrer la victime avant une autorisation de plainte (sauf exceptions). On rencontre toujours les victimes peu importe l'âge. L'enquêteur vient avec l'enfant et la rencontre se passe au Palais de justice. Pour ce qui est des parents, s'il veulent nous rencontrer, on va les rencontrer plus brièvement pour leur expliquer le processus judiciaire, notre rôle, regarder l'ensemble de la situation. Je ne parle jamais au suspect directement.

*Quels sont, à votre avis, les points forts, les avantages de la mise en place d'une telle entente ?*

**Intervenante :** C'est vraiment une meilleure concertation entre les intervenants. C'est de diminuer la multiplication des entrevues avec l'enfant, de diminuer les délais. Être actif et associer les partenaires qui peuvent prendre des décisions rapidement, toujours dans le but de protéger l'enfant victime.

**Procureure :** La rapidité d'intervention et une meilleure collaboration entre les différents partenaires.

**Sergente détective :** La coordination rapide et efficace, ce qui évite que la victime soit obligée de répéter 50 000 milles fois des éléments de sa narration d'événements qui sont plus difficiles. L'entente permet que l'on s'échange certaines informations et ça évite la contamination. Aussi, ce n'est pas la même personne qui prend tout sur ses épaules. On en discute, on en parle car on a des visions différentes. Ça permet de suivre le dossier plus efficacement.

## *Quels sont les principaux obstacles et défis auxquels vous devez faire face ?*

**Intervenante :** Comme nos mandats sont différents, on n'a pas nécessairement la même vision des choses ni la même vision de l'intervention. Mais l'entente multisectorielle c'est justement d'être capable d'en discuter et de travailler en concertation. Il peut arriver parfois qu'on ait un petit peu plus de misère avec certains corps policiers qui comprennent moins bien l'entente et qui procèdent selon l'ancienne façon.

**Sergente détective :** La contamination, la crédibilité de l'enfant et l'aliénation parentale. Tout le monde parle à l'enfant, lui pose des questions. Il y a aussi la colère et l'émotion de l'entourage. Il faut gérer ça. Quand les gens arrivent, il y a de la peine, du déni, ils sont fâchés. Il faut départager ça. Aussi, c'est sûr qu'il y a certains partenaires qui sont plus réfractaires à échanger certaines informations, mais en général, ça va très bien. Les gens travaillent dans un même but qui est la protection de l'enfant.

**Procureure :** Le degré d'urgence. Des fois, il faut agir très rapidement. Alors, c'est peut-être ça le défi. Il faut qu'on fasse très vite, à la limite, la journée même, émettre un mandat d'arrestation, arrêter la personne.

## *Sur le plan personnel, lorsqu'il est question d'abus sexuels, plusieurs émotions peuvent émerger. Qu'est-ce qui est le plus difficile à vivre ?*

**Sergente détective :** C'est clair qu'il y a des enfants, des événements qui viennent nous toucher plus, mais il faut penser que la plupart des enquêteurs ont quand même une certaine expérience et un vécu. Ce qui est plaisant, c'est de travailler en partenariat. Quand tu as des dossiers qui viennent te chercher davantage, tu peux en discuter et échanger. La partie la plus fatigante, c'est la rencontre avec l'enfant. Le suspect, on le voit autrement. Une autre chose qui peut être difficile c'est quand on a une victime qui ne parle pas, qui est vulnérable (ex. quand l'enfant est trop jeune). Tu peux donc arriver dans certains dossiers où tu es incapable d'en faire la preuve. Ou bien ce qui est difficile parfois dans ces dossiers-là pour les plaignants, c'est que la plainte ne soit pas autorisée par le procureur. Et il y a les sentences. Des fois, on voit tout ce qu'il y a comme séquelles, on voit la sentence au bout, on peut être déçus mais on se dit qu'au moins l'agresseur a été reconnu coupable.

**Intervenante :** Personnellement, je ne trouve pas ça plus difficile que d'autres situations de négligence, par exemple. Il y a toujours des situations qui te touchent plus que d'autres. Il faut être capable de mettre des frontières, de ne pas rester avec ça, d'aller en parler à des collègues. Ce qui me touche davantage, ce sont les mères qui sont moins protectrices, qui cherchent à justifier les gestes de l'abuseur. Je trouve ça un petit peu plus difficile émotionnellement. Ce qui est important, c'est d'en prendre conscience et d'être capable de prendre du recul en essayant de comprendre c'est quoi les besoins de cette personne-là.

**Procureure :** Ce sont des situations très émotives. Tout dépendant de l'âge de l'enfant, il y a des situations qui vont toucher plus certaines personnes que d'autres. Ça dépend de chaque personne et de notre vécu. Nous, on est là pour appliquer le droit. Il faut toujours garder ça en tête, c'est ça notre travail, alors il faut le faire correctement, tout simplement.

## *Les modifications de la nouvelle entente entrée en vigueur en 2000 ont-elles amené des changements dans votre pratique ?*

**Intervenante :** Il y a eu une bonne amélioration. C'est beaucoup mieux, parce qu'à mes débuts, le mandat de chacun n'était pas clair. Parfois, on travaillait vraiment chacun de notre côté, c'était plus difficile d'avoir la collaboration des familles parce qu'elles trouvaient ça trop gros comme système. Maintenant, c'est plus facile à comprendre pour les gens et pour les enfants. On se parle beaucoup plus. On n'est plus tout seul dans les situations, on partage nos opinions.



**Madeleine Munger**  
Spécialiste en activités cliniques et à l'accès au  
Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire



**Nathalie Thériault**  
Sergente détective à la Sûreté du Québec



**Nathalie Leroux**  
Procureure aux poursuites criminelles et pénales au  
ministère de la Justice

## Références

GOUVERNEMENT DU CANADA (2007). *Projet de loi C-22 : Loi modifiant le Code criminel (âge de protection) et la Loi sur le casier judiciaire en conséquence*. Consulté en juillet 2009 sur le site WEB de la Bibliothèque du Parlement :

[http://www2.parl.gc.ca/Sites/LOP/LegislativeSummaries/Bills\\_1s.asp?lang=F&ls=c22&source=library\\_prb&Parl=39&Ses=1](http://www2.parl.gc.ca/Sites/LOP/LegislativeSummaries/Bills_1s.asp?lang=F&ls=c22&source=library_prb&Parl=39&Ses=1)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2008). *Bilan interministériel de l'implantation de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Consulté en juin 2009 sur le site WEB du ministère de la Santé et des Services sociaux :

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/f07964fe5d1a2391852573cd004b0ac2?OpenDocument>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2001). *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.



**Marie-Esther  
Paradis**

Étudiante au doctorat en psychologie

Avec la collaboration de Sébastien Patoine, coordonnateur professionnel et responsable du groupe AAS (adolescents agresseurs sexuels) au Centre jeunesse Chaudière-Appalaches

## DES MINEURS QUI DEVIENNENT AGRESSEURS

Les caractéristiques et le traitement des adolescents agresseurs sexuels (AAS)<sup>1</sup>

### Saviez-vous que...

... au Québec, en 2007, 23 % des agressions sexuelles ont été commises par des jeunes âgés de moins de 18 ans (Ministère de la Sécurité publique, 2008) ?

### Qui sont ces mineurs qui commettent des agressions sexuelles ?

Les jeunes adolescents agresseurs sexuels (AAS) présentent des caractéristiques variées et hétérogènes ; il est donc difficile d'en tracer un portrait type clairement défini. Malgré cela, la littérature met en exergue certaines particularités qui semblent être plus étroitement associées à ce groupe de jeunes. On sait, par exemple, qu'il s'agit surtout de garçons et que ceux-ci ont souvent été victimes d'agression sexuelle, d'abus physique ou de négligence. Certains ont grandi dans des familles instables ou désorganisées à l'intérieur desquelles ils ont été exposés à du matériel pornographique ou à des modèles sexuels inadéquats. Ces jeunes présentent généralement des lacunes importantes au plan des habiletés sociales ainsi qu'une difficulté à vivre de l'intimité avec des pairs du même âge. S'ajoutent également des difficultés d'apprentissage, des problèmes de comportement ou de santé mentale, de même qu'une gestion inadéquate de la colère et de l'impulsivité. En outre, on remarque un surinvestissement de la sphère sexuelle ainsi qu'une propension à nier ou à minimiser différents aspects en lien avec les agressions commises (ex. les faits, la responsabilité, les conséquences, le besoin de

traitement). La méconnaissance de la sexualité fait en sorte que plusieurs de ces jeunes développent des croyances ou des conceptions erronées sur le sujet (Rich, 2003 ; Tardif, Laplante & Patoine, 2007).

En général, les victimes des jeunes agresseurs sexuels sont des enfants ou des adolescents, plus rarement des adultes. L'écart d'âge séparant la victime de son agresseur aurait, semble-t-il, un impact sur les gestes abusifs posés par les AAS. Lorsque ces derniers s'en prennent à des plus jeunes, ils ont davantage recours aux promesses ou aux cadeaux, à la manipulation et aux menaces, mais adoptent moins souvent des comportements violents. Dans environ 80 % des cas, ils connaissent la victime qui est une sœur, un voisin ou une cousine. En plus d'avoir une faible estime personnelle, ces jeunes présentent souvent des déficits importants au plan des compétences sociales (Tardif, Laplante & Patoine, 2007).

Quant aux adolescents qui agressent des jeunes du même âge ou des adultes, ils utilisent davantage la force physique et infligent plus souvent des blessures à leurs victimes. Il n'est pas rare que leurs comportements sexuels problématiques s'accompagnent d'autres délits de nature non sexuelle (Rich, 2003 ; Tardif, Laplante & Patoine, 2007).

<sup>1</sup>Chez les jeunes de moins de treize ans, on parle généralement de « jeunes ayant des comportements sexuels problématiques » plutôt que de « jeunes agresseurs sexuels » (Durand, 2006). Le présent texte s'attarde essentiellement aux adolescents qui commettent des agressions sexuelles.

**Le traitement**

Au Québec, en 2007, 23 % des agressions sexuelles ont été commises par des jeunes âgés de moins de 18 ans (Ministère de la Sécurité publique, 2008). Selon Rich (2003), entre 30 % et 60 % des adultes agresseurs sexuels rapportent avoir eu des comportements sexuels déviants ou avoir commis leurs premières offenses sexuelles à l'adolescence. Il importe donc d'intervenir de façon précoce auprès des jeunes AAS afin d'éviter qu'ils ne s'enlisent dans une carrière de délinquance sexuelle et ne fassent d'autres victimes (Dallaire, 2009).

Ceux et celles qui interviennent auprès des jeunes agresseurs sexuels doivent être en mesure de distinguer les comportements sexuels appropriés de ceux qui sont inadéquats. À l'adolescence, par exemple, le recours à du matériel pornographique lors d'activités de masturbation n'est pas quelque chose d'inquiétant. Cependant, une évaluation professionnelle peut être de mise dans les cas d'utilisation fréquente de matériel sexuel à thèmes violents ou sadiques (O'Callaghan & Print, 1994). Lors du traitement, l'intervenant doit garder en tête qu'il exerce un double rôle, soit celui d'aider le jeune, de le protéger et de le responsabiliser et celui de protéger la société en exerçant une certaine surveillance (Beaudry, 2006).

La majorité des traitements offerts aux jeunes adolescents agresseurs sexuels font appel à une approche dite « éclectique », c'est-à-dire à une approche dont les fondements se basent sur plusieurs théories distinctes, principalement cognitive-comportementale et multisystémique. Peu importe le traitement suivi, le jeune est d'abord évalué individuellement, généralement dans le cadre d'un rapport prédécisionnel en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Cette évaluation du risque de violence sexuelle s'appuie sur un certain nombre d'indicateurs (voir tableau 1). Par la suite, le jeune est redirigé vers un suivi individuel, de groupe ou familial (Rich, 2003).

**Tableau 1 – L'évaluation du risque de violence sexuelle**

<b>L'évaluation doit s'attarder à différents aspects du fonctionnement du jeune</b>
Sexualité, historique des expériences sexuelles, personnalité, relations avec la famille et les proches, modèles de socialisation, adaptation scolaire et professionnelle.
<b>L'évaluation doit prendre en compte plusieurs méthodes de cueillette d'informations</b>
Entrevues, observations comportementales, rapports disponibles, tests psychométriques, examens médicaux.
<b>L'évaluation doit se tourner vers différentes sources</b>
Agresseur, victime(s), famille de l'agresseur, milieu scolaire, employeurs, professionnels de la santé et des services sociaux.
<b>L'évaluation doit s'appuyer sur des indicateurs statiques et dynamiques du risque</b>
Capacités intellectuelles, antécédents familiaux, nature des abus, adaptation sociale, expérience de validation personnelle, structure d'encadrement (des outils statistiques, dont certains ont été traduits et / ou validés en français, peuvent venir qualifier le portrait du jeune : test J-SOAP II [Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II], ERASOR [Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism] ou J-SORRAT-II [Juvenile Sexual Offense Recedivism Risk Assessment Tools-II]).
<b>L'évaluation doit s'appuyer sur des informations justes et complètes</b>
Portrait complet des conduites déviantes, fréquence et intensité, fiabilité des sources, analyse des informations contradictoires.
<b>L'évaluation doit être répétée à intervalles réguliers</b>
Le statut de chacune des variables de risque peut évoluer dans le temps, particulièrement chez les adolescents.

(Tableau adapté de Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997)

*Les modalités d'intervention*

La thérapie de groupe constitue la modalité privilégiée en matière de traitement de jeunes agresseurs sexuels. Elle permet non seulement d'entrer en contact avec des pairs qui vivent des problèmes similaires, mais également d'apprendre à écouter les autres, à explorer ses difficultés en groupe, à parler de ses gestes, de ses sentiments et de ses idées en se sentant moins jugé (Dallaire, 2009 ; Kahn, 1993 ; Lafortune, Tourigny, Proulx & Metz, 2007). Selon Laversee (2007), le jeune acceptera mieux les conseils venant de pairs du même âge que ceux provenant d'une personne en position d'autorité.

La coanimation homme-femme favorise un changement dans la perception souvent négative ou stéréotypée que les jeunes ont des relations hommes-femmes. Selon les différentes modalités des programmes, les groupes peuvent compter de 4 à 10 jeunes qui bénéficient de 12 à 40 rencontres de 1 à 2 heures par semaine. Certains groupes acceptent de nouveaux participants tout au long des séances (groupes ouverts), d'autres seulement si des membres se désistent (groupes semi-ouverts) et certains demeurent fermés à de nouvelles admissions (groupes fermés). Les groupes ouverts et semi-ouverts permettent aux jeunes nouvellement admis d'être soutenus ou parrainés par des plus anciens. Par contre, les intervenants doivent prendre en compte le fait que l'ordre des thèmes abordés sera différent pour ces nouveaux arrivants (Lafortune et al., 2007). Dès le départ, l'intervenant doit établir un cadre clair et des règles de fonctionnement connues de tous. Une emphase est mise sur la confidentialité des propos tenus lors des rencontres et sur le respect des autres jeunes du groupe.

Un suivi individuel peut être combiné à une thérapie de groupe. Ce type de suivi permet de prendre en considération le problème plus spécifique du jeune et de mettre plus d'attention sur ses besoins particuliers, notamment sur ses motivations psychosexuelles (i.e. ce qui «allume» sexuellement le jeune). Cette modalité d'intervention est privilégiée lorsqu'un jeune a un déficit intellectuel, lorsqu'il exerce un leadership négatif (ex. inciter les autres jeunes du groupe à consommer ou banaliser l'agression) ou qu'il adopte des attitudes qui perturbent le groupe (ex. se moquer des autres, se montrer agressif ou homophobe) (Dallaire, 2009 ; Lafortune et al., 2007 ; Rich, 2003 ; Soucy & Mireault, 2001). Le suivi individuel est également utile dans les cas où l'agresseur a lui-même été victime d'abus et qu'il existe une confusion entre l'agression subie et l'agression commise. Il sera alors pertinent d'aider le jeune à bien distinguer les deux incidents. Enfin, le traitement individuel est davantage préconisé chez



les filles qui commettent des agressions sexuelles, car souvent, elles ne sont pas suffisamment nombreuses pour justifier un groupe à elles seules. Aussi, on considère qu'un climat de séduction et d'excitation pourrait s'installer si elles prenaient part au groupe de garçons (Lafortune et al., 2007).

La thérapie par le jeu est parfois bénéfique pour amener un jeune à parler de ses sentiments et de ses pensées. Ce qu'il ne peut pas exprimer en mots, à cause d'un manque de compétences verbales ou d'un manque d'introspection, il peut l'exprimer de façon indirecte par le jeu (Rich, 2003).

Peu importe la modalité retenue, il est nécessaire de faire preuve de flexibilité et d'adapter la thérapie au jeune, à son problème, à ses besoins et à ses caractéristiques. Le défi, c'est d'être le moins « académique » possible en ayant recours, par exemple, à des vidéos, à des jeux de rôle et à d'autre matériel.

*Les objectifs du traitement*

Sans être complète, voici une liste d'objectifs visés par le traitement des jeunes agresseurs sexuels et d'activités qui peuvent être mises en place.

<b>Responsabiliser le jeune</b>
<p>En début de traitement, le jeune niera souvent, au moins en partie, son délit. L'intervenant doit l'aider à comprendre qu'il est le seul responsable des gestes qu'il a posés, que ce n'est ni la faute des autres, ni celle des circonstances.</p>
<p><b>Exemples d'activités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le jeune dresse une liste des raisons pour lesquelles il nie ses délits (ex. « Les autres vont m'éviter, ils vont penser que je suis anormal. »). Puis, l'intervenant fournit une liste de bonnes raisons de dire la vérité (ex. « Je pourrai recevoir de l'aide. », « Je serai libéré d'un lourd secret. »). Les raisons données par l'intervenant peuvent avoir été trouvées par d'autres jeunes agresseurs sexuels. Le jeune fait ensuite sa propre liste de bonnes raisons de dire la vérité et l'intervenant l'amène à comparer les deux listes.</li> <li>- Quand le jeune a compris qu'il est préférable de ne pas nier, l'intervenant peut lui faire rédiger une liste des victimes, incluant leur nom, leur âge, les gestes posés sans leur consentement, la façon dont le jeune s'y est pris pour les approcher (ex. promesses) et leurs réactions (ex. les mots prononcés).</li> </ul>

<b>Aider le jeune à comprendre son cycle délictuel</b>
<p>Selon le modèle de Kahn (1993), le cycle de l'agression sexuelle comporte quatre étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les préoccupations (la motivation, le discours interne) ;</li> <li>2) La préparation (les barrières externes, les résistances de la victime) ;</li> <li>3) L'agression sexuelle (les gestes commis, le contexte) ;</li> <li>4) Les sentiments après l'agression (la satisfaction, les remords, les conséquences réelles ou appréhendées)... et le cycle recommence.</li> </ol> <p>À chaque étape du cycle de l'agression, des erreurs de pensée ont pu faire en sorte que le jeune passe à une autre étape. Une erreur de pensée, c'est « une pensée ou une phrase qui minimise, rationalise, justifie, excuse ou nie l'importance réelle du problème, du sentiment ou du comportement » (Kahn, 1993, p.32). En voici des exemples : « Je ne l'ai pas blessée. », « C'est ce qu'elle souhaitait. », « Je ne l'ai pas tout à fait pénétrée. ». Le jeune doit apprendre à changer les pensées et sentiments menant à son comportement abusif s'il veut changer ce comportement. Pour cela, il doit parvenir à identifier ses erreurs de pensée à chaque étape du cycle.</p>

<b>Exemples d'activités utiles pour travailler chaque composante du cycle de l'agression</b>
<p><u>Étape 1 - Les préoccupations</u> Le jeune dresse une liste des événements (ex. rejet par les pairs), des comportements (ex. se droguer) et des sentiments (ex. tristesse, solitude) présents dans sa vie avant l'agression. Il fait ensuite une liste des erreurs de pensée présentes à cette étape (ex. « Je vais seulement la toucher un peu. »).</p> <p><u>Étape 2 - La préparation</u> Le jeune dresse une liste des pensées et fantasmes qui ont précédé le passage à l'acte. Il peut y décrire, par exemple, comment il a choisi sa victime, comment il l'a approchée. Il fait ensuite une liste des erreurs de pensée présentes lors de sa préparation (ex. « Mon père le fait, donc ça doit être correct que je le fasse. », « Eve me trouve intéressant, elle veut sûrement des contacts sexuels avec moi. »).</p> <p><u>Étape 3 - L'agression sexuelle</u> Le jeune décrit ses agressions (i.e. qui, quand, où). Il identifie les erreurs de pensée qu'il a eues pendant l'acte ou après (ex. « Elle l'oubliera bien vite. »).</p> <p><u>Étape 4 - Les sentiments après l'agression</u> Le jeune précise les moyens qu'ils a utilisés pour camoufler son geste, ses sentiments, ce qu'il s'est dit après l'agression (ex. « Personne ne va découvrir ce que j'ai fait. », « J'ai déjà plusieurs problèmes, un de plus ou de moins. »).</p>

### Faire prendre conscience au jeune des conséquences de son comportement sur la victime et travailler son empathie

De façon générale, ces jeunes ne souhaitent pas faire de mal. Ils sont centrés sur leurs besoins et ne sont pas nécessairement conscients du tort causé aux autres (Rich, 2003 ; Tardif, Laplante & Patoine, 2007), d'où l'importance de travailler leur empathie.

#### Exemples d'activités

- L'intervenant parle des mythes et réalités concernant l'agression sexuelle et ses conséquences sur les victimes. Un exemple de MYTHE : « un acte sexuel est une agression seulement si la personne se débat durant l'acte ». La RÉALITÉ : « un acte sexuel est une agression chaque fois qu'une personne a des contacts sexuels sans le consentement du partenaire. Plusieurs victimes ne vont pas combattre parce qu'elles ont peur d'être blessées » (Kahn, 1993).
- L'intervenant fournit une liste des sentiments généralement ressentis par les victimes d'agression sexuelle (ex. honte, peur, culpabilité).
- Le jeune assiste à un témoignage d'une victime d'agression sexuelle en personne, sous forme de vidéo ou de texte.
- Le jeune élabore une liste des conséquences de ses actes sur sa victime.
- Le jeune rédige un « texte d'empathie » où il décrit comment sa victime doit se sentir présentement, comment l'agression sexuelle peut avoir changé la vie de la victime, etc.
- Le jeune compose une lettre où il se met dans la peau de la victime, il parle alors au « je » comme s'il était la victime et qu'il s'envoyait la lettre à lui-même (ex. Marc est un agresseur sexuel et commence sa lettre en disant : « Marc, depuis que tu m'as abusé, la vie est infernale. J'ai peur et je me sens mal dans ma peau ») (Rich, 2003).

### Accompagner le jeune dans la clarification et la réparation de ses actes auprès de la victime

#### Exemples d'activités

- Le jeune écrit une lettre d'excuses à la victime dans laquelle il reconnaît qu'il est responsable de l'agression, s'excuse, explique pourquoi il l'a choisie comme victime, etc. Il se peut éventuellement que la lettre soit envoyée à la victime, à condition que celle-ci y consente et qu'elle démontre de l'intérêt. Cette démarche nécessite que le jeune soit capable de poser un regard critique sur les erreurs de pensée qui subsistent et qu'il fasse preuve de sincérité dans la réparation de ses actes.
- Lorsque l'agression implique un membre de la famille, il peut y avoir une rencontre directe entre la victime et l'agresseur. Cela permet au jeune agresseur d'adresser ses excuses directement, d'exprimer ses remords et de faire preuve d'empathie. Une telle rencontre peut aider la victime à voir qu'elle n'est pas responsable de ce qui lui est arrivé et répondre à ses préoccupations (Rich, 2003). Mais là encore, cette étape demande une préparation préalable pour ne pas reproduire la dynamique agresseur-victime.



**Travailler sur le passé du jeune en tant que victime (s’il y a lieu)**

Parfois, il est nécessaire d’explorer le vécu des jeunes agresseurs qui ont déjà été victimes d’agression sexuelle avant de pouvoir travailler sur leur présent d’agresseur. Il faut rappeler au jeune que le fait d’avoir été victime de tels gestes ne justifie pas ses comportements abusifs (Tardif et al., 2007).

**Exemples d’activités**

- Le jeune décrit les agressions vécues, ses sentiments, l’impact des agressions dans sa vie, ce que ses agressions l’ont poussé à faire (ex. prendre de l’alcool et de la drogue).
- L’intervenant peut diriger le jeune vers une ressource spécialisée dans le traitement pour jeunes victimes d’agression sexuelle, surtout lorsqu’il existe une confusion entre l’agression subie et l’agression commise (ex. « Pourquoi je suis puni et pas mon agresseur ? J’ai subi bien pire que ce que j’ai fait. Ce n’était que de l’exploration normale. »).

**Enseigner au jeune des notions plus justes sur la sexualité**

**Exemples d’activités**

- Discussions, lectures et présentations de vidéos sur des thèmes qui touchent les jeunes (ex. la première relation sexuelle, la masturbation, le corps de l’homme et de la femme, les différences psychologiques entre les garçons et les filles, la pornographie).

**Aider le jeune à identifier et à contrôler ses fantasmes sexuelles déviantes, ses impulsions et son excitation**

Lorsque le jeune se masturbe en pensant à une fantasme sexuelle déviant, la tentation de la reproduire est forte car celle-ci lui a procuré du plaisir. Il devient alors plus à risque de rechuter.

**Exemples de techniques utilisées pour contrôler les fantasmes et les impulsions déviantes**

- Inciter le jeune à s’arrêter pour écrire sur un papier chacune de ses impulsions. Cette technique lui donne du temps pour se contrôler et l’aide à interrompre l’impulsion.
- Lui faire associer ses fantasmes d’agression à une image mentale dégoûtante ou qui fait peur (ex. s’imaginer en train de se faire prendre dans une situation humiliante, se remémorer son arrestation, ressentir la honte de ses parents).

**Soutenir le jeune dans le développement d’habiletés sociales**

Le manque de compétences sociales est une caractéristique des jeunes agresseurs. Comme ils éprouvent de la difficulté à entrer en relation avec des jeunes de leur âge, certains vont se tourner vers des plus jeunes.

**Exemples d’activités**

- La thérapie de groupe est particulièrement utile pour travailler les habiletés sociales des jeunes. Ils peuvent apprendre à se présenter, à présenter les autres, à débiter une conversation, à poser une question, à dire « merci », à complimenter, à écouter et à aider les autres.
- L’intervenant peut proposer des discussions ou des lectures sur l’amitié, les rencontres, les relations amoureuses, l’orientation sexuelle, etc.

### Prévenir la récurrence

#### Exemples d'activités

Le jeune développe par lui-même un plan de prévention de la récurrence qu'il fait signer par son intervenant, ses parents, etc.

Dans ce plan :

- Il identifie les situations potentiellement « fragilisantes » (ex. la consommation, les conflits familiaux, le sentiment d'isolement).
- Il cible des moyens de prévention pour être mieux dans sa peau (ex. participer à des activités avec des jeunes de mon âge, développer des moyens pour gérer mon stress et mon anxiété).
- Il dresse une liste des situations à risque qu'il doit absolument éviter (ex. être en position d'autorité avec des enfants, donc « Je ne garderai plus d'enfants et ne deviendrai pas moniteur de terrain de jeu. »).
- Il bâtit une liste de personnes et de ressources vers lesquelles il peut se tourner en cas de besoin.
- Il nomme les conséquences d'une récurrence.

(Objectifs et activités tirés de Gagnon, 2009 ; Kahn, 1993 ; Lafortune et al., 2007 ; Rich, 2003)

D'autres thèmes peuvent être abordés dans le cadre de l'intervention : les questions légales (ex. ce qu'est un consentement, âge du consentement légal au Canada), les émotions ressenties (ex. colère, anxiété), les stéréotypes à l'égard des filles, l'estime de soi et l'affirmation (Beaudry, 2006).

Il est difficile de parler de réussite du traitement, puisque les études sur les adolescents agresseurs

devenus adultes sont peu nombreuses. Sur dix ans, certains avancent que le taux de récurrence sexuelle au Québec se situerait aux alentours de 7 % à 10 %, contre 20 % chez les jeunes sans traitement. Les auteurs estiment que, de façon générale, le taux de récurrence à la suite d'un traitement se situe entre 0 % et 37 % (Lagueux & Tourigny 1999).

### Quelques conseils pour les intervenants

- Intéressez-vous au jeune afin de développer une relation thérapeutique.
- Mettez sur les qualités du jeune, sur ses forces, même si les gestes qu'il a posés sont inacceptables (Miner et al., 2006).
- Évitez de dire au jeune ce que vous savez sur sa situation. Le jeune pourrait avoir tendance à vous laisser parler et à moins s'impliquer dans le traitement.
- Confrontez le jeune si vous voyez qu'il ment.
- Encouragez le jeune afin que celui-ci devienne à l'aise de vous parler de ses comportements sexuels déviants. Il ne faut pas perdre de vue la honte, la gêne et l'embarras qu'il peut ressentir.
- Prévoyez à l'avance des conséquences au cas où le jeune refuserait de collaborer.
- Privilégiez les questions fermées (ex. « As-tu déjà fait ça ? », « Quand tu as fait ça, as-tu... ? »).
- N'hésitez pas à rechercher du soutien auprès de vos collègues.

(Rich, 2003)

## Références

- BEAUDRY, J. (2006). *Suivi probatoire des adolescents agresseurs dans la région de Lanaudière*. Joliette, Québec : Les Centres jeunesse de Lanaudière.
- BOER, D., HART, S., KROPP, P., & WEBSTER, C. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20*. Burnaby, Colombie-Britannique : The British Columbia Institute Against Family Violence.
- DALLAIRE, A. (2009). *Les enfants sexuellement agressifs*. PowerPoint présenté en avril 2009 dans le cadre d'une formation offerte aux intervenants du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, Québec, Québec.
- DURAND, C. (2006). *La perception du phénomène de l'enfant agresseur sexuel chez les intervenant(e)s en protection au Centre jeunesse de Québec*. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec, Québec.
- GAGNON, F. (2009). *Le programme PACIS (Pour les Adolescents qui ont Commis des Infractions Sexuelles)*. Consulté en juin 2009 sur le site WEB de PACIS : <http://www.programmepacis.com/bibliomaitre.html>.
- KAHN, J.T. (1993). *Sentiers, un cahier de travaux pratiques pour les jeunes en traitement*. Repentigny, Québec : Parents-Unis Repentigny.
- LAFORTUNE, D., TOURIGNY, M., PROULX, J., & METZ, K. (2007). Les interventions pour adolescents agresseurs sexuels implantées au Québec. *Revue canadienne de psychoéducation*, 36 (1), 25-56.
- LAGUEUX, F., & TOURIGNY, M. (1999). *État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- LAVERSEE, T. (2007). Using typologies to individualize the assessment, treatment, and supervision of sexually abusive youth. Dans Calder, M.C., *Working with Children and Young People who Sexually Abuse* (pp. 38-53). Dorset, Royaume-Uni : Russell House Publishing.
- MINER, M., BORDUIN, C., PRESCOTT, D., BOVENSMANN, H., SCHEPKER, R., DU BOIS, R., SCHLADALE, J., REINHARD, E., SCHMECK, K., LANGFEDT, T., SMIT, A., & PFÄFFLIN, F. (2006). Standards of care for juvenile sexual offenders of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders. *Sexual offender treatment*, 1 (3), 1-6.
- MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2008). *Statistiques 2007 sur les agressions sexuelles au Québec*. Québec, Québec : Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité.
- O'CALLAGHAN, D., & PRINT, B. (1994). Adolescent sexual abuser – Research, assessment and treatment. Dans Morisson, T., Erooga, M., & Beckett, R.C., *Sexual Offending Against Children – Assessment and Treatment of Male Abusers* (pp.146-177). New York, New York : Routledge.
- RICH, P. (2003). *Understanding, Assessing, and Rehabilitating Juvenile Sexual Offenders*. Hoboken, New Jersey : Wiley.
- SOUCY, F., & MIREAULT, G. (2001). *Évaluation du programme « Groupe à l'intention des agresseurs mineurs »*. Québec, Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- TARDIF, M., LAPLANTE, L., & PATOINE, S. (2007). *Agresseurs sexuels à l'adolescence : entre l'exploration et la déviance*. Conférence présentée le 29 novembre 2007 dans le cadre des conférences grand public du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, Québec, Québec.



**Marie-Christine  
Dérôme**

Étudiante à la maîtrise en service social

Avec la collaboration de Anne Dallaire, M.A. en sexologie et Directrice du microprogramme en étude sur les abus sexuels de l'Université Laval

# TEMPÊTE DANS LA FAMILLE

Les familles des adolescents qui commettent des agressions sexuelles (AAS)

## Saviez-vous que...

... les interventions qui ciblent non seulement le jeune AAS, mais également le milieu familial dans lequel celui-ci évolue (ex. thérapie multisystémique ou multifamiliale) semblent avoir le potentiel de diminuer les risques de récurrence, d'améliorer l'ajustement personnel des membres de la famille et d'accélérer les progrès du traitement (Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2009 ; Nahum & Brewer, 2004) ?

Les chercheurs qui s'intéressent aux familles des adolescents agresseurs sexuels (AAS) souhaitent non seulement identifier les éléments du milieu familial qui contribuent à l'apparition ou au maintien des gestes abusifs, mais également repérer les forces de ces familles afin d'en tirer profit dans le cadre d'une intervention. Par exemple, le fait de comprendre les modes de fonctionnement, les formes de communication, les rôles de chacun des membres, les règles, les frontières, les alliances et les coalitions permet de cerner les dynamiques de ces familles, d'identifier les enjeux en présence et d'ajuster l'aide qui leur est offerte.

## Les familles des adolescents agresseurs sexuels (AAS)

### *Leurs caractéristiques*

Les jeunes AAS sont issus de milieux familiaux variés (De Becker, 2006) et les connaissances sur l'influence de ces milieux dans l'étiologie des comportements sexuels déviants demeurent encore limitées (Association des centres jeunesse du Québec [ACJQ], 2000). Certaines caractéristiques familiales semblent toutefois plus étroitement associées à cette problématique. En effet, les recensions sur le sujet (par ex. Jacob, 2001; Knight & Sims-Knight, 2004 ; Righthand & Welch, 2004 ; Tardif, Hébert & Béliveau, 2005) mettent en évidence le caractère difficile, dysfonctionnel, voire même pathologique de plusieurs de ces familles : problèmes

d'attachement, histoire de victimisation physique ou sexuelle, négligence, troubles de santé physique et mentale des parents, consommation, violence, criminalité et difficultés d'encadrement. Il faut toutefois se garder de faire un lien direct entre ces caractéristiques et le développement subséquent de gestes sexuels abusifs. En effet, la majorité des facteurs de risque relevés dans la littérature sont également communs à plusieurs autres problématiques, et on ne connaît que très peu leur importance relative de même que les interactions complexes qui existent entre eux (Starzyk & Marshall, 2003).

### *Leurs réactions au dévoilement de l'abus*

Lorsque des parents apprennent que leur enfant a commis une agression sexuelle, c'est tout l'équilibre familial qui est perturbé. Leurs réactions et leur capacité à soutenir le jeune AAS ont indéniablement des répercussions sur la manière dont la situation est vécue.

La gravité et le caractère invraisemblable de cette nouvelle provoque généralement une période de crise et de confusion au cours de laquelle les parents passent par toute une gamme d'émotions : colère, tristesse, peur, bouleversement, culpabilité, honte. Les réactions peuvent toutefois varier selon les individus et les contextes. Certains ne laissent rien transparaître, d'autres minimisent ou nient les comportements abusifs, d'autres encore punissent ou rejettent leur enfant (De Becker, 2006). Selon certaines observations cliniques, l'âge et le sexe de la victime pourraient avoir une influence sur la réaction des parents au dévoilement de l'abus. En présence d'une jeune victime enfant (peu importe le sexe), les parents se montreraient plus sensibles, plus tristes, plus empathiques et plus conscients du besoin d'aide de leur jeune agresseur. En contrepartie, dans le cas d'une victime de sexe féminin plus âgée, ils auraient davantage tendance à minimiser la gravité de l'agression et à jeter le blâme sur la victime, par exemple, en critiquant son habillement ou en l'accusant de comportements séducteurs. À la limite, les gestes de l'agresseur pourraient être justifiés, excusés, voire même considérés comme une preuve de virilité de leur jeune (ACJQ, 2000).

Dans les situations d'abus sexuels de nature intrafamiliale, les parents se retrouvent dans une position délicate où ils doivent à la fois protéger et soutenir la victime et l'agresseur qui sont tous deux leurs enfants. Déchirés entre l'un et l'autre, plusieurs se sentent pris dans un conflit de loyauté (ACJQ, 2000).

### **L'intervention familiale**

De manière générale, les données issues de la recherche et de la pratique psychosociale indiquent qu'il est avantageux d'impliquer les parents dans le processus d'intervention auprès des jeunes AAS (Centre jeunesse de la Montérégie, 2009 ; Nahum & Brewer, 2004). À ce titre, les interventions qui ciblent non seulement le jeune AAS, mais également le milieu familial dans lequel celui-ci évolue (ex. thérapie multisystémique ou multifamiliale) semblent avoir le potentiel de diminuer les risques de récurrence, d'améliorer l'ajustement personnel des membres de la famille et d'accélérer les progrès du traitement (Borduin, Schaeffer & Heiblum, 2009 ; Nahum & Brewer, 2004).

Dans certains cas, la collaboration des parents peut être difficile à obtenir : l'abus est nié, la victime est blâmée, les parents éprouvent de la difficulté à reconnaître la responsabilité de l'agresseur, ne confrontent pas celui-ci ou rejettent l'aide qui leur est offerte. Toutefois, certains indices peuvent laisser croire à une meilleure implication de la part des parents, par exemple, lorsque la victime n'est pas blâmée, que les parents se reconnaissent une forme de responsabilité, et qu'ils possèdent les ressources personnelles afin de protéger et de soutenir la victime ou l'agresseur (Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec, 2004).

Avant de débiter l'intervention, il importe de s'assurer que les membres de la famille sont prêts à s'investir. Tous doivent être en mesure de se parler, de s'écouter, et ce, dans un climat d'honnêteté et de respect (De Becker, 2006). Les rencontres familiales (en présence du jeune AAS) et les groupes de soutien pour les parents peuvent varier en termes de fréquence et de durée. Voici ce que préconise le Centre jeunesse de la Montérégie [CJM] (2008) à l'intérieur de son programme d'intervention en délinquance. Si le jeune n'a pas quitté son milieu familial, les rencontres familiales (environ 90 minutes) ont lieu une fois à toutes les deux semaines. Autrement, lorsque le jeune est placé à l'extérieur de son milieu naturel, ces rencontres se tiennent aux trois semaines et la fréquence s'intensifie lors du processus de réintégration familiale. En ce qui a trait au groupe de soutien pour les parents, il débute généralement au même moment où le jeune entreprend une intervention de groupe avec d'autres AAS. Les cinq rencontres de soutien parental prévues au programme sont d'une durée de deux heures chacune, et ont lieu une fois à toutes les deux semaines (CJM, 2008).

En plus de renseigner les parents sur le cheminement qu'ils auront à faire, l'intervenant doit leur expliquer clairement les visées de l'intervention afin qu'ils puissent soutenir adéquatement leur enfant. Voici quelques-uns des objectifs poursuivis auprès des parents :

- Assurer une surveillance accrue du jeune agresseur et responsabiliser la famille quant à la prévention de la récidive chez leur enfant.
- Informer les parents des modalités légales et cliniques entourant le comportement de leur enfant (ex. procédures judiciaires, suivi psychosocial par un intervenant à l'application des mesures).
- Les aider à prendre conscience des éléments de la dynamique familiale qui peuvent être à l'origine des comportements du jeune.
- Clarifier les enjeux et les conséquences du délit (ex. application de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents, accusations criminelles, centre de réadaptation, thérapie).
- Mobiliser les membres de la famille vers une modification de la dynamique familiale en identifiant d'autres façons de faire (ex. rôles familiaux, règles, frontières).
- Les amener à développer leurs connaissances et leurs habiletés (ex. développement psychosexuel des enfants, communication, renforcement de l'enfant, développement de l'estime personnelle).
- Soutenir et informer les parents dans leur rôle parental (ex. fonction d'autorité).
- Miser sur leurs forces.

(De Becker, 2006 ; Jacob, 2001 ; McKibben, 2004 ; Durocher, Young & Duquet, 2001)

Le rôle éducatif de l'intervenant auprès des parents consiste essentiellement à les informer, à les guider, à leur enseigner de nouvelles habiletés et à les soutenir dans leur démarche. De manière plus précise, il est important que les parents comprennent la problématique de l'abus sexuel et qu'ils y soient sensibilisés (ACJQ, 2000). Généralement, les infractions sexuelles font l'objet de discussions avec la famille (ex. attouchements, incitation ou invitation à des contacts sexuels, actions indécentes, exhibitionnisme, proxénétisme, agression sexuelle, harcèlement sexuel) (Durocher, Young & Duquet, 2001). L'intervenant accompagne aussi les parents dans leur compréhension des mécanismes qui ont pu déclencher les comportements sexuels inadéquats (ex. pensées, sentiments, actions). Par la suite, ils sont davantage en mesure d'aider leur enfant à comprendre la nature et l'origine de ses désirs sexuels, à prendre conscience des conséquences de ses gestes (tant pour lui-même que pour l'entourage) et à réorienter ses comportements sexualisés vers des conduites acceptables.

Diverses habiletés peuvent être travaillées avec la famille, notamment, la communication, l'ouverture, les limites personnelles, la valorisation du jeune, de même que l'importance des modèles que représentent

les parents pour leur enfant. Le tableau suivant présente, de manière non-exhaustive, divers éléments qui peuvent être abordés lors d'une intervention avec les familles des AAS.



**Tableau 1 – Quelques éléments à travailler avec les familles des AAS**

ÉLÉMENTS À DISCUTER OU À ÉVALUER	OBJECTIFS POURSUIVIS
<p><b>L'état d'esprit de la famille</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentement, ouverture à la collaboration</li> <li>• Capacité d'écoute, respect, honnêteté</li> <li>• Reconnaissance des faits</li> <li>• Conscience du danger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer l'ouverture et la capacité à collaborer chez les parents.</li> </ul>
<p><b>L'intervention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cheminement qu'ils auront à faire</li> <li>• Utilité de l'intervention</li> <li>• Ressources disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer les parents de la nature et du déroulement de l'intervention.</li> </ul>
<p><b>La capacité des parents à protéger, à encadrer et à soutenir leur enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conscience du danger</li> <li>• Chances de réussite du traitement</li> <li>• Protection des autres enfants dans les cas d'abus de nature intrafamiliale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protéger l'enfant.</li> <li>• Diminuer les risques de récurrence.</li> </ul>
<p><b>La compréhension de la problématique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Origine des comportements</li> <li>• Conséquences</li> <li>• Types d'infractions sexuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les parents à comprendre les comportements de leur enfant.</li> </ul>
<p><b>Les habiletés parentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances sur le développement psychosexuel des enfants</li> <li>• Habiletés de communication dans la famille</li> <li>• Limites personnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer de nouvelles habiletés : comprendre les modes de communication, les rôles de chaque membre de la famille, les alliances, etc.</li> <li>• Comprendre le sens de l'agression sexuelle ainsi que les liens avec le vécu familial.</li> </ul>
<p><b>Le soutien des parents</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation à la situation</li> <li>• Sentiments ressentis envers le jeune agresseur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les parents à soutenir leur enfant.</li> <li>• Aider les parents à faire face à la situation.</li> </ul>

(Tableau inspiré de ACJQ, 2000 ; De Becker, 2006 ; Durocher, Young & Duquet, 2001)

De Becker (2006) émet des réserves en lien avec le recours à une approche systémique dans certaines situations. Selon lui, lorsque les événements sont trop récents, les membres de la famille ne sont pas prêts à s'investir dans une démarche familiale qui risquerait de renforcer les mécanismes de défense et de raviver les traumatismes. Aussi, l'approche familiale n'est peut-être pas souhaitable avec des jeunes AAS dont les capacités d'empathie sont à ce point lacunaires que le vécu de l'autre est nié. Enfin, l'auteur suggère de s'abstenir de réunir les membres de la famille si la victime ressent une trop grande angoisse par rapport à cette démarche ou qu'elle n'y consent pas.

Dans les cas où les parents présentent de sérieuses difficultés à s'adapter à la situation de crise, il est nécessaire de les orienter vers des ressources spécialisées (ACJQ, 2000) telles que le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) de la région ou la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC). Ils peuvent aussi être référés au CSSS de leur quartier afin de recevoir des services d'aide psychologique.

En conclusion, l'état limité des connaissances actuelles sur les familles des jeunes AAS laissent place à de nombreuses avenues de recherche afin de mieux cerner les variables familiales associées à cette problématique, d'identifier plus spécifiquement les besoins de ces familles et de préciser les traitements qui leur sont destinés. Parmi les thématiques d'intérêt actuelles, mentionnons : la transmission intergénérationnelle des abus sexuels, les différences sur le plan des caractéristiques familiales selon que le type d'abus commis par l'adolescent est intrafamilial ou extrafamilial, le soutien du milieu familial suite au dévoilement de l'abus, les forces de ces familles, leur structure et les meilleures pratiques auprès de celles-ci. Au Québec, les travaux en cours de Monique Tardif<sup>1</sup> et de ses collaborateurs permettront très certainement de jeter un éclairage important sur certaines de ces dimensions.



<sup>1</sup>Monique Tardif, Ph.D., est professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

## Références

- ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC [ACJQ] (2000). *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*. Montréal, Québec : ACJQ.
- BORDUIN, C. M., SCHAEFFER, C. M., & HEIBLUM, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders : Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (1), 26-37.
- CENTRE JEUNESSE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE DU QUÉBEC (2004). *Intervention auprès des familles. Programme de traitement pour adolescents ayant commis un crime sexuel*. Cap-de-la-Madeleine, Québec : Programme PÉTAS.
- CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE (2009). *Devenir responsable dans sa communauté. Programme d'intervention en délinquance – Module jeunes agresseurs sexuels*. Québec, Québec : Direction des services professionnels.
- CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE (2008). *Devenir responsable dans sa communauté. Programme d'intervention en délinquance – Module jeunes agresseurs sexuels – Répertoire des activités et instruments cliniques*. Québec, Québec : Direction des services professionnels.
- DE BECKER, E. (2006). L'approche systémique et la thérapie familiale des mineurs d'âge auteurs d'agression sexuelle intrafamiliale. *Psychothérapies*, 26 (3), 143-153.
- DUROCHER, L., YOUNG, S., & DUQUET, F. (2001). *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*. Montréal, Québec : Les Centres jeunesse de Montréal et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- JACOB, M. (2001). Les préadolescents auteurs d'abus sexuels. Consulté en juillet 2009 sur le site WEB de l'Institut Philippe Pinel de Montréal : [www.psychiatriaviolence.ca/articles.html](http://www.psychiatriaviolence.ca/articles.html)
- KNIGHT, R.A., & SIMS-KNIGHT (2004). Testing an etiological model for male juvenile sexual offending against females. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (3/4), 33-55.
- MCKIBBEN, A. (2004). L'intervention auprès des familles : des enjeux particuliers. *Action Enfance Maltraitée*, 60, 1-3.
- NAHUM, D., & BREWER, M.M. (2004). Multi-family group therapy for sexually abusive youth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (3/4), 215-243.
- RIGHTHAND, S., & WELCH, C. (2004). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (3/4), 15-32.
- STARZYK, K.B., & MARSHALL, W.L. (2003). Childhood family and personological risk factors for sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 8 (1), 93-105.
- TARDIF, M., HÉBERT, M., & BÉLIVEAU, S. (2005). *La transmission intergénérationnelle de la violence chez les familles d'adolescents qui ont commis des agressions sexuelles*. Consulté en juillet 2009 sur le site WEB du Congrès international francophone sur l'agression sexuelle : <http://www.cifas.ca/pages/LivreCifas.html>



# 5!

## CINQ ANS DÉJÀ !

Avec la parution de la présente édition, la revue *Saviez-vous que...* célèbre son cinquième anniversaire. En effet, depuis l'été 2005, des étudiants de 1er et de 2e cycle universitaire se joignent à la Direction scientifique et réalisent de courtes recensions d'écrits qui foisonnent de pistes de réflexion et d'intervention. Il est possible de consulter les versions antérieures de la revue sur le site Internet du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.



## L'INVITATION EST LANCÉE

La revue *Saviez-vous que...* s'appuie sur des préoccupations cliniques dont les intervenants des centres jeunesse nous font part à chaque année. Ce sont vos idées qui constituent le point de départ de notre démarche rédactionnelle. Nous vous invitons donc à communiquer avec nous ou à venir nous rencontrer afin de partager vos commentaires et suggestions.

Direction scientifique du CJQ-IU

418.661.7291 p.1710

<http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca/institut/index.html>



Carole-Anne Mercier / Marie-Christine Dérôme / Lisa-Maria Slim / Marie-Lou Auger / Marie-Esther Paradis



## L'ALLIANCE RECHERCHE-PRATIQUE : UNE FORMULE GAGNANTE

La réponse sociale offerte aux jeunes en besoin de protection passe nécessairement par un solide partenariat entre différents acteurs issus de champs d'expertise variés. Au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, les retombées positives associées aux rapprochements entre l'univers de la recherche et celui de l'intervention témoignent clairement de toute l'importance d'unir nos forces et d'intensifier ce type d'alliance.

# S

# AVIEZ-VOUS QUE...

N° 5 33 PAGES

– Des réponses à vos préoccupations cliniques –

Aussi disponible au [www.centrejeunessedequbec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequbec.qc.ca)

Réalisé au cours de l'été 2009



## L'AGRESSIVITÉ AU FÉMININ

PAGES C 19 à 26



## PARLER SEXUALITÉ, C'EST PAS SORCIER

PAGES D 27-33

## L'AUTOMUTILATION : UN SUJET QUI BLESSE

PAGES B 12 à 18

## Étudiants / Direction scientifique

Marie-Lou Auger Marie-Christine Dérôme Carole-Anne Mercier Marie-Esther Paradis Lisa-Maria Slim



### OUVREZ L'ŒIL !

Surveillez la parution de la dernière revue *Savais-tu que...*, une revue haute en couleur destinée aux jeunes des centres jeunesse à partir de thèmes qu'ils ont eux-mêmes identifiés.



5!



## Cinq ans déjà !

L'édition 2009 de la revue *Saviez-vous que...* marque le cinquième anniversaire d'une alliance recherche-pratique au service des intervenants qui oeuvrent en centre jeunesse. En effet, depuis 2005 déjà, des étudiants de 1er et de 2e cycle universitaire se joignent à la Direction scientifique du CJQ-IU au cours de l'été et produisent des recensions de littérature à partir de préoccupations cliniques soulevées par les intervenants. Ils font le point sur l'état actuel des connaissances scientifiques et veillent à transmettre une information à jour, vulgarisée et concise. Des experts issus des milieux de la recherche et de la pratique psychosociale participent aussi à la démarche de rédaction. Ces zones de collaboration permettent de croiser les savoirs de différents univers et champs d'expertise, ceci afin d'épauler les intervenants dans leur pratique quotidienne. Cette année, une édition spéciale porte sur le thème des agressions sexuelles. Nous espérons que cet outil saura répondre à vos attentes et demeurons ouverts à vos commentaires ou suggestions.

Bonne lecture !  
*Émilie Dionne*



### SOMMAIRE

Sous haute tension  
**A4**

L'automutilation : un  
 sujet qui blesse  
**B12**

L'agressivité au féminin  
**C19**

Parler sexualité, c'est  
 pas sorcier  
**D27**

### CONTACTS

Centre jeunesse de Québec -  
 Institut universitaire  
 2915, avenue du Bourg-Royal  
 Québec (Québec)  
 G1C 3S2

Téléphone :  
 (418) 661-6951

Télécopieur :  
 (418) 661-5079

[www.centrejeunessedequebec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca)

#### Responsables du projet :

Émilie Dionne  
 Annie Vaillancourt



Design graphique et  
 mise en page :  
[www.etiennedionne.com](http://www.etiennedionne.com)

Impression :  
 Impressions de Beauce inc.



Avec la collaboration de Geneviève Racicot, M.Sc.ps.éd., Clinique d'intervention auprès des jeunes ayant des troubles anxieux (CITA), Hôpital Rivière-des-Prairies

# SOUS HAUTE TENSION

Les troubles anxieux chez les jeunes

## Saviez-vous que...

... le risque de développer un trouble anxieux augmente avec l'âge chez les filles, alors qu'il demeure stable chez les garçons (Hale, Raaijmakers, Muris, Van Hoof & Meeus, 2008) ?

La peur et l'anxiété sont des réactions normales qui nous indiquent une menace ou un danger potentiel dans notre environnement immédiat. L'anxiété se manifeste par une sensation de malaise, de détresse, de peur intense et par une impression de grand danger (Simard, 2009). Cette émotion devient pathologique lorsqu'elle entraîne une détresse significative du jeune et que son fonctionnement quotidien est perturbé. L'anxiété pathologique affecte les trois composantes suivantes : les comportements (ex. opposition, colère, pleurs, recherche de protection), les pensées (ex. se faire des scénarios catastrophiques, craindre le pire, dramatiser les conséquences) et les sensations physiques (ex. maux de ventre, étourdissements, tremblements). Au Québec, une étude réalisée auprès de 2400 jeunes âgés de 6 à 14 ans révèle qu'entre 6 % et 18 % d'entre eux souffriraient d'au moins un trouble anxieux (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume & Gaudet, 1999).

Le risque de développer un trouble anxieux augmente avec l'âge chez les filles, alors qu'il demeure stable chez les garçons (Hale, Raaijmakers, Muris, Van Hoof & Meeus, 2008). Selon le DSM-IV, sept troubles anxieux peuvent être répertoriés : la

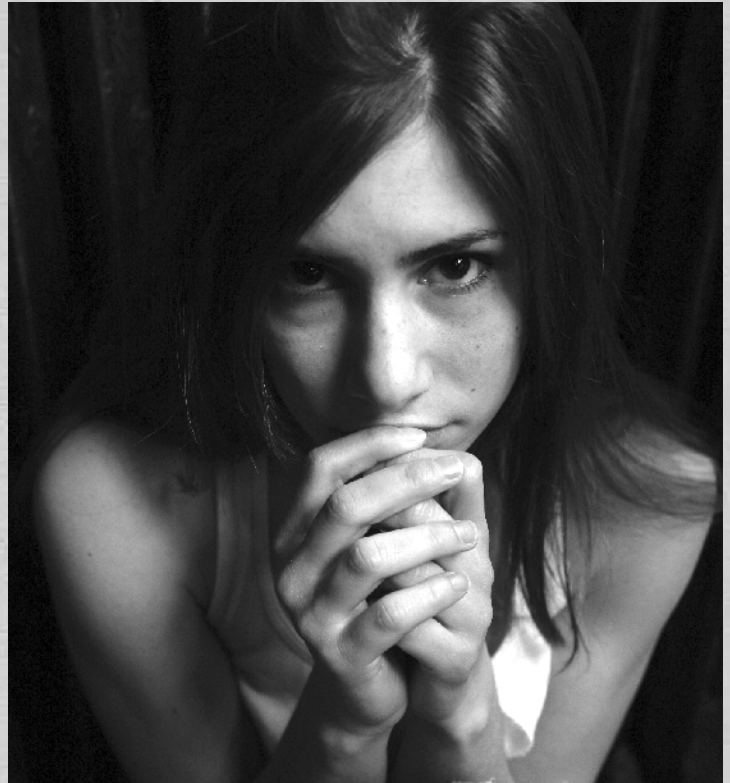
phobie sociale, la phobie spécifique, l'anxiété de séparation, le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée, l'état de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel-compulsif (American Psychiatric Association [APA], 1996).

## La phobie sociale

La phobie sociale se caractérise par une peur intense des situations sociales ou de performance au cours desquelles une personne est exposée à l'observation attentive d'autrui (APA, 1996). Cette pathologie touche entre 3 % et 4 % des adolescents et se déclare habituellement vers l'âge de 15 ans (Alfano, Beidel & Turner, 2006 ; Anderson & Hope, 2009). Chez les jeunes, la phobie sociale se manifeste, par exemple, par la peur des performances musicales ou sportives à l'école, ou la peur de parler en public (Cellard, 2007). Ces jeunes participent moins aux activités parascolaires, ont peu d'amis et rencontrent plus de difficultés à l'école (Herbert et al., 2009). C'est d'ailleurs souvent à l'école que cette problématique est détectée, parce que les difficultés y sont plus perceptibles (Masia-Warner, Fisher, ShROUT, Rathor & Klein, 2007).

La phobie sociale peut être généralisée à plus d'une situation sociale ou de performance ou être spécifique à une situation précise telle que les exposés oraux en classe (Herbert et al., 2009). Les jeunes plus timides et inhibés, qui ont une faible estime d'eux-mêmes, qui présentent des affects dépressifs ou qui ont des antécédents de maladie, seraient plus à risque de développer cette pathologie. Être issu d'une famille dysfonctionnelle et avoir des parents aux prises avec une psychopathologie augmenterait aussi les risques de développer une phobie sociale (Hayward et al., 2008).

Les jeunes souffrant de phobie sociale sont plus sensibles à leurs symptômes physiques d'anxiété, ce qui les exacerbe et leur fait craindre qu'ils soient visibles pour les autres, donc que ce soit embarrassant ou humiliant (Anderson & Hope, 2009). Cette pathologie, comme la majorité des troubles anxieux, doit être traitée rapidement puisqu'elle peut être chronique et persister à l'âge adulte (Masia-Warner et al., 2007).



### La phobie spécifique

La phobie spécifique se définit comme une peur démesurée déclenchée par un stimulus précis comme les hauteurs, les araignées, le sang, etc. La crainte ressentie se différencie d'une peur normale par son caractère excessif et disproportionné (Essau, Conradt & Petermann, 2000). Elle entraîne une détresse significative et nuit au fonctionnement quotidien du jeune. Cette peur peut se manifester par des pleurs, de la mauvaise humeur ou de la rigidité (APA, 1996). Le trouble commence tôt dans la vie de l'enfant, en moyenne entre 7 et 10 ans.

#### Il existe cinq types de phobies spécifiques :

- La phobie animale, qui se caractérise par une peur des animaux ou des insectes. Elle est plus fréquente chez les jeunes enfants.
- La phobie de type environnement naturel, qui se caractérise par une peur des objets ou des situations naturelles comme les éclairs, la noirceur ou l'eau.
- La phobie de type sang-injection-accident, qui correspond à une peur de voir du sang, de recevoir une injection ou de saigner.
- La phobie situationnelle, qui se traduit par une peur des situations spécifiques comme être dans un tunnel, dans une file d'attente, dans les transports en commun.
- Les autres types de phobies, soit toutes les autres phobies ne faisant pas partie des catégories mentionnées.

Les filles rapportent davantage de phobies que les garçons. Cette réalité peut s'expliquer par les représentations sociales voulant que les garçons soient braves et forts et donc qu'ils taisent leurs peurs (Essau, Conradt & Petermann, 2000).

Tout comme pour le traitement d'autres troubles anxieux, il est recommandé de consulter un professionnel capable de procéder à une exposition in vivo graduée, c'est-à-dire à une exposition graduelle de l'enfant à l'objet phobique afin de faire diminuer ses réactions (Ollendick & March, 2004).

### **L'anxiété de séparation**

L'anxiété de séparation se traduit par une crainte excessive d'être séparé de sa figure d'attachement, généralement le parent, de peur qu'il lui arrive malheur (Lewinsohn et al., 2008). Le jeune peut également redouter de se retrouver dans une situation qui pourrait résulter en une séparation d'avec la figure d'attachement (ex. se faire enlever ou se perdre). Ce trouble anxieux est le plus fréquent chez les jeunes enfants de 4 à 7 ans et près de la moitié des jeunes suivis pour un problème de santé mentale souffrent de ce problème (Pincus, Eyberg & Choate, 2005). L'anxiété de séparation non traitée mène, dans 33 % à 40 % des cas, au développement d'au moins un autre trouble mental à l'âge adulte. Selon Pincus, Eyberg et Choate (2005), s'ils ne sont pas traités, ces jeunes risquent de vivre plus de difficultés émotionnelles au cours de leur vie.

L'anxiété de séparation se manifeste entre autres par l'évitement des situations de séparation (ex. dormir ailleurs, aller à l'école), des pleurs,

de l'opposition et des plaintes somatiques et de douleurs physiques. Ces douleurs peuvent amener les parents à exacerber le trouble, bien malgré eux, par l'importance et l'attention qu'ils accordent aux symptômes physiques. Ils peuvent surprotéger leur enfant, le rassurer un peu trop ou adopter des pratiques parentales aversives, ce qui contribue au maintien du trouble (Pincus, Eyberg & Choate, 2005).

Chez les très jeunes, le traitement de l'anxiété de séparation passe surtout par l'apprentissage de techniques avec les parents : mieux reconnaître les demandes de l'enfant, donner de meilleures directives, récompenser les bons comportements (i.e. comportements courageux) et ignorer les mauvais (i.e. plaintes, argumentation) afin de ne pas favoriser l'évitement des situations de séparation (Pincus, Eyberg & Choate, 2005). Aider les parents à développer des habiletés pour gérer leur propre anxiété peut également s'avérer bénéfique.

### **Le trouble panique**

Le trouble panique se caractérise par la répétition d'attaques de panique, soit une période bien délimitée de grande angoisse, accompagnée de symptômes physiques et cognitifs comme une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, une difficulté à respirer, des étourdissements, la peur de mourir, l'impression de perdre le contrôle, etc. Une attaque de panique dure de 20 à 30 minutes maximum (APA, 1996). Sur le plan cognitif, la personne interprète généralement de façon catastrophique les sensations physiques liées aux attaques de panique et craint qu'elles ne réapparaissent.

Le trouble panique peut être accompagné ou non d'agoraphobie, laquelle se définit comme un évitement

des endroits dans lesquels il pourrait être embarrassant ou difficile de s'échapper ou de demander de l'aide en cas d'attaque de panique (APA, 1996). Le trouble panique sans agoraphobie est plutôt rare (Perugi, Frare & Toni, 2007). La prévalence de ce trouble chez les jeunes, avec ou sans agoraphobie, se situe autour de 6 % (Micco, Choate-Summers, Ehrenreich, Pincus & Mattis, 2007).



Les attaques de panique accompagnent souvent d'autres troubles anxieux, particulièrement les phobies sociales, spécifiques, l'anxiété généralisée, ainsi que plusieurs autres problèmes de santé mentale (Goodwin et al., 2004). Il est à noter que si la personne n'appréhende pas la survenue d'autres attaques de panique, elle ne souffre pas nécessairement d'un trouble panique.

Après avoir vécu une première attaque de panique, certains jeunes développent rapidement la peur d'une ré-occurrence, deviennent hypervigilants à leurs symptômes physiques, particulièrement cardiaques et intestinaux, et en viennent à généraliser leurs symptômes anxieux à toutes les situations pouvant provoquer les mêmes symptômes, comme le sport et le stress avant un examen (Tull, Rodman & Roemer, 2008). Ils considèrent alors ces situations comme étant menaçantes et le trouble devient plus intense.

Les jeunes qui ont leur première attaque avant l'âge de 21 ans ont un plus grand risque de troubles concomitants de santé mentale (Goodwin & Gotlib, 2004). Comme ils sont très à l'écoute de leurs symptômes physiques, ils sont de grands utilisateurs du système de santé et croient souvent être victimes de problèmes cardiaques<sup>1</sup> (Perugi, Frare & Toni, 2007).

## Le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se traduit par des inquiétudes et des préoccupations constantes et difficiles à contrôler concernant plusieurs sphères de la vie du jeune (Martin & Gosselin, 2007). Les jeunes aux prises avec un TAG sont souvent perçus comme de petits adultes, à cause de leurs préoccupations constantes qui s'apparentent à celles des adultes. Ils ont peur de perdre leurs parents, d'une catastrophe, d'aller à l'école, de mourir, etc. Les principaux thèmes d'inquiétudes observés ont trait à la performance, aux relations interpersonnelles, à la santé, à la famille et aux catastrophes naturelles. L'anxiété généralisée se manifeste aussi

par des symptômes physiques chez les plus jeunes, comme de l'agitation, de la mauvaise humeur, des difficultés à dormir et des maux de ventre (Layne, Bernat, Victor & Bernstein, 2008).

Ce trouble est fréquent chez les jeunes. De 18 % à 25 % rapportent des inquiétudes excessives et incontrôlables face à un certain nombre d'activités ou de situations (Martin & Gosselin, 2007). Le TAG touche davantage les filles et survient souvent à la suite d'événements négatifs inattendus comme un décès ou une séparation dans la famille proche et des problèmes de santé. Les conflits répétés avec les parents, la négligence, le manque d'attention, la violence familiale ou l'anxiété des parents peuvent

être des facteurs de risque. Les jeunes avec un TAG ont souvent une attitude négative face aux problèmes (i.e. se sentent menacés par le problème, ont l'impression qu'il est anormal ou injuste d'avoir des problèmes), ce qui nuit à leurs habiletés de résolution de problèmes (Gosselin & Laberge, 2003). Ils sont aussi plus susceptibles de décrocher de l'école. Cette problématique mène, dans la très grande majorité des cas, au développement d'autres troubles anxieux ou troubles de l'humeur (Layne et al., 2008).

<sup>1</sup> Les symptômes d'une attaque de panique diffèrent de ceux d'une crise cardiaque.

## L'état de stress post-traumatique (ESPT)

L'état de stress post-traumatique (ESPT) résulte de la survenue d'un événement traumatique que le jeune a vécu ou auquel il a assisté, par exemple, être victime ou témoin de violence conjugale, avoir fait un accident de voiture ou avoir subi une agression sexuelle. Chez les enfants, le traumatisme peut se manifester sous la forme de cauchemars ou se transposer dans les jeux auxquels il s'adonne par la reproduction de l'événement (Margolin & Vickerman, 2007). La difficulté à contrôler les impulsions et les comportements agressifs font aussi partie des premiers symptômes de l'ESPT (Marsee, 2008). À la suite d'un traumatisme similaire, les jeunes filles vont manifester plus de symptômes de stress post-traumatique que les garçons et vivre ces symptômes plus intensément (Saul, Grant & Carter, 2008). Il n'est pas rare que ces jeunes développent des problèmes de comportement extériorisés ou intériorisés. On observe également un émoussement de la réactivité générale ainsi qu'une difficulté à réguler les émotions.

Les expériences de violence peuvent être à l'origine d'un état de stress post-traumatique. Selon Margolin et Vickerman (2007), entre 13 % et 50 % des jeunes exposés à la violence conjugale vont développer un ESPT, comparativement à environ 13 % des jeunes de la population générale. Chez les plus jeunes, un état de stress post-traumatique causé par la violence familiale peut entraîner d'autres problématiques : trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation et déficit d'attention avec hyperactivité. Les adolescents qui en souffrent ont tendance à s'engager dans des conduites à risque (ex. abus de substances, troubles alimentaires), à manifester de la violence dans leurs relations avec les pairs et à éprouver des difficultés à l'école (ex. suspension) (Margolin & Vickerman, 2007).

### **Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)**

Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par la présence d'obsessions (i.e. pensées intrusives qui sont source d'angoisse) et de compulsions (i.e. stratégies pour les contrôler, par exemple : compter, vérifier, recommencer). Il touche entre 2 % et 3 % des jeunes. Plus le trouble débute tôt et la personne attend longtemps avant de demander de l'aide, plus les symptômes deviennent intenses et persistants, et plus il sera difficile de les traiter (Freeman et al., 2006).

Le perfectionnisme est souvent au cœur du problème pour les personnes aux prises avec le trouble obsessionnel-compulsif.

Ce trait de caractère peut être bénéfique dans certaines situations, puisqu'il permet d'être consciencieux, à l'ordre, précis et amène un bon stress de performance. Mais il peut aussi devenir problématique au point que le besoin de contrôle entrave sérieusement le fonctionnement (Ye, Rice & Storch, 2008).

Entre 75 % et 80 % des jeunes qui ont ce trouble vont développer au moins un autre trouble de santé mentale. Ces jeunes peuvent aussi avoir une faible estime d'eux-mêmes, s'autocritiquer et se dénigrer régulièrement. Leur besoin de tout contrôler autour d'eux les rend susceptibles de vivre des difficultés dans leurs relations interpersonnelles et de souffrir d'isolement (Ye, Rice & Storch, 2008).

## Les pistes d'intervention

Voici quelques pistes d'intervention présentées par Berthiaume (2009) dans le cadre d'une conférence présentée au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire portant sur l'anxiété chez les enfants et les adolescents.

**1) Amener le jeune à identifier ce qui se passe, en le laissant s'exprimer sur ses peurs, en le questionnant pour identifier chacune des trois composantes de l'anxiété (i.e. comportements, pensées et sensations physiques) et en évaluant l'intensité de ses émotions.**

**2) Normaliser ses réactions, spécifier que celles-ci peuvent s'expliquer à l'aide des composantes de l'anxiété pour que le jeune reprenne du contrôle sur ce qu'il vit. Ce dernier doit tout de même apprendre à distinguer le « normal » du « pathologique ».**

**3) L'aider à gérer ses sensations physiques.**

- L'inviter à pratiquer des respirations abdominales.
- L'aider à reconnaître ses réactions physiques d'anxiété.
- Insister sur le fait que ses sensations ne sont pas dangereuses.

**4) L'aider à gérer ses pensées catastrophiques (i.e. restructuration cognitive).**

- Identifier ce qu'il craint réellement.
- Confronter ses pensées avec la réalité en questionnant le jeune plutôt qu'en le rassurant, en lui demandant ce qu'il ferait si le pire arrivait.
- Aider l'enfant à formuler des pensées rassurantes et non des pensées trop positives.

**5) Lui apprendre à gérer ses comportements par l'exposition graduelle à l'objet de sa peur (i.e. technique d'exposition in vivo graduée).**

- En présence de comportements d'évitement, lui expliquer que plus il évite, plus la peur augmente. En confrontant sa peur, elle diminuera tranquillement, puisqu'il comprendra que ce n'est pas dangereux.
- L'encourager, le récompenser et souligner ses efforts.
- Le pousser graduellement à confronter ses peurs, avec douceur, mais aussi avec conviction.

Si l'anxiété du jeune semble toujours plus forte, il faut rechercher le soutien des spécialistes, notamment en thérapie cognitive-comportementale. Il semble que cette approche donne de bons résultats avec l'ensemble des troubles anxieux. Toutefois, certaines techniques plus particulières peuvent être utilisées pour chacun des troubles anxieux. Par exemple, l'entraînement aux habiletés sociales est une composante très importante et souvent incontournable du traitement de la phobie sociale. Aussi, la collaboration des parents s'avère particulièrement utile dans le traitement de l'anxiété de séparation.

## Références

- ALFANO, C.A., BEIDEL, D.C., & TURNER, S.M. (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (2), 189-201.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA] (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- ANDERSON, E.R., & HOPE, D.A. (2009). The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (1), 18-26.
- BERTHIAUME, C. (2009). *L'anxiété chez les enfants et les adolescents : de l'émotion normale à la pathologie*. Conférence présentée le 10 mars 2009 dans le cadre des conférences grand public du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. Québec, Québec.
- BRETON, J.-J., BERGERON, L., VALLA, J.-P., BERTHIAUME, C., & GAUDET, N. (1999). Quebec child mental health survey : Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (3), 375-384.
- CELLARD, C. (2007). Psychopathologie infantile. Dans le cours *Psychopathologie*. Université Laval, Québec, Québec.
- ESSAU, C.A., CONRADT, J., & PETERMANN, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (2), 221-231.
- FREEMAN, J.B., CHOATE-SUMMERS, M.L., MOORE, P.S., GARCIA, A.M., SAPYTA, J.J., LEONARD, H.L., & FRANKLIN, M.E. (2006). Cognitive behavioural treatment for young children with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 161 (3), 337-343.
- GOODWIN, R.D., & GOTLIB, I.H. (2004). Panic attacks and psychopathology among youth. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (3), 216-221.
- GOODWIN, R.D., LIEB, R., HOEFLER, M., PFISTER, H., BITTNER, A., BEESDO, K., & WITTCHEN, H-U. (2004). Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2207-2214.
- GOSSELIN, P., & LABERGE, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psychosociaux. *L'Encéphale*, 29 (4), 351-361.
- HALE, W.W., RAAIJMAKERS, Q., MURIS, P., VAN HOOF, A., & MEEUS, W. (2008). Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms : A 5-year prospective community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (5), 556-564.
- HAYWARD, C., WILSON, K.A., LAGLE, K., KRAEMER, H.C., KILLEN, J.D., & TAYLOR, C.B. (2008). The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety*, 25 (3), 200-206.
- HERBERT, J.D., GAUDIANO, B.A., RHEINGOLD, A.A., MOITRA, E., MYERS, V.H., DALRYMPLE, K.L., & BRANDSMA, L.L. (2009). Cognitive behaviour therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents : A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (2), 167-177.
- LAYNE, A.E., BERNAT, D.H., VICTOR, A.M., & BERNSTEIN, G.A. (2008). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children : Symptom presentation and predictor of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 283-289.
-

- LEWINSOHN, P.M., HOLM-DENOMA, J.M., SMALL, J.W., SEELEY, J.R., JOINER, JR., & THOMAS, E. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47 (5), 548-555.
- MARGOLIN, G., & VICKERMAN, K.A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence : Overview and issues. *Professional Psychology : Research and Practice*, 38 (6), 613-619.
- MARSEE, M.A. (2008). Reactive aggression and posttraumatic stress in adolescents affected by hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (3), 519-529.
- MARTIN, A., & GOSSELIN, P. (2007). Évaluation du trouble d'anxiété généralisée et des inquiétudes excessives chez les enfants et les adolescents : revue critique des instruments rapportés dans la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 17 (2), 69-78.
- MASIA-WARNER, C., FISHER, P.H., SHROUT, P.E., RATHOR, S., & KLEIN, R.G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school : An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (7), 676-686.
- MICCO, J.A., CHOATE-SUMMERS, M.L., EHRENREICH, J.T., PINCUS, D.B., & MATTIS, S.G. (2007). Identifying efficacious treatment components of panic control treatment for adolescents : A preliminary examination. *Child & Family Behavior Therapy*, 29 (4), 1-23.
- OLLENDICK, T.H., & MARCH, J.S. (2004). *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents : A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions*. New York, New York : Oxford University Press.
- PERUGI, G., FRARE, F., & TONI, C. (2007). Diagnosis and treatment of agoraphobia with panic disorder. *CNS Drugs*, 21 (9), 741-764.
- PINCUS, D.B., EYBERG, S.M., & CHOATE, M.L. (2005). Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education & Treatment of Children*, 28 (2), 163-181.
- SAUL, A.L., GRANT, K.E., & CARTER, J.S. (2008). Post-traumatic reaction in adolescents : How well do the DSM-IV PTSD criteria fit the real life experience of trauma exposed youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (6), 915-925.
- SIMARD, H. (2009). **Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent**. Consulté en juin 2009 sur le site web de l'Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires : [http://www.revivre.org/utilisateur/documents/T.%20anxieux/Les%20troubles%20anxieux%20chez%20l'enfant%20et%20l'adolescent%20\(Revivre\).pdf](http://www.revivre.org/utilisateur/documents/T.%20anxieux/Les%20troubles%20anxieux%20chez%20l'enfant%20et%20l'adolescent%20(Revivre).pdf).
- TULL, M.T., RODMAN, S.A., & ROEMER, L. (2008). An examination of the fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotions regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (4), 750-760.
- YE, H.J., RICE, K.G., & STORCH, E.A. (2008). Perfectionism and peer relations among children with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 39 (4), 415-426.
-



Avec la collaboration de Benoît Gauthier, md frcp(c), pédopsychiatre, Centre de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

## L'AUTOMUTILATION : UN SUJET QUI BLESSE

Les blessures auto-infligées chez les jeunes

### Saviez-vous que...

... selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2009), environ 13 % des adolescents s'automutilent ?

Les comportements autodestructeurs désignent un ensemble de comportements par lesquels un individu cause volontairement des blessures à son corps ou met sa santé en péril (Nock, Joiner, Gordon, Llyod-Richardson & Prinstein, 2006). Ces comportements se divisent en trois catégories : (1) avec intention suicidaire, (2) sans intention suicidaire (automutilation) et (3) conduites à risque (ex. fumer, relations sexuelles non protégées, sports extrêmes) (Jacobson, Muehlenkamp, Miller & Turner, 2008 ; Michel, Le Heuzey, Purper-Ouakil & Mouren-Siméoni, 2001).

### L'automutilation

L'automutilation est un comportement qui consiste à infliger directement et volontairement des blessures à son propre corps, mais avec un faible désir de se donner la mort (Anderson, Carter, McIntosh, Joyce & Bulik, 2002 ; Jacobson et al., 2008 ; Nock et al., 2006). Elle fait donc partie des comportements autodestructeurs sans intention suicidaire. Se couper, se brûler, se frapper et se mordre en sont des exemples. Encore aujourd'hui, l'automutilation demeure un problème relativement banalisé et peu diagnostiqué par les professionnels de la santé

(Williams & Bydalek, 2007). Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2009), environ 13 % des adolescents s'automutilent.

Les comportements d'automutilation débutent généralement à l'adolescence (Llyod-Richardson, 2008). Ils sont présents chez 30 % à 60 % des adolescents hospitalisés pour des problèmes psychologiques. Les jeunes filles sont plus à risque de manifester ce type de comportements et s'automutilent plus fréquemment que les garçons (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Il est important de préciser que les jeunes qui manifestent des comportements autodestructeurs sans intention suicidaire sont tout de même un groupe à risque de suicide. À ce sujet, on estime que près de 70 % des jeunes qui s'automutilent ont au moins une tentative de suicide à leur actif et que 55 % en ont deux (Nock et al., 2006). Pour certains jeunes, la répétition de tels comportements fait en sorte qu'ils deviennent plus déterminés et se blessent plus sérieusement d'une fois à l'autre. La douleur ressentie s'atténue et, au moment de passer à l'acte, elle peut complètement disparaître et amener le jeune à s'infliger des blessures plus sévères (Nock

et al., 2006 ; Zoroglu et al., 2003). Selon Jacobson et ses collaborateurs (2008), les jeunes qui s'engagent à la fois dans des comportements d'automutilation et qui font des tentatives de suicide sont plus dépressifs que ceux qui ne font que l'un ou l'autre.

Il existe deux types de comportements d'automutilation : (1) les comportements compulsifs, habituels et répétitifs, comme s'arracher les cheveux ou se piquer la peau ; (2) les comportements impulsifs, souvent épisodiques, comme se couper ou se brûler (Anderson et al., 2002). Il n'est pas rare d'observer ces deux types de comportements chez une même personne, particulièrement chez les gens aux prises avec un trouble alimentaire (Favaro & Santonastaso, 2002 ; Ross, Heath & Toste, 2009).



## Pourquoi les jeunes s'automutilent-ils ?

### *Régulation émotionnelle*

Dans la littérature, l'automutilation est le plus souvent décrite comme un moyen de gérer les émotions négatives (Carll, 2004 ; Jacobson et al., 2008 ; Llyod-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007 ; Plante, 2006). Les jeunes qui ont des comportements d'automutilation éprouvent généralement des difficultés à exprimer leurs émotions et considèrent les relations sociales d'une façon négative. Puisqu'ils ont de la difficulté à entrer en relation et à faire confiance aux autres, ils gardent leur souffrance pour eux et en deviennent prisonniers, développant ainsi de mauvaises stratégies de régulation émotionnelle (Ross, Heath & Toste, 2009).

Selon Laye-Gindhu et Schonert-Reichl (2005), les sentiments désagréables comme la culpabilité ou la honte sont particulièrement présents avant que les jeunes s'infligent des blessures, mais diminuent pendant et après l'automutilation. Cette diminution des sentiments négatifs peut faire en sorte qu'une association entre « mieux-être » et « automutilation » se crée dans la tête des jeunes, expliquant en partie leur propension à reproduire ces gestes.

### *Appel à l'aide conscient ou inconscient*

Le désir d'attirer l'attention sur sa souffrance et de faire réagir l'entourage pour obtenir de l'aide s'inscrit également dans les motifs sous-jacents à l'automutilation (Llyod-Richardson, 2008 ; Llyod-Richardson et al., 2007). Comme les jeunes qui s'automutilent éprouvent de la difficulté à communiquer leur détresse, l'automutilation devient alors le signal d'alarme pour signifier que quelque chose ne va pas. Il se peut aussi que le jeune tente de trouver de l'aide dans le but d'être dirigé vers une ressource spécialisée puisque certains jeunes aux prises avec ce problème rapportent un manque de visibilité et de connaissances des ressources disponibles (Rissanen, Kylma & Laukkanen, 2009).

### *Sentiment de contrôle et d'autonomie*

Période charnière du développement identitaire, l'adolescence se traduit par un besoin croissant d'individuation et d'autonomie (Cloutier, 1996). En ce sens, l'automutilation peut être perçue comme une façon pour les jeunes de se sentir responsables de leur vie et d'exercer un certain contrôle sur celle-ci (Plante, 2006). En effet, le corps demeure un retranchement où les jeunes ont le dernier mot, et ce, peu importe le degré de mobilisation de l'entourage.

*Punition et rejet de certains aspects de soi*

Plusieurs jeunes adoptent des comportements autodestructeurs parce qu'ils ont une mauvaise estime d'eux-mêmes. Certains sont tellement mal dans leur corps qu'ils ressentent le besoin de se blesser pour se nettoyer et se purifier (Plante, 2006). Comme ces derniers rapportent davantage d'insécurité, de solitude et d'insatisfaction par rapport à la grosseur ou à la forme de leur corps, ils peuvent ressentir le besoin de se faire mal pour oublier ces aspects d'eux-mêmes qu'ils détestent (Ross, Heath & Toste, 2009).

Le tableau suivant permet de mieux comprendre certaines des fonctions de l'automutilation ainsi que les cognitions, les émotions et les renforcements qui y sont associés.

**Tableau 1 – Les fonctions de l'automutilation chez les jeunes**

Fonctions de l'automutilation	Exemples d'événements déclencheurs	Cognitions, émotions	Conséquences qui renforcent l'automutilation
<b>Réguler ses émotions</b>	Être victime d'abus sexuel.	<b>Cognitions</b> : « Je me sens sale, j'ai tellement honte ! » / « Je veux pouvoir évacuer cette douleur ! » <b>Émotions</b> : culpabilité, honte, tristesse.	Se sentir « purifié », ne plus ressentir le mal découlant de la situation initiale.
<b>S'infliger une punition</b>	Faire rire de soi en raison de son apparence physique.	<b>Cognitions</b> : « Je suis grosse et laide, je ne suis bonne à rien. Je m'en veux tellement ! » <b>Émotions</b> : dégoût de soi, tristesse, colère retournée vers soi.	Se sentir mieux et soulagé.
<b>Influencer les autres (ex. avoir leur attention, les contrôler)</b>	Se sentir délaissé par son entourage, avoir l'impression que les autres ne se préoccupent pas de ce que l'on ressent.	<b>Cognitions</b> : « J'ai envie de crier ma douleur, je veux que quelqu'un m'entende ! » <b>Émotions</b> : solitude, tristesse.	Se sentir entouré et soutenu. Les pairs sont préoccupés, bouleversés et sympathisent (ex. inquiétudes, préoccupations, rapprochements).
<b>Rechercher des sensations, prendre des risques</b>	Vivre un quotidien ennuyant.	<b>Cognitions</b> : « La vie est ennuyante, je veux ressentir quelque chose de fort, d'excitant ! » <b>Émotions</b> : ennui, déprime.	Se sentir puissant et capable d'accomplir des choses. Les pairs sont surpris et choqués.
<b>Mettre fin à un état de dissociation</b>	Être totalement coupé de ses émotions, ne plus ressentir son corps comme un tout.	<b>Cognitions</b> : « J'en ai assez de me sentir dans cet état, j'ai besoin de ressentir quelque chose, même si c'est de la douleur. » <b>Émotions</b> : sentiment d'engourdissement, de vide.	Se sentir soulagé, ne plus avoir mal, sortir de son état de dissociation.
<b>Prévenir le suicide</b>	Avoir des pensées ou des idées suicidaires.	<b>Cognitions</b> : « Je vais m'automutiler au lieu de mettre en action mes pensées suicidaires. » <b>Émotions</b> : déprime, anxiété, désespoir.	Se sentir détendu et soulagé de ne pas avoir posé de gestes suicidaires.

(Tableau adapté de Klonsky & Muehlenkamp, 2007 ; Nixon & Heath, 2008)

## Quels sont les facteurs de risque reliés à l'automutilation ?

### *Antécédents de maltraitance*

Les antécédents d'abus accentuent le risque de développer des comportements autodestructeurs. En effet, les jeunes qui manifestent des comportements d'automutilation rapportent davantage de situations de négligence, d'abus physiques, émotionnels et sexuels. Plus précisément, les jeunes ayant vécu au moins un type d'abus ou de négligence verraient leurs risques de s'infliger des blessures augmenter de près de trois fois (Zoroglu et al., 2003).

### *Présence d'autres troubles*

Les comportements d'automutilation se présentent rarement seuls. Ils sont souvent associés à des problèmes d'anxiété et de dépression, d'abus de substances, de troubles alimentaires, de troubles de la personnalité, d'un trouble des conduites ou d'un trouble oppositionnel avec provocation (Llyod-Richardson, 2008 ; Nock et al., 2006). Parmi ces problématiques, les troubles des conduites alimentaires semblent particulièrement associés à des blessures auto-infligées. Dans l'étude de Claes et Vandereycken (2007), environ le quart des personnes souffrant d'anorexie et plus de la moitié des personnes aux prises avec un problème de boulimie rapportent une forme quelconque d'automutilation.



### *Facteurs familiaux et individuels*

L'environnement dans lequel évolue le jeune peut jouer un rôle dans le développement de ce type de comportement. Par exemple, un environnement familial dysfonctionnel est lié à une plus grande prévalence de blessures auto-infligées. Vivre en famille monoparentale ou avoir un parent souffrant de maladies mentales ou aux prises avec des difficultés personnelles sont également des facteurs de risque (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Demeurer dans un milieu violent peut également contribuer au développement de ce genre de comportements. Il en va de même pour certains aspects du tempérament du jeune, par exemple, une prédisposition à la dépression, un faible contrôle de son impulsivité et une tendance à la colère ou à l'anxiété (Derouin & Bravender, 2004 ; Williams & Bydalek, 2007).

### Comment reconnaître l'automutilation ?

Les marques laissées sur le corps des enfants et des adolescents sont les signes les plus visibles de l'automutilation. Voici d'autres indices qui doivent inciter à la vigilance :

- Le jeune porte des vêtements longs et amples, même l'été, afin de cacher les marques.
- Il cache des objets comme des couteaux ou des rasoirs dans sa chambre.
- Il a des marques de sang sur ses vêtements.
- Il fréquente des gens qui s'automutilent.

(Carll, 2004)

### Pistes d'intervention

Dès la prise de conscience d'un problème d'automutilation chez un jeune, il est important de ne pas le blâmer et d'adopter une approche ouverte et empathique avec lui (Williams & Bydalek, 2007). Comme les comportements autodestructeurs sont souvent liés à des difficultés d'expression des émotions négatives (Ross, Heath & Toste, 2009), il importe de prendre le temps d'écouter le jeune et de l'encourager à verbaliser ses émotions. À cette étape, la collaboration avec les parents permet de leur apprendre à mieux interagir avec leur enfant et à ne pas paniquer devant ses comportements autodestructeurs (Plante, 2006). Il faut aussi s'assurer que l'environnement du jeune soit sécuritaire et qu'il y ait une bonne surveillance en tout temps.

Différents moyens peuvent favoriser l'apprentissage de stratégies d'adaptation et aider le jeune à se sentir mieux dans sa peau, par exemple, des ateliers pour améliorer l'estime de soi et l'image corporelle, de même qu'un entraînement à l'affirmation de soi et au dépistage des situations à risque (Pascal & Frécon-Valentin, 2006). Une intervention multidisciplinaire peut s'avérer bénéfique pour bien encadrer le jeune et favoriser l'arrêt des blessures auto-infligées (Williams & Bydalek, 2007). Lors du traitement, il est préférable d'utiliser différents types d'interventions, de combiner des thérapies dites « actives » avec d'autres dites « passives ». Une thérapie cognitive-comportementale (thérapie active) pour réduire les mauvais comportements peut ainsi être jumelée à une thérapie basée sur l'apprentissage de moyens pour contrôler le stress et gérer les émotions négatives (thérapie passive) (Schneider, Sheridan & Kuemmel, 2008).

Bien que les comportements d'automutilation puissent être déroutants et préoccupants, les intervenants doivent apprendre à mieux comprendre à quoi servent ces agissements (leurs fonctions) ainsi que ce qui les provoque. Cela permet de mieux cibler l'intervention en enseignant au jeune d'autres stratégies d'adaptation lorsqu'il rencontre des situations difficiles (ex. faire de l'exercice physique, en parler à un confident ou écrire un journal intime) (Plante, 2006 ; Williams & Bydalek, 2007). Il importe également de lui apprendre à communiquer ses besoins et ses émotions, de même qu'à rechercher du soutien lorsqu'il en a besoin (Llyod-Richardson et al., 2007).

## Références

- ANDERSON, C.B., CARTER, F.A., MCINTOSH, V.V., JOYCE, P.R., & BULIK, C.M. (2002). Self-harm and suicide attempt in individuals with bulimia nervosa. *Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention*, 10 (3), 227-243.
- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (2009). *Les jeunes et l'automutilation*. Consulté en juin 2009 sur le site WEB de l'Association canadienne pour la santé mentale : [http://www.cmha.ca/BINS/content\\_page.asp?cid=3-1036&lang=2](http://www.cmha.ca/BINS/content_page.asp?cid=3-1036&lang=2).
- CARLL, E.K. (2004). *Self-Injury : Emerging Trends and Treatment*. Consulté en mai 2009 sur le site WEB de Psychologists Help : <http://www.psychologistshelp.org/help/self-injury.php>.
- CLAES, L., & VANDEREYCKEN, W. (2007). Is there a link between traumatic experiences and self-injurious behaviors in eating-disordered patients ? *Eating disorders : The Journal of Treatment and Prevention*, 15 (4), 305-315.
- CLOUTIER, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence (2<sup>e</sup> éd.)*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- DEROUIN A., & BRAVENDER, T. (2004). Living on the edge : The current phenomenon of self-mutilation in adolescents. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 29 (1), 12-18.
- FAVARO, A., & SANTONASTASO, P. (2002). The spectrum of self-injurious behavior in eating disorders. *Eating Disorders : The Journal of treatment & Prevention*, 10 (3), 215-225.
- KLONSKY, D.E., & MUEHLENKAMP, J.J. (2007). Self-injury : A research review for the practitioner. *Journal of Clinical psychology : In Session*, 63 (11), 1045-1056.
- JACOBSON, C.M., MUEHLENKAMP, J.J., MILLER, A.L., & TURNER, J.B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (2), 363-375.
- LAYE-GINDHU, A., & SCHONERT-REICHL, A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents : Understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34 (5), 447-457.
- LLYOD-RICHARDSON, E. (2008). Adolescent non-suicidal self-injury : Who is doing it and why ? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29 (3), 216-218.
- LLYOD-RICHARDSON, E., PERRINE, N., DIERKER, L., & KELLEY, M.L. (2007). Characteristic and functions on non-suicidal self-injury in a community of sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37 (8), 1183-1192.
- MICHEL, G., LE HEUZÉY, M.F., PURPER-OUAKIL, D., & MOUREN-SIMÉONI, M.C. (2001). Recherche de sensations et conduites à risque chez l'adolescent. *Société Médico-Psychologique*, 159 (10), 708-716.
- NIXON, M.K., & HEATH, N.L. (2008). *Self-Injury in Youth : The Essential Guide to Assessment and Intervention*. Florence, Kentucky : Routledge, Taylor & Francis Group.
- NOCK, M.K., JOINER, T.E., GORDON, K.H., LLYOD-RICHARDSON, E., & PRINSTEIN, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents : Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 44 (1), 65-72.
- PASCAL, A., & FRÉCON-VALENTIN, É. (2006). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats : langage et pratique (4<sup>e</sup> éd.)*. Paris, France : Elsevier Masson.

- PLANTE, L. (2006). Helping adolescents with self-injurious behaviour : Cutting in developmental context. Dans Plante, T.G., *Mental disorders of the new millennium : Behavioral issues* (pp. 189-207). Westport, Connecticut : Praeger Publishers / Greenwood Publishing Group.
- RISSANEN, M.L., KYLMA, J., & LAUKKANEN, E. (2009). Descriptions of help by finnish adolescents who self-mutilate. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22 (1), 7-15.
- ROSS, S., HEATH, N.L., & TOSTE, J.R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79 (1), 83-92.
- SCHNEIDER, B.A., SHERIDAN, K.B., & KUEMMEL, A. (2008). Increasing your competency in evidence-based and innovative treatment approaches to self-injury. *PsycCRITIQUES*, 53 (7).
- WILLIAMS, K.A., & BYDALEK, K.A. (2007). Adolescent self-mutilation : Diagnosis and treatment. *Journal of Psychological Nursing*, 45 (12), 19-25.
- ZOROGLU, S.S., TUZUN, U., SAR, V., TUTKUN, H., SAVAS, H.A., OZTURK, M., ALYANAK, B., & KORA, M.E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57 (1), 119-126.
-



**Lisa-Maria  
Slim**

Étudiante au baccalauréat en psychologie



**Carole-Anne  
Mercier**

Étudiante au baccalauréat en psychologie

Avec la collaboration de<sup>1</sup> France Marcotte, éducatrice au programme individualisé d'intervention intensive auprès des adolescents et animatrice du programme Adolescents – Agressifs – Action (AD-AGR-A) au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

# L'AGRESSIVITÉ AU FÉMININ

Les comportements d'agression chez les filles

## Saviez-vous que...

... les filles considèrent généralement que l'agression indirecte est particulièrement « efficace » et blessante, contrairement aux garçons qui la croient moins néfaste (Card, Stucky, Sawalani, & Little, 2008) ?

## L'agressivité chez les filles

En général, plutôt que de frapper ou de crier, les filles ont davantage recours à une agressivité relationnelle (ou indirecte). Elles ont en effet tendance à adopter des comportements agressifs plus subtils que les garçons tels que diffuser des ragots, raconter les secrets des autres, porter atteinte à la réputation, rabaisser, ridiculiser, isoler ou exclure une personne d'un groupe d'amis (Verlaan & Déry, 2006). Ces comportements visent à blesser psychologiquement une personne en nuisant à ses relations interpersonnelles. Ils permettent aux filles d'exprimer des sentiments tels que la jalousie, la vengeance, le mécontentement ou, encore, de mousser leur réputation afin de paraître « cool » ou d'imiter un leader (Owens, Slee & Shute, 2000). On dit qu'il s'agit d'une agressivité « indirecte » car l'agresseur s'en prend à sa victime par le biais du groupe de pairs plutôt qu'en s'adressant directement à elle (Crick & Grotpeter, 1995 ; Owens, Slee & Shute 2000).

Les manifestations d'agressivité indirecte passent souvent inaperçues aux yeux des adultes et sont par conséquent moins punies (Verlaan & Déry, 2006). Voici quelques exemples plus précis de ces manifestations :

- rabaisser un autre jeune, le ridiculiser ;
- écrire des notes blessantes à son endroit ;
- parler dans son dos ;
- raconter à d'autres ses secrets ;
- colporter des ragots ou des histoires malveillantes à son sujet ;
- tenter de l'exclure du groupe ou d'une activité sociale, l'ignorer ;
- devenir ami avec quelqu'un pour se venger de quelqu'un d'autre.

(Owens, Slee & Shute, 2000 ; Verlaan, Dery, Toupin & Pauzé, 2005)

<sup>1</sup> Nous tenons à remercier Mme Thérèse Besnard, Ph.D., professeure adjointe au département de psychoéducation de l'université de Sherbrooke, pour ses judicieux conseils quant à l'orientation du texte.

Les garçons manifestent eux aussi des conduites agressives indirectes, mais ils sont plus enclins que les filles à exprimer leur agressivité par des gestes directs tels que pousser, frapper ou attaquer verbalement en criant des noms ou en menaçant autrui (Card, Stucky, Sawalani & Little, 2008 ; Verlaan & Déry, 2006). Bien que plus typiquement masculine, l'agressivité directe a connu une hausse chez les filles au cours des dernières années (Archer, 2004). Cette tendance pourrait s'expliquer en partie par l'influence significative des médias (Garbarino, 2006 ; Hopf, Huber & Weib, 2008) qui véhiculent des modèles féminins plus violents et agressifs.

Il semble que selon le sexe de leur victime, les filles n'adoptent pas le même type de conduites agressives. Lorsqu'elles s'en prennent aux garçons, elles manifestent des comportements agressifs plus directs, alors qu'elles ont davantage recours à une agressivité indirecte à l'endroit d'autres filles (Owens, Slee & Shute, 2000).



### **Qui sont les filles impliquées dans les situations d'agression indirecte ?**

En matière d'agression indirecte chez les filles, la frontière entre l'agresseur et la victime n'est pas toujours claire puisque certaines victimes ont, à leur tour, recours à cette forme d'agressivité pour se défendre ; la victime devient alors agresseur (Verlaan & Déry, 2006). Il semble toutefois que certaines caractéristiques permettent de distinguer ces deux sous-groupes.

Certaines études laissent croire que les filles qui manifestent de l'agressivité indirecte présentent de sérieuses difficultés d'adaptation personnelle et sociale et souffrent de troubles intériorisés, dont la somatisation, l'anxiété et les tendances dépressives (Verlaan et al., 2005). Elles auraient cependant une bonne compréhension du fonctionnement d'un réseau social et possèderaient de la facilité à obtenir ce qu'elles veulent et à manipuler les autres. Les victimes seraient, quant à elles, de nature plutôt solitaire, introvertie et marginale (ex. habillement, personnalité).

### **Pourquoi les filles agissent-elles ainsi ?**

Plusieurs hypothèses ont été soulevées afin de mieux comprendre pourquoi les filles ont tendance à privilégier l'agression indirecte. L'une d'entre elles suggère que les filles subissent une forme de pression sociale en regard de leur agressivité (Maccoby, 1998) : on s'attend des filles qu'elles soient douces, gentilles et respectueuses, alors qu'il est plus « normal » pour un garçon d'utiliser ses poings pour s'exprimer. Le milieu familial tend d'ailleurs souvent à dissuader les conduites agressives directes des filles, notamment à travers le processus de socialisation qui est encouragé. Par exemple, on les incite davantage à participer à des jeux relationnels et à développer leurs habiletés langagières, comparativement aux garçons à qui l'on propose plus de jeux d'interactions physiques turbulents (Maccoby, 1998 ; Tapper & Boulton, 2000).

Les relations sociales étroites qu'entretiennent les filles entre elles permettent aussi de jeter un éclairage sur leur propension à avoir recours à l'agressivité indirecte (Maccoby, 1998). En raison de l'importance qu'elles accordent à l'intimité, au soutien mutuel, à l'échange de confidences et à la réputation sociale, les filles considèrent généralement que l'agression indirecte est particulièrement « efficace » et blessante, contrairement aux garçons qui la croient moins néfaste (Card et al., 2008). En outre, les filles savent que si elles manifestent de la violence physique ou verbale, elles risquent d'être rejetées par leurs pairs du même sexe, ce qui les amène à utiliser des moyens plus détournés pour parvenir à leurs fins (Maccoby, 1998 ; Xie & Cairns, 2001).

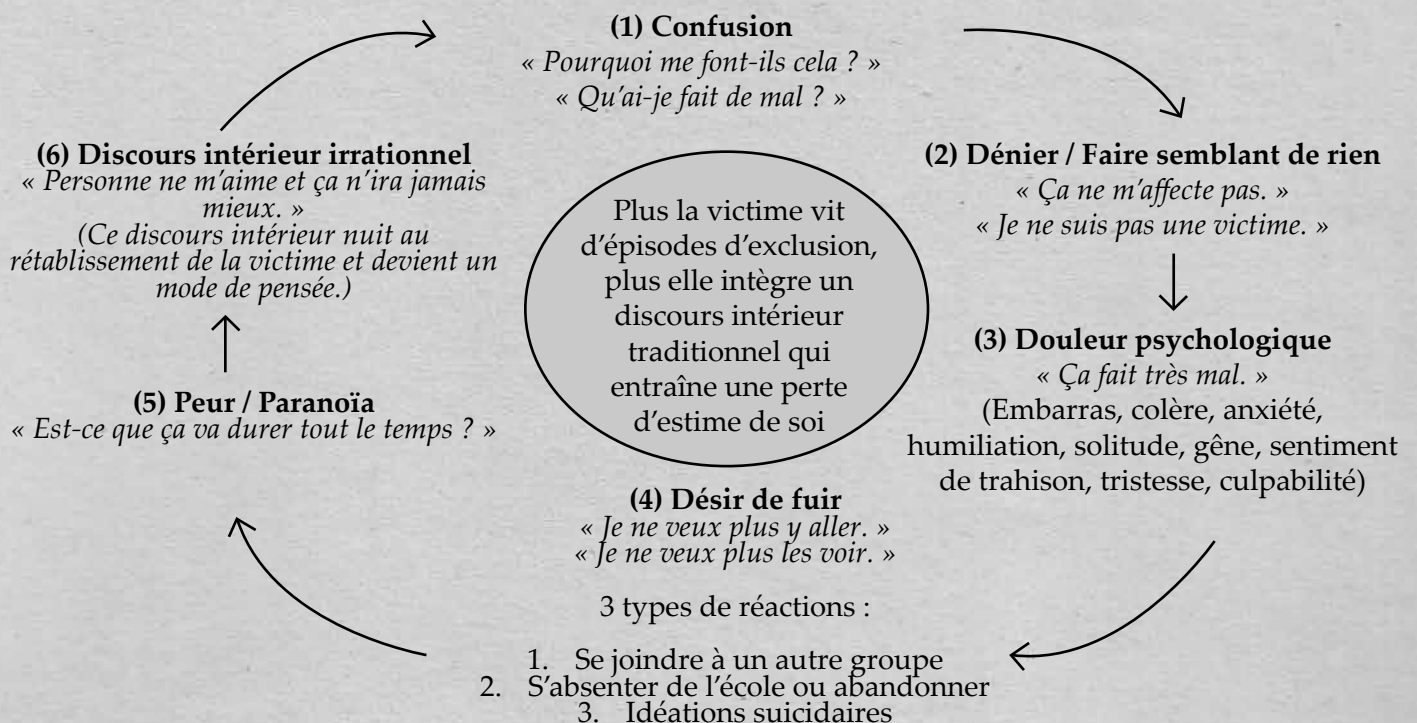
**Les conséquences de l'agressivité indirecte**

L'agressivité indirecte entraîne des séquelles importantes sur le développement et la vie sociale des jeunes qui en sont victimes. La souffrance et l'humiliation vécues perdurent parfois durant de nombreuses années. Compte tenu que les filles ont un réseau d'amis moins étendu que les garçons et que les relations qu'elles entretiennent sont tissées plus serrées, ce sont elles qui souffrent le plus de cette forme d'agressivité (Card et al., 2008). En plus de vivre avec les ragots et les mensonges, les victimes d'agression indirecte doivent composer avec l'isolement, la solitude et le rejet (Underwood,

2003). Les difficultés rapportées s'apparentent à celles vécues par des victimes de harcèlement psychologique : faible estime de soi, niveau élevé d'anxiété, sentiment de tristesse, difficulté à gérer les émotions, somatisation (Crick, Grotpeter & Bigbee, 2002), idéations suicidaires, dépression, comportements à risque (ex. consommation de tabac, d'alcool ou de drogues) (Crick et al., 2001).

Voici le cycle des processus interpersonnels vécus chez les victimes d'agression indirecte élaboré par Owens, Slee et Shute (2000). On y retrouve le discours interne qui se développe chez ces victimes.

**Figure 1 – Cycle des processus interpersonnels vécus chez les victimes d'agression indirecte**



(Figure tirée de Verlaan & Déry, 2006)

Les filles qui manifestent des conduites agressives indirectes (i.e. les agresseurs) s'exposent elles aussi à des conséquences négatives. Elles présenteraient un risque plus élevé de développer des comportements délinquants au cours de leur vie. Sur une plus longue période, elles seraient également victimes d'isolement et du rejet de leurs pairs (Verlaan et al., 2005).

## La prévention

Par le passé, les programmes de prévention ou d'intervention en lien avec l'agressivité chez les jeunes ne ciblaient que les garçons en raison de leurs comportements agressifs plus visibles et manifestes (Verlaan & Déry, 2006). Bien que les chercheurs et les cliniciens reconnaissent de plus en plus les besoins des filles qui présentent des problèmes d'agressivité, très peu de services préventifs relatifs à l'agression indirecte sont offerts (Verlaan, Beaugard, Turmel & Charbonneau, 2006). Néanmoins, un programme de sensibilisation et d'intervention préventive à l'intention des élèves de 10 à 13 ans, de leurs parents et du personnel enseignant et professionnel, a été mis sur pied dans les écoles primaires du Québec. La trousse de sensibilisation à l'agression indirecte *L'agression indirecte... cette violence qu'on ne voit pas* (Verlaan & Turmel, 2007) énonce certains objectifs de l'intervention préventive :

- Prendre conscience de l'existence de ce problème.
- Informer l'environnement des conséquences de ce type d'agression chez ceux qui en sont victimes.
- Énoncer clairement les règles et les politiques du milieu concernant l'agression.
- Viser l'acquisition de compétences par la participation active des jeunes, et plus particulièrement des filles, dans des activités intéressantes et valorisantes liées à leurs champs d'intérêts.
- Cibler le réseau social (et non seulement les individus vulnérables), car l'agressivité indirecte fait appel aux interactions avec l'entourage.
- Dépister les agresseurs et les soumettre à des interventions spécialisées afin de mettre un terme aux conduites agressives indirectes.
- Inclure un volet sur le développement des compétences affectives et sociales (ex. renforcer ou construire les liens d'amitié).
- Recourir à des modalités d'intervention qui font appel aux relations interpersonnelles (ex. les cercles d'amitié qui visent l'expression des émotions et l'affirmation de soi).
- Favoriser les activités qui regroupent les filles.
- Mobiliser l'environnement des jeunes agresseurs ou victimes.

(Verlaan et al., 2006 ; Verlaan & Déry, 2006 ; Verlaan & Turmel, 2007)

---

## Le traitement

L'intervention rééducative et sociale auprès des agresseurs devrait porter sur l'estime de soi, les émotions aversives provoquées par l'agression indirecte (French, Jansen & Pidada, 2002), l'empathie envers les victimes (Zahn-Waxler & Polanichka, 2004), le traitement des états dépressifs et la satisfaction dans les relations avec des personnes significatives. La diminution des cognitions négatives face à soi et aux autres est également une cible de l'intervention. Comme le soulignent Saint-Jacques, McKinnon et Potvin (1999), il est important pour ces jeunes de comprendre les causes et les conséquences de leurs comportements agressifs. Il leur faut apprendre à gérer et à exprimer leurs sentiments (ex. frustration, colère, jalousie) de façon appropriée.

Puisque chez les filles, les relations interpersonnelles occupent une place importante dans le processus de socialisation, les activités qui renforcent les liens d'amitié (ex. l'écoute,

le partage de confidences) dans plusieurs contextes sociaux (ex. maison, école, groupe de pairs) gagnent à être intégrées au processus d'intervention (Hipwell & Loeber, 2006). En brisant l'isolement des adolescentes agressives et en leur permettant d'accéder à un réseau de soutien social, il est ainsi possible d'éviter la répétition d'un cycle de violence (Gagnon, 1997). D'autre part, les résultats de Paquette et ses collaborateurs (2006) démontrent qu'il faut proscrire les bris de relations significatives et les changements de milieu de vie avec cette clientèle. Ces jeunes filles désirent vivre des relations individualisées et de qualité avec leurs intervenants. Elles ont besoin d'être écoutées et d'exprimer leurs sentiments et leurs émotions. L'intervention de groupe devient alors un lieu où elles peuvent apprendre en compagnie de leurs pairs de nouveaux comportements et de nouvelles méthodes de résolution des conflits (Verlaan & Déry, 2006).



*L'intervention auprès des filles physiquement ou verbalement agressives (agressivité directe)*

L'intervention en matière d'agressivité directe chez les filles passe généralement par des programmes d'entraînement aux habiletés sociales qui favorisent le développement de compétences sociales ainsi que l'adaptation scolaire et sociale (Gendron, Royer, Potvin & Bertrand, 2003). Ces programmes visent notamment l'apprentissage d'habiletés sociales de base (ex. écouter, amorcer une conversation, dire merci), d'habiletés sociales avancées (ex. demander de l'aide, se joindre à un groupe, s'excuser), d'habiletés permettant de composer avec ses sentiments (ex. reconnaître ses sentiments, les exprimer, comprendre ceux des autres personnes), d'habiletés permettant d'offrir des solutions de rechange à l'agression (ex. demander une permission, partager, aider les autres), d'habiletés pour gérer son stress (ex. exprimer ce qui ne va pas, composer avec la gêne, réagir correctement à une accusation) et finalement, d'habiletés de planification (ex. prendre une décision, se fixer un objectif, se concentrer sur une tâche). Ces habiletés sociales portent généralement sur un ou plusieurs des thèmes suivants : la compétence sociale, l'autocontrôle, la résolution de problèmes, la gestion du stress, la réduction des agressions, l'intimidation et le taxage. Les objectifs poursuivis dans le traitement de l'agressivité directe chez les filles sont nombreux. En voici quelques-uns :

- enseigner aux filles les différentes formes d'agression ;
- examiner l'impact de la violence sur leur vie, autant à la maison qu'à l'extérieur ;
- apprendre aux filles des stratégies d'adaptation non-agressives pour qu'elles parviennent à surmonter des situations interpersonnelles stressantes ;
- les aider à développer une image positive d'elles-mêmes.

(Hoffman, Cummings & Leschied, 2004)

Les interventions qui s'appuient sur des activités de loisirs structurées (ex. présence d'horaire, de supervision et de règles) semblent avantageuses auprès des filles qui sont physiquement ou

verbalement agressives (Reese, Vera, Simon & Ikeda, 2000). Ce type d'intervention favoriserait le développement de saines habiletés relationnelles, l'expression des émotions et la gestion de la colère (McGhee, Groff & Russoniello, 2005). Les jeux de rôles seraient également un bon moyen de travailler la coopération, l'entraide, le partage et la résolution de problèmes (Gendron, Royer, Potvin & Bertrand, 2003). De plus, les interventions ciblant les activités familiales et le développement de relations saines entre les membres de la famille favoriseraient la prévention de l'agressivité directe. Tant dans les situations d'agressivité directe qu'indirecte, les parents devraient être invités à participer à l'intervention afin d'être en mesure d'offrir un encadrement qui désapprouve les actes agressifs, tout en préservant ou en augmentant l'estime personnelle de leur enfant (Reese et al., 2000).

## Conclusion

En terminant, s'il est vrai que les adultes et les intervenants sont de plus en plus conscientisés à la problématique de l'agression indirecte chez les jeunes filles, encore très peu d'outils d'intervention sont mis à leur disposition pour y faire face. Reconnaître les comportements d'agression indirecte, identifier les jeunes agresseurs ainsi que leurs victimes, et informer l'entourage du phénomène, constituent les premières étapes essentielles d'une démarche préventive.

## Références

- ARCHER, J. (2004). Sex differences in aggression in real-world settings : A meta-analytic review. *Review of general psychology*, 8 (4), 291-322.
- CARD, N.A., STUCKY, B.D., SAWALANI, G.M., & LITTLE, T.D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence : A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79 (5), 1185-1229.
- CRICK, N.R., & GROTPETER, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66 (3), 710-722.
- CRICK, N.R., GROTPETER, J.K., & BIGBEE, A.M. (2002). Relationally and physically aggressive children's intent attributions and feelings of distress for relational and instrumental peer provocations. *Child Development*, 73 (4), 1134-1142.
- CRICK, N.R., NELSON, D.A., MORALES, J.R., CULLERTON-SEN, C., CASAS, J.F., & HICKMAN, S.E. (2001). Relational victimization in childhood and adolescence. Dans Jonoven, J., & Graham, S, *Peer Harassment in School : The Plight of the Vulnerable and Victimized*. (pp.196-240). New York, New York : Guilford Press.
- FRENCH, D.C., JANSEN, E.A., & PIDADA, S. (2002). United States and Indonesian children's and adolescent's reports of relational aggression by disliked peers. *Child Development*, 73 (4), 1143-1150.
- GAGNON, L. (1997). *Briser le cycle de la violence en brisant l'isolement*. Sherbrooke, Québec : Centre jeunesse de l'Estrie, L'Escale de l'Estrie inc.
- GARBARINO, J. (2006). *See Jane Hit : Why Girls Are Growing More Violent and What Can Be Done About It*. New York, New York : Penguin Press HC.
- GENDRON, M., ROYER, E., POTVIN, P., & BERTRAND, R. (2003). Troubles du comportement, compétence sociale et pratique d'activités physiques chez les adolescents. Enjeux et perspectives d'intervention. *Revue de psychoéducation*, 32 (2), 349-372.
- HIPWELL, A.E., & LOEBER, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls ? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9 (3/4), 221-255.
- HOFFMAN, S., CUMMINGS, L.A., & LESCHIED, W.A. (2004). Treating aggression in high-risk adolescent girls : A preliminary evaluation. *Canadian Journal of Counselling*, 38 (2), 59-73.
- HOPF, W.H., HUBER, G.L., & WEIB, R.H. (2008). Media violence and youth violence : A 2-year longitudinal study. *Journal of Media Psychology*, 20 (3) 79-96.
- MACCOBY, E.E. (1998). *The two sexes : Growing up apart, coming together*. Cambridge, Massachusetts : Belknap Press / Harvard University Press.
- MCGHEE, S. A., GROFF, D.G., & RUSSONIELLO, C.V. (2005). We care too : Providing community based therapeutic recreation services for youth with emotional and behavioral disorders. *Therapeutic Recreation Journal*, 39 (1), 32-46.
- OWENS, L., SLEE, P., & SHUTE, R. (2000). It hurts a hell of a lot... The effects of indirect aggression on teenage girls. *School Psychology International*, 21 (4), 359-376.

PAQUETTE, G., PAUZÉ, R., & JOLY, J. (2006). Caractéristiques sociofamiliales et personnelles qui permettent de distinguer les filles et les garçons présentant un trouble des conduites. *Revue de psychoéducation*, 35 (2), 251-276.

REESE, L.E., VERA, E.M., SIMON, T.R., & IKEDA, R.M. (2000). The role of families and care givers as risk and protective factors in preventing youth violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (1), 61-77.

SAINT-JACQUES, M.-C., MCKINNON, S., & POTVIN, P. (1999). *Les problèmes de comportement chez les jeunes, comprendre et agir efficacement*. Québec, Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

TAPPER, K., & BOULTON, M. (2000). Social representations of physical, verbal, and indirect aggression in children : Sex and age differences. *Aggressive Behavior*, 26 (6), 442-454.

UNDERWOOD, M.K. (2003). *Social Aggression Among Girls*. New York, New York : The Guilford Press.

VERLAAN, P., BEAUREGARD, L.-A., TURMEL, F., & CHARBONNEAU, M.-N. (2006). Prévenir les conduites agressives indirectes en milieu scolaire primaire. Dans Gagné, M.-H., *Violences psychologiques : comment les prévenir dans différents contextes de vie ?* (pp.17-31). Québec, Québec : Centre de recherche Jéfar.

VERLAAN, P., & DÉRY, M. (2006). *Les conduites antisociales des filles. Comprendre pour mieux agir*. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

VERLAAN, P., DÉRY, M., TOUPIN, J., & PAUZÉ, R. (2005). L'agression indirecte : un indicateur d'inadaptation psychosociale chez les filles ? *Criminologie*, 38 (1), 9-37.

VERLAAN, P., & TURMEL, F. (2007). *L'agression indirecte... cette violence qu'on ne voit pas. Trousse de sensibilisation sur les conduites agressives indirectes*. Programme élaboré dans le cadre d'un partenariat entre l'Université de Sherbrooke, le GRISE (Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance), le ministère de l'Éducation du Québec et les trois commissions scolaires de l'Estrie. Montréal, Québec : CLIPP.

XIE, H., & CAIRNS, B.D. (2001). The development of social aggression : Peer social networks and interactional processes. Dans Earls, T., & Farmer, T. (dir.), *The Social Context of Aggression : The Robert B. Cairns Memorial Symposium*. Paper symposium at the biennial meetings of the Society for Research in Child Development (SRCD), 19-22 avril, Minneapolis, Minnesota.

ZAHN-WAXLER, C., & POLANICHKA, N. (2004). *All Things Interpersonal : Socialization and Female Aggression*. New York, New York : Guilford Press.

---



Avec la collaboration de Valérie Marchand, B.A. et M.A. en sexologie, agente de planification, de programmation et de recherche au ministère de la Santé et des Services sociaux

## PARLER SEXUALITÉ, C'EST PAS SORCIER

L'éducation sexuelle auprès des jeunes

### Saviez-vous que...

... pour être efficace, un programme d'éducation à la sexualité devrait non seulement amener les personnes à acquérir une meilleure compréhension de leurs préoccupations et de leurs besoins sexuels, mais également les aider à développer la confiance, la motivation et le discernement nécessaires pour mettre ces connaissances en application (Agence de la santé publique du Canada, 2008) ?

### L'éducation à la sexualité

Entre les tabous, les malaises et les messages sexuels ambigus ou stéréotypés, les jeunes ont besoin de repères afin d'explorer l'univers de la sexualité. Les adultes qui gravitent autour d'eux deviennent alors des accompagnateurs-clés pour les guider à travers leurs différents apprentissages et les aider à développer des représentations plus justes et plus humaines de cette réalité. Cet accompagnement, qui vise l'épanouissement sexuel et le bien-être, ne doit pas se limiter à des actions préventives ou à la simple transmission d'un savoir ; il doit également intégrer des notions de savoir-faire et de savoir-être (Duquet, 2003).

Lorsque la sexualité est abordée de manière franche, directe et précise (ex. lecture d'un document sur les moyens contraceptifs par un éducateur), on parle d'éducation sexuelle « explicite » (Tremblay et al., 2007a). Les thématiques d'intérêt peuvent être aussi variées que l'orientation sexuelle, la sensualité, le

plaisir, l'intimité, la reproduction, la connaissance de son corps, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que les influences extérieures. Généralement, ces sujets sont traités sous l'angle de dimensions complémentaires et interdépendantes (ex. dimensions cognitive, affective, psychologique, sociale ou culturelle). Ce type d'éducation sexuelle n'encouragerait pas nécessairement, comme certains le redoutent, des relations sexuelles précoces, non sécuritaires ou plus fréquentes (Durocher, Young & Duquet, 2001 ; Kirby et al., 1994).

L'éducation à la sexualité peut également être « implicite » ; elle passe alors par les attitudes, les réactions ou les comportements de l'adulte en lien avec la sexualité (Tremblay et al., 2007a) (ex. réaction de colère de la part du parent à la suite d'un aveu). Même si elle n'est pas toujours consciente, cette forme d'éducation aurait un plus grand impact sur les jeunes que l'éducation sexuelle explicite (Desaulniers, 2001).

## À qui la responsabilité ?

Tous les adultes ne sont pas aussi confortables à discuter de sexualité avec les jeunes, ce qui est tout à fait normal. Souvent, ces malaises prennent racine dans un sentiment d'incompétence face à certaines notions ou dans la crainte d'aborder des sujets qui pourraient éveiller des souvenirs douloureux. Certains adultes auront même l'impression qu'il est préférable d'esquiver ou de taire toutes questions relatives à la sexualité afin de ne pas inciter les jeunes à devenir actifs sexuellement. Pourtant, quel que soit leur âge, les jeunes ont besoin d'obtenir des réponses à leurs préoccupations sexuelles (Duquet, 2003).

Plusieurs personnes peuvent agir à titre de pédagogues en dehors de la cellule familiale : l'enseignant, l'infirmière, l'animateur d'un programme d'éducation à la sexualité, l'éducateur, le psychoéducateur, l'intervenant, etc. En fait, en matière d'éducation à la sexualité, les adultes qui côtoient régulièrement les jeunes ont un rôle à jouer auprès d'eux en répondant honnêtement à leurs questions, en les rassurant, en démystifiant certaines croyances, en présentant une vision positive et réaliste de la sexualité et en les amenant à développer leur jugement et leur sens des responsabilités (Duquet, 2003).

Les parents jouent également un rôle de premier plan (McKay, 2001), notamment à travers les comportements qu'ils manifestent, les attitudes qu'ils affichent et les valeurs qu'ils véhiculent. En l'absence de modèles adéquats dans la famille (ex. abus physiques et sexuels, pornographie, perceptions erronées quant à la sexualité, absence de frontières, langage sexuel vulgaire), les jeunes sont plus à risque d'adopter une conduite sexuelle malsaine. C'est précisément le cas de plusieurs jeunes des centres jeunesse qui présentent des problématiques relatives à la sexualité : sexualisation précoce, multiplication des partenaires, prostitution, mauvaise utilisation ou absence de moyens contraceptifs, plus grande vulnérabilité aux ITSS, victimisation sexuelle, violence dans les relations amoureuses, etc. (Durocher, Young & Duquet, 2001 ; Pauzé et al., 2004 ; Tremblay, Gagnon & Bossé, 2002). On estime d'ailleurs que près de 40 % des jeunes suivis en protection de la jeunesse ont des comportements sexuels problématiques ou inappropriés pour leur âge (Pauzé et al., 2004).

## Les programmes d'éducation à la sexualité

L'Agence de la santé publique du Canada (2008) préconise, à l'intérieur de ses lignes directrices, certains fondements philosophiques à intégrer aux programmes d'éducation à la sexualité. En voici quelques-uns :

- Le programme d'éducation en matière de santé sexuelle met l'accent sur l'estime de soi et la dignité de la personne.
- Il sensibilise les gens aux conséquences éventuelles de leur comportement sur autrui.
- Il reflète une approche équilibrée sur l'amélioration de la santé sexuelle et la prévention des problèmes.
- Le programme favorise les changements comportementaux par le biais de choix individuels et éclairés.

Pour être efficace, un programme d'éducation à la sexualité devrait non seulement amener les personnes à acquérir une meilleure compréhension de leurs préoccupations et de leurs besoins sexuels, mais également les aider à développer la confiance, la motivation et le discernement nécessaires pour mettre ces connaissances en application. De plus, un programme d'éducation sexuelle devrait favoriser les aptitudes qui (1) améliorent la santé sexuelle (ex. image de soi positive, respect de soi-même et d'autrui, santé physique et génitale) et qui (2) préviennent les problèmes de santé sexuelle (ex. exploitation et agressions sexuelles, grossesses non désirées, ITSS) (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

### Le programme « Haut les voiles ! »

Le programme d'éducation à la sexualité « Haut les voiles ! » (volet groupe) est destiné aux enfants âgés de 6 à 12 ans hébergés en centre de réadaptation ou en foyer de groupe. Il s'agit d'un « voyage » à travers les différentes facettes de la sexualité qui s'appuie sur quatre valeurs essentielles, soit le respect de soi et des autres, une sexualité responsable, l'épanouissement personnel et l'amour. Les activités du programme ont été conçues et adaptées en fonction de trois groupes d'âge (i.e. 6-8 ans, 9-10 ans et 11-12 ans) et elles sont animées par des éducateurs ou psychoéducateurs qui présentent les différents thèmes à des petits groupes de jeunes (Tremblay et al., 2007a).

En réponse aux besoins exprimés par les intervenants et les familles d'accueil, ce programme a été implanté dans plusieurs centres jeunesse (Lanaudière, Montréal, Québec, Bas St-Laurent, Chaudières-Appalaches, Laurentides, Laval et Estrie). Selon l'évaluation du programme, des améliorations comportementales ont été observées chez les jeunes, notamment en ce qui a trait à l'intimité (ex. frapper avant d'entrer), au vocabulaire (ex. utiliser des mots plus adéquats), aux frontières (ex. ne pas envahir l'autre dans sa bulle) et à la perception de l'image corporelle (ex. meilleure acceptation de soi et de l'autre) (Tremblay et al., 2009). Certains thèmes ont été particulièrement appréciés par les jeunes, notamment les frontières personnelles et sexuelles (i.e. intimité et espace personnel), l'éveil amoureux et sexuel (i.e. amour et désir, sensation physique, masturbation) ainsi que la prévention des agressions sexuelles (i.e. touchers, sentiments vécus, règles de sécurité) (Tremblay et al., 2009).



### De quoi doit-on parler au juste ?

L'éducation sexuelle doit être en lien avec le vécu des jeunes et s'attarder à leurs besoins et à leurs préoccupations (Durocher, Young & Duquet, 2001). Ceci étant dit, il n'est pas toujours évident de déterminer quels sont les thèmes les plus pertinents à aborder selon les différents groupes d'âge. Une bonne façon d'identifier ces thèmes est de se référer aux stades du développement psychosexuel des enfants, selon leur âge, mais aussi selon leurs repères sociaux et culturels (Duquet, 2003). Le tableau suivant présente une liste de thèmes qui peuvent être abordés en matière de sexualité en fonction de l'âge des enfants (6-12 ans).

**Tableau 1 - Thèmes à aborder en matière de sexualité en fonction de l'âge des enfants (6-12 ans)**

<i>Thèmes à aborder</i>	<i>Groupes d'âges</i>		
	6-8 ans	9-10 ans	11-12 ans
Les organes sexuels	X	X	X
La puberté		X	X
La conception, la grossesse et la naissance	X	X	X
L'image corporelle	X	X	X
L'éveil amoureux et sexuel		X	X
L'orientation sexuelle		X	X
Les relations égalitaires	X	X	X
Les frontières personnelles et sexuelles	X	X	X
Les relations sexuelles			X
La sexualité responsable			X
La prévention des agressions sexuelles	X	X	X

(Tableau adapté de Tremblay et al., 2007b)

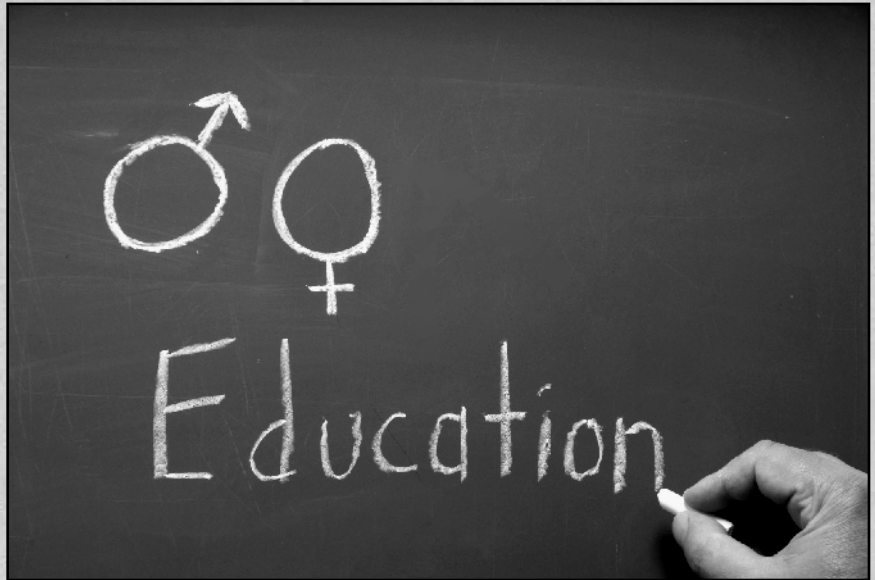
Voici quelques techniques simples<sup>1</sup> permettant d'échanger sur ces sujets avec les enfants.

Les thèmes des organes sexuels et du système reproducteur peuvent être présentés à l'aide d'une planche anatomique (Duquet, 2003) ou d'une feuille de papier sur laquelle sont imprimés deux corps humains (un de chaque sexe) (Tremblay et al., 2007a). Dans un premier temps, il convient de montrer aux enfants les parties génitales en nommant les termes exacts ainsi que leurs fonctions. Puis, les différences entre les deux sexes servent à alimenter la discussion. On peut aussi proposer aux enfants de placer des organes préalablement découpés aux bons endroits ou encore de les colorier.

Demander aux enfants de prendre position par rapport à différents énoncés en lien avec la sexualité peut être utile pour aborder des thèmes tels que l'orientation sexuelle, la conception, la grossesse et la naissance ainsi que la sexualité responsable. Un exercice consiste à afficher des énoncés au mur et à distribuer des cartons aux enfants sur lesquels sont inscrits des « Vrai » ou « Faux » ou des « D'accord », « Pas d'accord ». À la suite de la lecture d'un énoncé, les jeunes sont invités à voter et à expliquer leur choix. Cette méthode vise à transmettre de l'information et à rectifier certaines connaissances ou jugements erronés. Il est également possible de recourir à la même technique pour les thèmes des relations sexuelles (ex. motivations intrinsèques *versus* motivations extrinsèques) et de la prévention des agressions sexuelles (ex. bons *versus* mauvais touchers).

<sup>1</sup>Pour de plus amples détails, consulter le programme « Haut les voiles ! » (2007) et le document « L'éducation à la sexualité dans le contexte de réforme de l'éducation » (2003).

Le thème des frontières personnelles peut être abordé sous l'angle du respect de l'espace personnel. Lors d'un exercice de groupe, les jeunes forment un cercle, en se tenant main dans la main, autour d'un enfant qui se trouve seul au centre. Pas à pas, les jeunes referment le cercle et l'enfant qui se trouve au milieu doit signifier le moment où il se sent envahi. Cette technique facilite l'identification de ses frontières personnelles et de sa zone de confort, et permet au jeune d'exprimer les émotions ressenties en lien avec l'exercice (Tremblay et al., 2007a).



Bien que ces activités soient davantage conçues pour de jeunes enfants, elles peuvent facilement être adaptées aux plus vieux. Les présentations vidéos (ex. programmes éducatifs, téléseries, vidéoclips), les témoignages, les mises en situation ainsi que les périodes de discussion sont à privilégier avec des adolescents (Duquet, 2003).

## Quelles attitudes adopter ?

### *Aborder la sexualité en termes positifs*

Bien souvent, les jeunes placés en centre jeunesse acquièrent des connaissances sexuelles à partir d'expériences négatives (ex. agressions sexuelles, conduites parentales inadéquates) plutôt qu'à partir des aspects positifs liés à la sexualité tels que le plaisir, l'amour et l'affection (Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, 2001). Aborder la sexualité avec une vision positive devient alors essentiel. Pour ce faire, il ne faut pas hésiter à parler d'émotions, de plaisir et de sensations et à mentionner le côté stimulant et intéressant de la sexualité. Il importe d'éviter les jugements ainsi que les discours négatifs et moralisateurs. Les messages préventifs n'abordant la sexualité qu'en termes de risques et de maladies ne véhiculent que des sentiments de peur et d'inconfort (Agence de la santé publique du Canada, 2004 ; Durocher, Young & Duquet, 2001).

### *Développer son aisance*

L'aisance à discuter de sexualité et à prendre

position représente une composante essentielle de l'éducation sexuelle, d'où l'importance de se familiariser avec les thèmes courants, par exemple, en se renseignant auprès de collègues, en lisant davantage sur le sujet ou en allant chercher de l'information sur Internet (Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, 2001). De plus, il peut être utile de s'imaginer des situations déconcertantes (ex. question embêtante, langage vulgaire, réaction ou comportement inapproprié) afin de se préparer à l'avance à y faire face (Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, 2001 ; Tremblay et al., 2007b). Voici quelques exemples de questions posées par des enfants et des adolescents lors d'interventions en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire :

- « À quoi ça sert un pénis ? » (5-6 ans)
- « Qu'est-ce que ça veut dire faire l'amour ? » (7-8 ans)
- « Pourquoi les poils poussent-ils à un certain âge ? » (9-10 ans)
- « C'est quoi faire une pipe ? » (11-13 ans)
- « Lorsque le condom se déchire, quoi faire ? » (14-15 ans)
- « Comment contrôler la jalousie ? » (16-17 ans)

(Questions tirées de Duquet, 2003)

### *Faire preuve d'honnêteté*

Dire la vérité, rester franc et authentique sont d'autres attitudes gagnantes à adopter en matière de sexualité. Cela signifie, entre autres, d'employer les termes exacts et appropriés, et de ne pas tolérer de langage vulgaire (Agence de la santé publique du Canada, 2004). Si un jeune utilise un mauvais terme, il est important de reformuler ses propos tout en ayant soin de bien s'adapter à l'âge et au vécu de l'enfant. Il suffit d'énoncer des faits simples, concrets et de compléter l'information avec le temps (Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, 2001). Il ne faut pas avoir peur de reconnaître ses limites si les questions dépassent nos connaissances et d'inviter le jeune à s'impliquer dans la recherche d'informations ou de solutions auprès des ressources disponibles (Agence de la santé publique du Canada, 2004 ; Durocher, Young & Duquet, 2001).

### *Se montrer disponible et ouvert*

Pour que le jeune soit à l'aise et qu'il se sente investi dans le processus d'éducation à la sexualité, il est important de le considérer comme un être sexué à part entière qui peut avoir des questionnements, des préoccupations et une vie sexuelle active. Se montrer disponible et ouvert signifie de l'écouter, d'être empathique, chaleureux et de ne pas invalider ses expériences en lui dictant ce qu'il doit faire ou ne pas faire (ex. reproches, conseils, techniques) (Durocher, Young & Duquet, 2001). Il apparaît plus avantageux de l'amener à réfléchir sur son comportement ainsi que sur les composantes d'un comportement sexuel sain et adéquat (Agence de la santé publique du Canada, 2004). La réflexion de groupe permet également de le sensibiliser à différents points de vue (Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, 2001).

### *Respecter l'intimité*

Il importe de valoriser la notion d'intimité autant pour l'intervenant que pour le jeune (Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, 2001). Celle-ci passe notamment par le respect des confidences et du rythme de chaque jeune. Si un jeune pose une question personnelle, il faut éviter de relater ses expériences et son vécu, mais plutôt insister sur le droit à une sexualité privée (Agence de la santé publique du Canada, 2004). Aussi, il est important d'amener le jeune à faire une différence entre « la » sexualité et « sa » sexualité, afin de susciter une réflexion sur ses repères personnels et intimes. Enfin, les parents ont souvent besoin d'être éclairés sur les frontières à établir entre l'adulte et l'enfant en lien avec la sexualité (Durocher, Young & Duquet, 2001). C'est pourquoi il importe de les impliquer dans la démarche éducative et de les inviter à des séances d'information. Le but est de leur enseigner les comportements à privilégier et assurer ainsi une plus grande cohérence au regard de l'éducation sexuelle que reçoivent les jeunes à travers leurs différents milieux de vie (Tremblay et al., 2007a).

## **Conclusion**

L'éducation à la sexualité est essentielle au développement optimal des jeunes. Elle leur fournit des points de repère qui leur permettent de porter un jugement plus éclairé par rapport à certaines situations et de se responsabiliser davantage. Au-delà des différents thèmes à aborder, des techniques à privilégier et des attitudes à adopter, les interventions en matière de sexualité devraient pouvoir s'inscrire dans une multitude de contextes de vie à la fois « formels » et « naturels ». Les adultes doivent apprendre à créer des opportunités d'échanges et à saisir les occasions qui se présentent à eux.

## Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008). *Les lignes directrices nationales pour l'éducation en matière de santé sexuelle*. Consulté en mai 2009 sur le site WEB de l'Agence de la santé publique du Canada : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-fra.pdf>

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2004). « *Parle-moi* » – *Programme d'éducation sexuelle pour les parents*. Consulté en mai 2009 sur le site WEB de l'Agence de la santé publique du Canada : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ttm-pm/index-fra.php>

COORDINATION DE L'AIDE AUX VICTIMES DE MALTRAITANCES (2001). *Comment bien traiter de la sexualité des enfants. Dossier pédagogique*. Bruxelles, Belgique : Ministère de la Communauté française.

DESAULNIERS, M-P. (2001). *L'éducation sexuelle – Fondements théoriques pour l'intervention*. Montréal, Québec : Éditions Nouvelles.

DUQUET, F. (2003). *L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation*. Consulté en mai 2009 sur le site WEB du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/sexualite.pdf>

DUROCHER, L., YOUNG, S., & DUQUET, F. (2001). *Guide de réflexion et d'intégration de la dimension de la sexualité dans l'intervention*. Montréal, Québec : Les Centres jeunesse de Montréal et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

KIRBY, D., SHORT, L., COLLINS, J., RUGG, D., KOLBE, L., HOWARD, M., MILLER, B., SONENSTEIN, F., & ZABIN, L.S. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behavior : A review of effectiveness. *Public Health Reports*, 109 (3), 339-360.

McKAY, A. (2001). *Questions communes sur l'éducation en matière de santé sexuelle*. Toronto : Sex Information and Education Council of Canada [SIECCAN].

PAUZÉ, R., TOUPIN, J., DÉRY, M., MERCIER, H., JOLY, J., CYR, M., CYR, F., FRAPPIER, J-Y., CHAMBERLAND, C., & ROBERT, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke, Québec : GRISE et Université de Sherbrooke.

TREMBLAY, C., GAGNON, M.M., & BOSSÉ, M-A. (2002). *Analyse des besoins de formation des intervenants et des enfants en difficulté de 6 à 12 ans concernant l'éducation à la sexualité – Rapport de recherche*. Québec, Québec : Les Centres jeunesse de Lanaudière.

TREMBLAY, C., MARCHAND, V., BEAULIEU, I., BOSSÉ, M-A., BÉGIN H., & GAGNON, M.M. (2009). *Développement et évaluation de l'implantation du programme d'éducation à la sexualité « Haut les voiles ! » et de sa formation – Rapport de recherche*. Québec, Québec : Les Centres jeunesse de Lanaudière.

TREMBLAY, C., BEAULIEU, I., GAGNON, M.M., BOSSÉ, M-A., BÉGIN, H., & DORAIS, V. (2007a). *Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté âgés de 6 à 12 ans (volet groupe)*. Québec, Québec : Les Centres jeunesse de Lanaudière.

TREMBLAY, C., GAGNON, M.M., DORAIS, V., BOSSÉ, M-A., BÉGIN, H., & BEAULIEU, I. (2007b). *Programme d'éducation à la sexualité destiné aux enfants en difficulté âgés de 6 à 12 ans – Formation destinée aux éducateurs et psychoéducateurs. Guide du participant*. Québec, Québec : Les Centres jeunesse de Lanaudière.



# 5!

## CINQ ANS DÉJÀ !

Avec la parution de la présente édition, la revue *Saviez-vous que...* célèbre son cinquième anniversaire. En effet, depuis l'été 2005, des étudiants de 1er et de 2e cycle universitaire se joignent à la Direction scientifique et réalisent de courtes recensions d'écrits qui foisonnent de pistes de réflexion et d'intervention. Il est possible de consulter les versions antérieures de la revue sur le site Internet du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.



## L'INVITATION EST LANCÉE

La revue *Saviez-vous que...* s'appuie sur des préoccupations cliniques dont les intervenants des centres jeunesse nous font part à chaque année. Ce sont vos idées qui constituent le point de départ de notre démarche rédactionnelle. Nous vous invitons donc à communiquer avec nous ou à venir nous rencontrer afin de partager vos commentaires et suggestions.

Direction scientifique du CJQ-IU

418.661.7291 p.1710

<http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca/institut/index.html>



Carole-Anne Mercier / Marie-Christine Dérôme / Lisa-Maria Slim / Marie-Lou Auger / Marie-Esther Paradis

## SOUS HAUTE TENSION

PAGES A 4 à 11



## L'ALLIANCE RECHERCHE-PRATIQUE : UNE FORMULE GAGNANTE

La réponse sociale offerte aux jeunes en besoin de protection passe nécessairement par un solide partenariat entre différents acteurs issus de champs d'expertise variés. Au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, les retombées positives associées aux rapprochements entre l'univers de la recherche et celui de l'intervention témoignent clairement de toute l'importance d'unir nos forces et d'intensifier ce type d'alliance.