

DIRECTION ÉDITORIALE
MONIQUE TARDIF

L'AGRESSION SEXUELLE

transformations et paradoxes

TEXTES CHOISIS

L'AGRESSION SEXUELLE :
TRANSFORMATIONS ET PARADOXES
CIFAS 2009

TEXTES CHOISIS

DIRECTION ÉDITORIALE
MONIQUE TARDIF

cifas



Institut
Philippe-Pinel
de Montréal 1878
Université **de Montréal**

L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, est un ouvrage électronique intégral de 333 pages comportant 23 textes téléchargeables sur les sites <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca/>.

© Monique Tardif, 2011. Tous droits réservés.

Il est interdit de reproduire ou d'utiliser le contenu de cet ouvrage, à des fins autres que personnelles. Toute reproduction publicitaire, commerciale ou publique, y compris Internet, du contenu de cet ouvrage est interdite sans l'autorisation écrite de Monique Tardif. Toutes références relatives à l'ouvrage devront être notifiées selon les règles de citation courantes, soit :

Citation de l'ouvrage

Tardif, M. (2011). *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*. Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca/>

Exemple d'une citation d'un texte de l'ouvrage

Granger, L. (2011). La problématique du déni dans le traitement des agresseurs sexuels. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 25-36). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca/>

ISBN 978-2-9810072-1-6

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives Canada, 2011

La production de cet ouvrage a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

Révision linguistique

Anne Rouleau

Graphisme

Anne Tremblay

Assistance technique

Josée Gagnon

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| Introduction <i>Monique Tardif</i> | 5 |
| VOLET VICTIMISATION SEXUELLE | |
| Augmentation récente de l'incidence de l'agression sexuelle au Québec <i>Delphine Collin-Vézina, Sonia Hélie, Catherine Roy</i> | 8 |
| Les comportements sexuels des enfants de 2 à 12 ans victimes d'agression sexuelle ou non <i>Geneviève Clements, Marc Tourigny, Mireille Cyr, Pierre McDuff</i> | 16 |
| Effets à court terme du programme de prévention Viol-Secours : Données préliminaires <i>Isabelle Daigneault, Martine Hébert, Pierre McDuff, Francine Michaud, Sophie Magnan</i> | 40 |
| Programme d'intervention de groupe pour des adolescentes agressées sexuellement : Étude des effets spécifiques et exploration du lien avec l'implantation <i>Geneviève Paquette, Marc Tourigny, Jacques Joly</i> | 56 |
| Efficacité d'une intervention de groupe pour les enfants victimes d'agression sexuelle <i>Martine Hébert, Marc Tourigny</i> | 79 |
| Efficacité d'une intervention de groupe de courte durée auprès d'adolescentes agressées sexuellement <i>Marc Tourigny, Isabelle Boisvert, Béatrice Jacq</i> | 100 |
| La relation thérapeutique et le rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle en traitement pour leur problème de consommation de substances psychotropes <i>Magali Dufour, Karine Bertrand, Natacha Brunelle, Isabelle Beaudoin</i> | 116 |

| | |
|--|-----|
| Des pères non agresseurs face au dévoilement d'une agression sexuelle par leur enfant : Choc, rupture et soutien <i>Marie-Alexia Allard, Mireille Cyr, Mylène Fernet</i> | 138 |
| Implications du pardon dans les situations d'agressions sexuelles <i>Stéphanie Chiaramello, Mireille Cyr, Martine Hébert, Sophie Boucher</i> | 165 |
| VOLET DÉLINQUANCE SEXUELLE | |
| La prévalence de la coercition sexuelle chez les couples hétérosexuels <i>Mélanie Brousseau, Martine Hébert, Sophie Bergeron</i> | 180 |
| Pensées dysfonctionnelles chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant. Adaptation du modèle de Beck : Croyances anticipatoires, soulageantes et permissives (A.S.P.) <i>Olivier Vanderstukken, Marc Hautekeete, Marion Robin</i> | 198 |
| Fantasmes et fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle: Pistes de réflexion et proposition d'un questionnaire hétéro-évaluatif <i>Olivier Vanderstukken, Amélie Pavy</i> | 214 |
| Exploration d'indicateurs physiologiques liés aux intérêts sexuels envers les mineurs <i>Mathieu Goyette, Dominique Trottier, Joanne-Lucine Rouleau, Patrice Renaud, Nicholas Longpré</i> | 236 |
| Intégration sociale et récidive chez les délinquants sexuels graves : Une étude exploratoire <i>Geneviève Parent, Jean-Pierre Guay, Claudia Bernard, Raymond A. Knight</i> | 256 |
| Les agirs sexuels violents des adolescents : Une approche clinique et criminologique <i>Pascal Roman</i> | 284 |
| Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles <i>Sarah Viens, Marc Tourigny, Fabienne Lagueux, Étienne Loméga</i> | 307 |
| Conclusion | 328 |

INTRODUCTION

Monique Tardif

L'événement du 5^e Congrès international francophone sur l'agression sexuelle (Cifas 2009) a permis la tenue de communications qui, par leur qualité, la diversité des thèmes abordés et un approfondissement accru des connaissances, ont suscité un grand intérêt. L'édition numérique du livre Cifas 2009 a pour but de diffuser les résultats de recherche des auteurs qui ont accepté de rédiger un manuscrit à la suite de leur communication. La réalisation de ce projet d'édition a été possible grâce à une subvention octroyée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

Depuis la première édition en 2001, les événements du Cifas se sont distingués par la rencontre de professionnels œuvrant auprès des victimes ou des auteurs d'agression sexuelle. Cette initiative a favorisé une mise en contexte non clivée du phénomène de l'agression sexuelle. Cela nous laissait anticiper des échanges propres à amenuiser les risques d'élaborer des modèles théoriques et des pratiques cliniques coupés d'une importante partie de ses réalités. Cette approche caractérise également la présente édition du Cifas, qui se veut une porte ouverte sur les transformations qui ont traversé le domaine de l'agression sexuelle au fil des années.

La publication du livre numérique Cifas 2009 ne saurait se réaliser sans l'obtention de résultats de recherche qui apportent de nouvelles connaissances, valident nos conceptualisations ou les remettent en question en vue d'affiner les pratiques cliniques et la prévention, ainsi que de promouvoir des changements aux mesures législatives et d'encadrement. Aux fins de la présente édition, nous avons sollicité tout particulièrement les jeunes chercheurs, car leurs projets révèlent souvent des thèmes en émergence. De plus, cette occasion représente pour certains d'entre eux un rite de passage. Des chercheurs aguerris ont aussi collaboré à la présente édition.

Depuis deux décennies, les angles d'analyse de l'agression sexuelle se sont multipliés, les éléments contextuels se sont diversifiés et les questions soulevées apportent sans cesse de nouveaux défis. En soumettant de nouvelles questions d'étude, les chercheurs deviennent des artisans de changements qui influenceront les transformations de nos modèles théoriques et de nos pratiques cliniques. À ce titre, les thèmes abordés dans ce livre reflètent les tendances actuelles. Par exemple, les projets étudiant les facteurs de développement post-abus auprès des victimes tentent de cerner la dynamique des facteurs de risque et de protection. En ce qui concerne les agresseurs, les facteurs de développement de la délinquance s'inscrivent dans une perspective étiologique et

phénoménologique. Les lignes de force que constituent l'évaluation du risque de récidive et le rôle de la fantasmagorie sexuelle déviante chez les agresseurs ne cessent de stimuler la mise à l'épreuve des instruments de mesure. Par ailleurs, les nouvelles technologies et l'internet ont été étudiés relativement à leur influence sur la sexualité des adolescents et des consommateurs de pédopornographie, ainsi que sur la conception d'instruments de mesure utilisant la réalité virtuelle. Les nouveaux défis qui se sont présentés aux chercheurs concernent les comportements problématiques chez les jeunes enfants ainsi que les manifestations plus ambiguës ou cachées de la violence sexuelle. Il s'agit notamment de la coercition sexuelle chez les couples adultes et adolescents. Nous avons aussi remarqué que plusieurs études concernent l'évaluation des effets des interventions cliniques auprès de victimes mineures (enfants, adolescents) ou de jeunes auteurs d'abus sexuels, ou encore de programmes de prévention. Des études ont touché à des aspects méconnus, comme la présence d'une problématique de consommation de substances chez les victimes, le rôle des pères non agresseurs auprès de leurs enfants victimes ou l'élaboration conceptuelle du pardon.

Sur le plan de la présentation, les textes se subdivisent en deux parties : la première porte sur les victimes d'agression sexuelle et l'autre sur les auteurs d'agression sexuelle. L'ordonnance des textes nous amène à aborder en premier lieu la prévalence, les facteurs étiologiques et phénoménologiques, pour ensuite traiter des questions relatives à la prévention, à l'évaluation et au traitement.

Au fil des textes, le terme « abus sexuel » désigne souvent les types de délits qui ne comportent pas de dimension franchement agressive et qui réfèrent à des comportements sexuellement transgressifs. Le terme « agression sexuelle » recouvre alors les types de délits avec violence, soit avec force, coercition, intrusion d'une partie du corps, et touche davantage les délits perpétrés par des adultes. Bien que le terme « abus sexuel » soit souvent considéré comme un anglicisme, nous avons laissé les auteurs choisir le ou les vocable(s) qui leur convenaient. Il ressort que l'un et l'autre terme peuvent être interchangeables ou non selon les distinctions apportées par les auteurs.

Le libre accès aux textes contenus dans cet ouvrage numérique est rendu possible grâce aux vitrines offertes par les sites du Cifas et de Psychiatrie et Violence de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et du Regroupement des Intervenants en Matière d'Aggression Sexuelle (RIMAS), auxquels s'ajoutent des sites d'organismes qui affichent spontanément l'ouvrage.

Le travail requis par la production de ce collectif nous donne l'occasion de remercier plusieurs personnes qui ont, par leurs commentaires et leurs suggestions, permis aux auteurs d'atteindre le meilleur de leurs textes. La liste des lecteurs et celle des auteurs figurent respectivement en page 333 et 330. Nous tenons également à souligner qu'Anne Rouleau a effectué la révision linguistique avec un professionnalisme que plusieurs d'entre vous ont salué. La très belle signature graphique du Cifas 2009 et de l'ouvrage est l'œuvre d'Anne Tremblay. Le travail indéfectible d'assistance technique a été accompli par Josée Gagnon. Nous tenons à exprimer à tous ces collabora-

teurs notre grande appréciation pour la qualité de leur travail et leur patience malgré les nombreux délais auxquels ils ont dû faire face.

C'est avec un sentiment du devoir accompli que je vous invite à parcourir les textes de cet ouvrage.

Monique Tardif

Professeure titulaire

Département de sexologie

Université du Québec à Montréal

Chercheure et psychologue

Institut Philippe-Pinel de Montréal

VOLET VICTIMISATION SEXUELLE

AUGMENTATION RÉCENTE DE L'INCIDENCE DES AGRESSIONS SEXUELLES AU QUÉBEC¹

Delphine Collin-Vézina, Sonia Hélie et Catherine Roy

Introduction

Les agressions sexuelles envers les enfants constituent un problème social de première importance en raison notamment des conséquences qui peuvent y être associées, comme la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, les manifestations d'agressivité et les problèmes d'abus de substances (Putnam, 2003). Bien que cette problématique ait reçu une attention particulière dans notre société depuis les quatre dernières décennies, il demeure que cette forme de violence reste souvent dans l'ombre, cachée des autorités. À titre d'exemple, une étude menée en Ontario a démontré que 8 % seulement des victimes d'agression sexuelle avaient rapporté l'événement aux services de protection de la jeunesse (MacMillan, Jamieson, & Walsh, 2003). Par conséquent, il est difficile d'estimer avec justesse le nombre réel de victimes d'agression sexuelle dans une société, ainsi que les fluctuations de cette problématique dans le temps. Bien que limités aux cas d'agressions sexuelles dévoilés aux autorités, les taux d'incidence, c'est-à-dire l'estimation pour une durée déterminée du « nombre d'enfants maltraités par rapport à une population étudiée » (Lavergne & Tourigny, 2000, p.54), constituent malgré tout une mesure fréquemment utilisée pour évaluer l'étendue et l'évolution de cette problématique.

À cet effet, les recherches américaines tendent à démontrer que les taux d'incidence du nombre d'agressions sexuelles rapportées aux autorités, et dont les faits sont jugés fondés, a récemment chuté de manière considérable (Jones & Finkelhor, 2009). La diminution serait de 53 % entre 1992 et 2007, avec un déclin particulièrement significatif dans les années 1990. Au Canada, les données des deux études d'incidence sur les mauvais traitements envers les enfants indiquent que le nombre d'agressions sexuelles envers les enfants jugées fondées par les services de protection de la jeunesse a diminué de 30 % entre 1998 et 2003 (Trocmé et al, 2001; Trocmé, Fallon,

1. Pour citer ce chapitre : Collin-Vézina, D., Hélie, S., & Roy, C. (2011). Augmentation récente de l'incidence des agressions sexuelles au Québec. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis* (pp. 8-15). Montréal, Canada : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

MacLaurin, & Neves, 2005), suggérant une tendance similaire à celle observée aux États-Unis. De façon surprenante, au Québec, les deux études d'incidence des mauvais traitements envers les enfants, réalisées respectivement en 1998 et en 2003, mettent plutôt en lumière une hausse de 24 % du nombre d'agressions sexuelles perpétrées à l'endroit d'enfants et jugées fondées par les services de protection de la jeunesse (Tourigny et al., 2002; Turcotte et al., 2007).

Contrairement aux données américaines, qui s'appuient sur des statistiques issues de plusieurs banques de données, les sources d'information disponibles au Québec et au Canada sont beaucoup plus limitées. En particulier, les données produites par les études d'incidence sont issues de petits échantillons représentatifs et ne sont pas collectées annuellement. Considérant le profil particulier qui semble émerger des données québécoises, il s'avère particulièrement important de poursuivre la réflexion sur l'incidence de l'agression sexuelle dans cette province. Pour ce faire, la mise en parallèle de données autres que celles issues des études d'incidence, représentant l'ensemble du territoire québécois et provenant de sources multiples constitue un point de départ prometteur.

Objectifs

L'objectif principal de cette recherche est de mesurer l'évolution de l'incidence des dossiers d'agressions sexuelles au Québec sur une période d'environ 10 ans, à partir des données accessibles les plus récentes provenant de la protection de la jeunesse et des corps policiers. Plus précisément, les analyses visent à : (1) Distinguer si les variations du taux d'incidence des agressions sexuelles sont les mêmes selon que l'on s'attarde à l'ensemble des cas signalés à la protection de la jeunesse (c'est-à-dire avant l'évaluation menée par les intervenants) ou au sous-groupe de cas pour lesquels, après évaluation, l'agression sexuelle est jugée fondée; (2) Comparer le taux d'incidence des agressions sexuelles jugées fondées par les services de protection de la jeunesse à celui des agressions sexuelles rapportées aux corps policiers.

Méthodologie

Les données utilisées dans le cadre de cette recherche proviennent de banques issues de l'Observatoire québécois de la maltraitance envers les enfants. L'Observatoire est un lieu d'intégration et de diffusion des données québécoises sur l'incidence des mauvais traitements envers les enfants, dont ceux de nature sexuelle. Actuellement, l'Observatoire inclut des données administratives provenant de registres publics. Ces données sont issues de quatre sources : le système de protection de la jeunesse, le Bureau du coroner, le système policier et le milieu hospitalier. Des données relatives aux agressions sexuelles sont disponibles dans deux de ces registres (le système de protection de la jeunesse et le système policier).

Concernant les données des services de protection de la jeunesse : L'Observatoire dispose de données portant sur les agressions sexuelles signalées et prises en charge par les services de protection de la jeunesse grâce à une entente signée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Plus précisément, cette entente donne accès à une banque commune de données qui inclut des informations sur l'ensemble des dossiers signalés aux services de protection de la jeunesse, qu'ils aient été jugés fondés ou non. Au total, les données de 17 Centres jeunesse répartis à travers 16 régions socio-sanitaires de la province sont disponibles. À noter toutefois qu'entre 1998 et 2001, les données disponibles sont issues de 12 régions; les régions du Bas-St-Laurent, de l'Abitibi-Témiscamisque, de la Montérégie et du Nord-du-Québec sont exclues, puisqu'elles ont fourni leurs données seulement à partir de 2001. Dans le but d'estimer les taux provinciaux d'incidence des agressions sexuelles entre 1998 et 2005, les rapports annuels de chacun des quatre Centres jeunesse pour lesquels les données n'étaient pas disponibles ont été consultés. Les données issues de ces rapports ont été ajustées afin d'extraire toutes les situations d'agression sexuelle jugées fondées, sans égard au fait qu'elles aient nécessité ou non l'application de mesures de protection. Cette démarche permet de représenter 99,4 % de la population québécoise. Par la suite, les taux d'incidence ont été calculés en divisant le nombre de cas d'agression sexuelle par année par le nombre d'individus québécois âgés de 0 à 17 ans. Ce dernier chiffre est tiré du recensement de 2001 et a été fourni par l'Institut de la Statistique du Québec.

Concernant les données des corps policiers : Un protocole d'entente a été signé avec le ministère de la Sécurité publique selon lequel l'équipe de l'Observatoire a accès aux données provenant du programme de Déclaration uniforme de la criminalité fondée sur l'affaire (DUC2). Par le biais de cette base de données, il est notamment possible de recenser les informations liées aux infractions sexuelles rapportées et pour lesquelles une intervention policière est effectuée. Pour chaque infraction rapportée, divers renseignements spécifiques sont disponibles, dont l'âge de la victime au moment de l'agression. Il est donc possible de calculer le taux d'incidence d'infractions sexuelles rapportées aux corps policiers et impliquant des jeunes de moins de 18 ans. À l'instar des calculs effectués à partir des données issues des services de protection de la jeunesse, les taux d'incidence sont aussi calculés en utilisant les données de la population 0-17 ans du recensement de 2001 et provenant de l'Institut de la Statistique du Québec.

Résultats

Les données des services de la protection de la jeunesse révèlent une hausse du taux d'incidence des agressions sexuelles signalées entre 1998 et 2005 (voir le tableau 1). Depuis 1998, la hausse estimée des agressions sexuelles signalées aux services de protection de la jeunesse sur le territoire québécois est de 21 %. On note aussi une hausse du taux d'incidence des agressions sexuelles jugées fondées par les services de protec-

tion de la jeunesse (voir le tableau 2). Depuis 1998, la hausse estimée des agressions sexuelles jugées fondées par les services de protection de la jeunesse est de 11 % pour l'ensemble du territoire québécois. Une hausse marquée est notée en 2001, suivie d'un plateau pour les années subséquentes, dont le taux avoisine 87/100 000 enfants.

TABLEAU 1
Évolution du taux d'incidence des agressions sexuelles signalées aux services de protection de la jeunesse, 1998-2005 (taux/100 000).

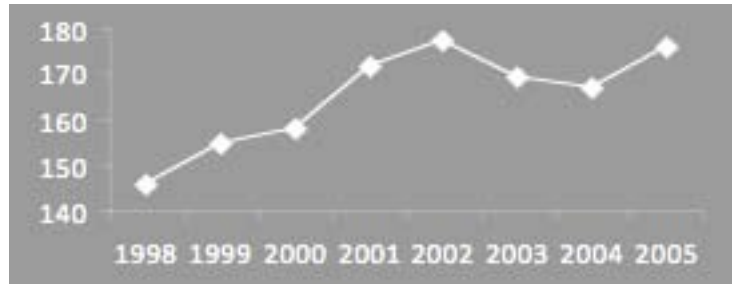
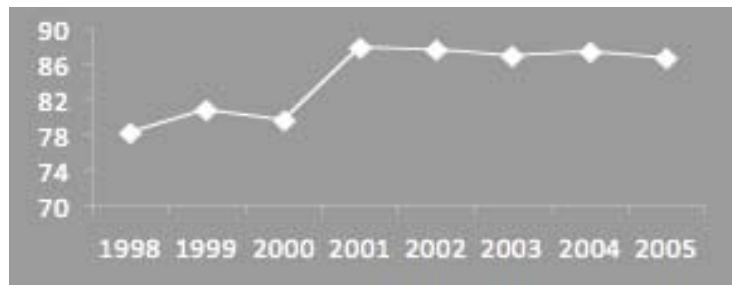
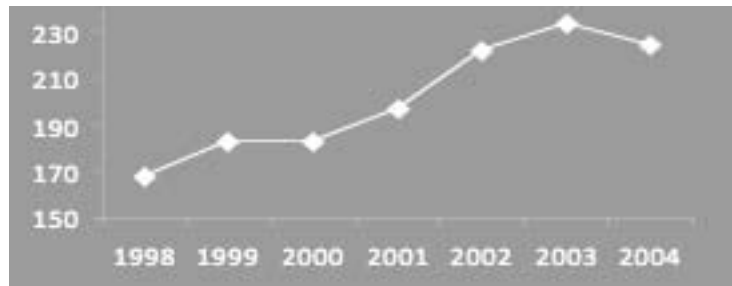


TABLEAU 2
Évolution du taux d'incidence des agressions sexuelles jugées fondées par les services de protection de la jeunesse, 1998-2005 (taux/100 000)



D'après les données des services policiers, on observe entre 1997 et 2005 une hausse du taux d'infractions sexuelles rapportées aux corps policiers et jugées fondées (voir le tableau 3). Ce taux passe de 167/100 000 en 1997 à 223/100 000 en 2004. Il s'agit d'une augmentation totale de 34 %.

TABLEAU 3
Évolution du taux d'incidence des infractions sexuelles rapportées aux corps policiers et jugées fondées, 1998-2004 (taux/100 000).



Discussion

Au Québec, le taux d'incidence des agressions sexuelles chez les jeunes de moins de 18 ans est actuellement à la hausse, que l'on s'attarde aux données des services de protection de la jeunesse ou aux données policières. Au sein des services de protection de la jeunesse, l'augmentation des cas est notable, autant du côté des agressions sexuelles signalées que de celui des agressions sexuelles jugées fondées. Curieusement, des données récentes indiquent plutôt une tendance inverse dans les autres provinces canadiennes (Trocmé et al, 2005), ainsi qu'aux États-Unis (Jones & Finkelhor, 2009). En ce qui a trait aux infractions rapportées aux corps policiers, deux précisions s'imposent. D'abord, il s'agit de situations fondées, mais pour lesquelles des accusations n'ont pas nécessairement été portées. Dans le langage usuel des corps policiers, il s'agit donc de situations fondées mais non classées. Ensuite, les données policières font état de la date à laquelle l'infraction est rapportée aux policiers, et non de la date à laquelle l'infraction s'est produite. Ainsi, un adulte choisissant de dévoiler une agression sexuelle ayant eu lieu plusieurs années auparavant sera considéré comme une victime mineure, bien qu'aucune intervention des services de la protection de la jeunesse ne s'avère requise dans un tel cas. Ces limites peuvent expliquer partiellement pourquoi le taux d'agressions sexuelles rapportées aux policiers est constamment supérieur au taux d'agressions sexuelles signalées aux services de protection de la jeunesse. Malgré tout, les données issues de ces deux sources (corps policiers et protection de la jeunesse) laissent croire qu'en matière d'agression sexuelle perpétrée sur des jeunes de moins de 18 ans, le Québec aurait un profil particulier, distinct de la tendance nord-américaine.

D'une part, il est possible que les changements observés dans le taux d'incidence des agressions sexuelles perpétrées à l'endroit de mineurs reflètent une hausse réelle du nombre de victimes d'agression sexuelle. Cette hypothèse est toutefois peu probable compte tenu de la stabilité des autres formes de crimes au Canada durant cette même période (Brazeau & Brzozowski, 2008). D'autre part, il se peut que l'accroissement du taux d'incidence des agressions sexuelles perpétrées à l'endroit de mineurs soit en fait

un artéfact lié à des changements d'ordre social, légal ou politique. En effet, beaucoup d'efforts ont été déployés au cours des dernières années afin de mettre en place des programmes de prévention de l'agression sexuelle dans les écoles, de même que des stratégies de sensibilisation du public au sujet de la nécessité de dévoiler ces situations aux autorités. Jumelé à la médiatisation de « cas célèbres » au milieu des années 2000, ce facteur peut avoir exercé une influence non négligeable sur les taux d'incidence, favorisant le dévoilement des agressions sexuelles qui auraient autrement été gardées sous silence. En ce sens, l'augmentation des taux d'agressions sexuelles signalées aux autorités pourrait démontrer un changement social souhaitable. Ensuite, l'augmentation pourrait être la conséquence de la révision, en 2001, des ententes multisectorielles relatives aux enfants victimes d'agression sexuelle mises en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les nouvelles pratiques instaurées visent à améliorer la concertation et la collaboration entre les services de protection de la jeunesse et les corps policiers, ce qui pourrait avoir favorisé le signalement, de part et d'autre, de situations qui seraient autrement demeurées uniquement dans l'un des deux systèmes. Néanmoins, une grande question demeure : jusqu'à quel point la hausse observée du taux d'incidence des agressions sexuelles commises à l'endroit des jeunes Québécois de moins de 18 ans reflète soit une augmentation réelle du nombre de victimes, soit un changement dans les pratiques et les politiques sociales ?

Des recherches futures devront être menées pour répondre à cette question sur les causes possibles des fluctuations des taux d'agressions sexuelles, ainsi que sur les raisons sous-jacentes à l'augmentation des dossiers d'agression sexuelle connus au Québec en particulier. Il serait notamment pertinent d'effectuer une analyse temporelle qui illustrerait la relation probable entre la fluctuation des taux d'agressions sexuelles rapportées aux autorités et la mise en place de nouveaux programmes de prévention et de politiques sociales, ou encore les dévoilements d'agression sexuelle hautement médiatisés. De plus, l'impact de la révision des ententes multisectorielles devrait être approfondi dans des recherches qui, par exemple, pourraient permettre de retracer les dossiers dédoublés dans les différentes banques de données (protection de la jeunesse, corps policiers, hôpitaux pédiatriques). Ce faisant, il serait alors possible de recalculer les taux d'incidence des agressions sexuelles signalées en retranchant les dossiers présents dans plus d'une banque de données. Finalement, l'Observatoire sur les mauvais traitements envers les enfants pourrait favoriser la mise en place d'études qui apporteront un éclairage nouveau quant aux facteurs qui influencent les taux d'incidence des agressions sexuelles au Québec, par la mise en commun de données provenant de sources multiples, et en permettant la réalisation d'analyses secondaires plus pointues sur des variables telles que le sexe et l'âge des victimes, le lien relationnel entre la victime et l'agresseur, le lieu ou le type d'agression, ainsi que la région administrative concernée.

Bibliographie

Brazeau, R., & Brzozowski, J.-A. (2008). *Violent victimization in Canada*. Ottawa, ON: The General Social Survey - Matter of Fact, Statistics Canada.

Jones, L., & Finkelhor, D. (2009). *Updated Trends in Child Maltreatment 2007*. Durham, NH: Crimes against Children Research Centre.

Lavergne, C., & Tourigny, M. (2000). « Incidence de l'abus et la négligence envers les enfants : Recension des écrits. » *Criminologie*, 33, 47-72.

MacMillan, H. L., Jamieson, L., & Walsh, C. (2003). Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse : Results from a community survey. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1397-1408.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.

Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Jacob, M., Boucher, J., & Larrivée, M.-C. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ). Montréal, QC : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale (CLIPP).

Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Barter, K., Burford, G., Hornick, J., Sullivan, R., & McKenzie, B. (2001). Canadian Incidence Study of reported child abuse and neglect - 1998: Final report. Ottawa, ON : Minister of Public Works and Government Services Canada.

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., & Neves, T. (2005). What is driving increasing child welfare caseloads in Canada? Analysis of the 1993 and 1998 Ontario Incidence Studies of Reported Child Abuse and Neglect. *Child Welfare*, 84, 341-359.

Turcotte, D., Trocmé, N., Dessurault, D., Hélie, S., Cloutier, R., Montambeault, E., Moisan, S., & Lacerte, D. (2007). Étude sur l'incidence et les caractéristiques de la maltraitance signalée à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec. La situation en 2003. Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

LES COMPORTEMENTS SEXUELS DES ENFANTS DE 2 À 12 ANS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE OU NON

Geneviève Clements, Marc Tourigny, Mireille Cyr et Pierre McDuff

Résumé

Depuis une trentaine d'années, plusieurs travaux s'intéressent à la sexualité des enfants, principalement par l'étude des comportements sexuels problématiques ou de problèmes ciblés, comme l'agression sexuelle. Toutefois, rares sont ceux qui portent sur les comportements sexuels normaux chez les enfants. L'objectif de cette étude est de décrire la nature et la fréquence des comportements sexuels des enfants québécois, en fonction de leur âge et de leur sexe, et de vérifier s'il existe des différences entre les comportements sexuels de ces enfants et ceux d'enfants victimes d'agression sexuelle. L'échantillon de la présente étude est composé de 394 enfants de 2 à 12 ans (268 filles, 126 garçons, âge moyen = 7,7 ans), divisés en deux groupes selon qu'ils ont vécu une agression sexuelle (groupe AS, $n = 242$) ou non (groupe non AS, $n = 152$). Des analyses descriptives et univariées effectuées ont permis de démontrer que chez les enfants n'ayant pas vécu d'agressions sexuelles, la fréquence des comportements sexuels varie selon l'âge des enfants – une fréquence plus élevée chez les plus vieux – et très peu en fonction du sexe. Les comparaisons entre les deux groupes d'enfants permettent de constater que les enfants du groupe AS présentent une fréquence plus élevée de comportements sexuels à plusieurs sous-échelles du CSBI. Ces résultats sont abordés sous l'angle de leurs implications scientifiques et cliniques.

Mots-clés : comportements sexuels, enfants, agression sexuelle, sexe, âge

Introduction

Bien que nous assistions à une augmentation croissante de la manifestation de comportements sexuels dans notre société, la littérature portant sur les comportements sexuels des enfants reste à ce jour peu abondante (Gagnon, 2003; Lepage, 2008; Wanderley, 2005). Les travaux portant sur la sexualité traitent majoritairement de la sexualité des adultes et, dans une moindre mesure, de celle des adolescents. Peu d'entre eux s'intéressent à la sexualité des enfants, sauf pour aborder des problèmes spécifiques

Pour citer ce chapitre : Clements, G., Tourigny, M., Cyr, M., & McDuff, P. (2011). Les comportements sexuels des enfants de 2 à 12 ans victimes d'agression sexuelle ou non. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes*, Cifas 2009. Textes choisis, (pp. 16-39). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

comme l'agression sexuelle (Cosentino, Meyer-Bahlburg, Alpert, Weinberg, & Gaines, 1995; Drach, Wientzen, & Ricci, 2001; Friedrich, Fisher, Acton, Berliner, Butler, Damon et al., 2001) ou les comportements sexuels problématiques (Bonner, Walker, & Berliner, 1999; Chromy, 2006; Gagnon, 2003; Hall, Matthews, & Pearce, 1998; Silovsky & Niec, 2002).

Depuis plusieurs années déjà, les auteurs s'entendent sur le fait qu'un enfant naît sexué (Freud, 1905/1962; Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953) et que les comportements sexuels s'étendent sur un continuum allant de l'exploration saine aux comportements sexuels agressifs, en passant par les comportements sexuels problématiques (CSP) (Bonner et al., 1999; Gagnon, 2003; Johnson, 2002; Pithers, Gray, Busconi, & Houchens, 1998, Ryan, 2000). Actuellement, il n'existe pas de définition universelle de ce que sont les comportements sexuels sains des enfants. Par contre, un récent rapport d'experts de l'Association for Treatment of Sexual Abusers (ATSA Task Force, 2008) propose que les jeux sexuels et l'exploration sexuelle saine des enfants soient définis comme des comportements qui apparaissent spontanément et de façon intermittente, qui sont mutuels et non coercitifs lorsqu'ils impliquent d'autres enfants et qui n'entraînent pas de détresse émotionnelle. Ces comportements ne seraient pas une préoccupation pour l'enfant et, habituellement, n'impliqueraient pas de comportements sexuels « avancés » comme les relations sexuelles et le sexe oral. De même, il n'existe pas non plus de consensus sur une définition universelle de ce que sont les comportements sexuels problématiques. Ce même rapport d'experts définit les CSP comme « des comportements impliquant les parties sexuelles du corps qui sont initiés par un enfant de 12 ans et moins et qui sont inappropriés d'un point de vue développemental ou qui sont potentiellement néfastes pour l'enfant lui-même ou pour les autres » (traduction libre de l'ATSA Task Force, 2008, p. 200).

Développement sexuel sain

Très peu d'études portent sur la question des comportements sexuels des enfants. Néanmoins, dans la littérature, les auteurs signalent que l'exploration sexuelle chez l'enfant est un processus normal de recherche d'information dans lequel celui-ci explore son propre corps ainsi que celui des autres en regardant et en touchant, dans un contexte de curiosité et de gaieté (Biehr, 1989; Essa & Murray, 1999; Gagnon, Tourigny, & Lévesque, 2008; Johnson, 2002). Ce processus n'impliquerait ni la peur, ni la culpabilité, ni l'anxiété (Essa & Murray, 1999) et se ferait sur une base volontaire (Essa & Murray, 1999; Johnson, 2002) entre enfants de même âge, de même taille et de même niveau développemental (Johnson, 2002). Vouloir connaître son corps et explorer ses parties génitales sont des attitudes fréquentes et considérées comme presque universelles chez les enfants (James & Burch, 1999; Sgroi, Bunk, & Wabrek, 1988). Dans le même ordre d'idées, Gagnon et al. (2008) mentionnent qu'un large éventail de com-

portements sexuels peut être observé chez les enfants de 0 à 12 ans à travers leurs agissements, leurs questionnements et leurs explorations.

Les comportements les plus fréquemment observés chez les enfants sont l'auto-stimulation, l'exhibitionnisme, le voyeurisme ainsi que ceux liés aux frontières personnelles (Friedrich, Grambsch, Broughton, Damon, Koverola, Wolfe et al., 1992; Larsson, Svedin, & Friedrich, 2000; Ryan 2000; Wanderley, 2005; Wherry, Jolly, Feldman, Adam, & Manjanatha, 1995). Selon Friedrich et al. (1992), Larsson et al. (2000) ainsi que Wanderley (2005), les comportements les moins fréquents chez les enfants normaux s'apparentent aux comportements sexuels intrusifs (par exemple, placer la bouche sur les parties sexuelles d'autrui, demander aux autres de participer à des activités sexuelles), aux comportements sexuels qui impliquent une pénétration ou l'utilisation d'un objet et les comportements sexuels explicites rencontrés chez les adolescents ou les adultes (par exemple, faire semblant d'avoir des relations sexuelles, émettre des bruits évocateurs d'une relation sexuelle). Enfin, les études montrent que la nature et la fréquence des comportements sexuels varient en fonction de différents facteurs, les plus étudiés étant l'âge, le sexe et la présence d'un antécédent d'agression sexuelle.

Différences selon l'âge

De façon générale, les travaux portant sur les comportements sexuels des enfants démontrent une relation inversement proportionnelle entre l'âge et la fréquence des comportements sexuels, c'est-à-dire que plus l'enfant vieillit, plus la fréquence des comportements sexuels observés diminue (Essa & Murray, 1999; Friedrich, 1997; Friedrich, Baker, Parker, Schneiderman, Gries, & Archer, 2005; Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper, & Beilke, 1991; Ryan, 2000; Schoentjes, Deboutte, & Friedrich, 1999; Wanderley, 2005). Des études de Friedrich (1997) et de Friedrich et al. (2005) démontrent que la fréquence des comportements sexuels des enfants atteint un sommet à l'âge de cinq ans et diminue par la suite.

Plus spécifiquement les enfants ont dès leur naissance des érections, et une forme d'auto-stimulation des organes génitaux est aussi remarquée (Biehr, 1989; Sgroi et al., 1988). Par la suite, entre 15 mois et 30 mois, à l'acquisition de la propreté, l'enfant découvre une nouvelle zone de plaisir, et ses comportements sexuels deviennent plus intentionnels. Par exemple, Honig (2000) souligne que certains enfants se touchent les parties génitales pour se bercer ou se concentrer sur les histoires qui leur sont racontées. De plus, avec l'apparition du langage, l'enfant prend plaisir à nommer toutes les parties de son corps (yeux, nombril, nez, fesses, orteils, etc.) (Honig, 2000).

Dès l'âge de 2 ans, l'enfant acquiert la notion d'identité sexuelle. Il commence alors à comprendre qu'il est une fille ou un garçon. L'enfant est curieux à propos du nom des parties génitales, de la provenance des bébés et des différences corporelles entre les filles et les garçons (Biehr, 1989; Burton, Nesmith, & Badten, 1997; Rutter, 1980). C'est le début des questionnements en lien avec la sexualité. En réponse à cette curio-

sité et à ces questionnements, on constate chez les deux sexes, et ce jusqu'à 6 ans, des comportements d'exhibitionnisme et de voyeurisme (Friedrich et al., 1991 ; Johnson, 2002 ; Larsson et al., 2000). Entre 2 et 6 ans, les enfants des deux sexes s'embrassent, se touchent et donnent des baisers à des adultes et à des enfants qu'ils connaissent peu ou pas (Friedrich et al., 1991 ; James & Burch, 1999). C'est dans cette même tranche d'âge que nous commençons à observer des jeux de nature sexuelle, tels que jouer « au papa et à la maman » ou jouer « au docteur » (Biehr, 1989 ; James et Burch, 1999). Entre 3 et 6 ans, on observe chez les enfants des comportements de séduction copiés sur ceux des parents, des frères et sœurs aînés, des acteurs de télévision ou d'autres personnes plus âgées (Friedrich et al., 1991). L'enfant peut également s'identifier au parent du même sexe et adopter des comportements de séduction à l'égard du parent du sexe opposé (Biehr, 1989). Cette période est dite œdipienne dans la théorie de Freud (1905/1962).

Entre 6 et 9 ans, la période de latence s'installe (Freud, 1905/1962) : l'intérêt sexuel des enfants s'apaise et laisse place aux activités sociales et intellectuelles (Friedrich, 1997 ; Friedrich et al., 2005). L'égoïsme décroît et les habiletés de communication se développent. On commence alors à assister aux comportements sexuels interpersonnels (Gil, 1993) et à l'utilisation de mots ou d'expressions vulgaires pour qualifier les organes génitaux ou les activités sexuelles (Burton et al., 1997). Cela s'actualise encore en contexte de jeu dans une atmosphère agréable. Bien que l'enfant s'ouvre aux autres, on remarque à cet âge une ségrégation des sexes et la création de groupes d'amis du même sexe. L'enfant peut alors manifester des comportements de rejet ou dénigrants à l'égard des enfants du sexe opposé (Pithers et al., 1998). Même s'ils sont observés à une fréquence moins élevée qu'avant l'âge de 6 ans, les comportements d'auto-stimulation, de voyeurisme, d'exhibitionnisme et de touchers sont toujours présents et apparaissent en contexte de jeu (Sgroi et al., 1988).

Entre 10 et 12 ans, l'activité hormonale de la puberté entraîne l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires et crée de nouvelles sensations physiologiques et émotionnelles qui interrogent le jeune sur sa propre sexualité (Gil, 1993). Les jeunes se documentent alors en lisant, en regardant ou en parlant des relations sexuelles (Biehr, 1989 ; Burton et al., 1997 ; Schoentjes et al., 1999).

D'emblée, il semble que l'exhibition d'un comportement sexuel par les préadolescents est peu fréquente, étant donné que les normes de conduite sur le plan de l'intimité leur imposent un comportement plus réservé au fur et à mesure qu'ils vieillissent (Essa & Murray, 1999 ; Friedrich et al., 1991 ; Friedrich et al., 1992 ; Ryan, 2000). De ce fait, il est difficile de confirmer si les jeunes présentent effectivement moins de comportements sexuels ou s'ils les exercent simplement davantage dans l'intimité et à l'abri du regard de leurs parents (Ryan, 2000).

Différences selon le sexe

Les résultats de recherche divergent lorsque vient le temps de vérifier s'il existe des différences au niveau des comportements sexuels selon le sexe de l'enfant. D'une part, certains écrits démontrent en effet que les garçons ont une fréquence plus élevée de comportements sexuels que les filles (Friedrich, 1997; Kaeser, DiSalvo, & Moglia, 2000; Larsson & Svedin, 2002; Meyer-Bahlburg, Dolezal, & Sandberg, 2000), d'autres que les filles ont une fréquence plus élevée que les garçons (Friedrich et al., 1991), ou encore que la fréquence diffère entre les filles et les garçons selon la nature des comportements sexuels ou le répondant (Larsson & Svedin, 2002; Sandnabba, Santtila, Wannäs, & Krook, 2003; Santtila, Sandnabba, Wannäs, & Krook, 2005). Par exemple, Friedrich et al. (1991) ont évalué les comportements sexuels chez les filles et les garçons de 7 à 12 ans et ont fait ressortir que les premières présentent une fréquence plus élevée de comportements sexuels que les garçons du même âge. En Suède, Larsson et Svedin (2002) ont remarqué que la fréquence des comportements sexuels différait entre les garçons et les filles, les garçons présentant une fréquence plus élevée lorsque le répondant au *Child Sexual Behavior Inventory – 3rd revision* (CSBI-III : Friedrich, 1997) était l'intervenante de garderie. Toutefois, la fréquence de comportements sexuels ne différait pas entre les garçons et les filles lorsque le répondant au CSBI-III était le parent (Larsson & Svedin, 2002). En Finlande, Sandnabba et son équipe (2003) ont étudié les comportements sexuels d'enfants de 2 à 7 ans. Ils ont démontré que les garçons et les filles se distinguent concernant une trentaine de comportements sexuels. De façon générale, les filles ont davantage d'intérêt pour la question des jeux sexuels et des jeux de rôles, pour l'expression de l'affection envers les autres, ainsi que pour l'apparence physique et la séduction. Chez les garçons, les comportements d'exhibitionnisme et d'attouchements sexuels, les verbalisations sexuelles et un intérêt général envers la nudité sont les comportements qui les caractérisent davantage comparativement aux filles. Dans une seconde publication, Santtila et al. (2005) ont comparé les comportements sexuels du même échantillon afin de déterminer, à l'aide d'une analyse factorielle, s'il existait des sous-ensembles de comportements homogènes entre les garçons et les filles. Cette analyse a permis de regrouper les comportements des enfants en cinq catégories. De celles-ci, trois permettent de distinguer les garçons des filles : les comportements sexuels liés au « langage sexualisé/exhibitionnisme » et les comportements sexuels « intrusifs/défensifs » sont plus souvent posés par les garçons, alors que ceux liés à « l'aversion de la proximité » le sont davantage par les filles. Enfin, dans leurs recensions d'écrits, Biehr (1989) et Ryan (2000) rapportent l'existence de jeux sexuels interpersonnels chez les garçons pendant la période de la préadolescence, avec une légère augmentation de ces activités jusqu'à l'âge de 13 ans. Ces auteurs suggèrent que ces jeux sexuels tendent à durer plus longtemps chez les garçons que chez les filles.

D'autre part, une étude de Wanderley (2005) auprès d'enfants brésiliens et une autre de Schoentjes et al. (1999) auprès d'enfants belges démontrent que les compor-

tements sexuels des garçons diffèrent peu de ceux des filles, et ce, bien que l'on puisse constater une fréquence totale généralement plus élevée chez les garçons et pour certains items spécifiques. Pour leur part, Sandnabba et al. (2003) rapportent que les filles et les garçons finlandais de 2 à 7 ans ne se différencient pas quant à la fréquence totale des comportements sexuels.

Tout compte fait, bien que les avis divergent, il semble ressortir de ces études que les comportements sexuels des garçons et des filles diffèrent surtout selon leur nature. Par contre, étant donné les différences culturelles entre les échantillons mentionnés, il est difficile de généraliser ces résultats. De plus, les études s'étant intéressées à ce sujet n'ont pas toutes utilisé le même instrument de mesure pour évaluer les comportements sexuels des enfants. Comme la mesure n'est pas la même, il est difficile de comparer ces résultats.

Différences selon un antécédent d'agression sexuelle chez l'enfant

L'antécédent d'agression sexuelle chez les enfants est le facteur associé aux comportements sexuels le plus étudié dans la littérature. Jusqu'au milieu des années 80, les comportements de nature sexuelle, et surtout les comportements sexuels problématiques, étaient souvent considérés comme la conséquence d'une agression sexuelle (Ryan, 2000). Presque unanimement, les études ont démontré que les enfants victimes d'agression sexuelle présentaient une fréquence plus élevée de comportements sexuels que ceux qui n'en avaient pas vécu (Chromy, 2006; Cosentino et al., 1995; Friedrich, 1997; Friedrich et al., 1992; Friedrich et al., 2001; Wherry et al., 1995). Par exemple, dans leur étude de 2001, Friedrich et al. ont démontré qu'indépendamment de l'âge et du sexe, le groupe d'enfants victimes d'agression sexuelle a obtenu des scores significativement plus élevés que les enfants du groupe normatif pour l'ensemble des 38 items du CSBI-III. De plus, Cosentino et al. (1995) ont démontré que les comportements sexuels des filles agressées sexuellement étaient non seulement plus fréquents, mais qu'ils différaient de ceux des filles n'ayant pas été victimes à certaines sous-échelles du CSBI-I, soit pour les catégories de comportements liés aux problèmes de frontières, les comportements sexuels agressifs et l'auto-stimulation.

En somme, à notre connaissance, il n'existe aucune étude ayant exploré les comportements sexuels chez un groupe d'enfants québécois âgés de moins de 12 ans n'ayant pas été agressés sexuellement et provenant de la communauté. Ailleurs, cinq études américaines, deux études finlandaises, deux études suédoises, une étude allemande et une étude brésilienne se sont intéressées aux comportements sexuels des enfants âgés de moins de 12 ans; les résultats obtenus mettent en évidence des différences, ce qui nous porte à croire que les comportements sexuels des enfants varient selon la culture. Parmi ces études, cinq seulement ont utilisé des échantillons d'enfants normaux (Friedrich et al., 1991; Friedrich et al., 1992; Friedrich et al., 2001; Sandnabba et al., 2003; Wanderley, 2005). Puisqu'à ce jour aucune étude sur les comportements

sexuels des enfants n'a porté sur les enfants québécois et que les études existantes présentent des divergences dans leurs résultats selon la provenance de leur échantillon, les connaissances actuelles sur les comportements sexuels des enfants ne peuvent être généralisées à la population québécoise. Le contexte culturel est déjà un facteur identifié par différents chercheurs comme pouvant influencer les comportements sexuels des enfants (Essa & Murray, 1999; Larsson et al., 2000; Wanderley, 2005).

Objectifs de l'étude

Notre recherche vise donc à décrire la nature et la fréquence des comportements sexuels d'enfants québécois n'ayant pas été victimes d'agressions sexuelles et à vérifier s'il existe des différences selon l'âge et le sexe de l'enfant. Par la suite, nous vérifierons s'il existe des différences dans la nature et la fréquence des comportements sexuels entre les enfants non victimes et ceux victimes d'agression sexuelle et ce, selon leur âge et leur sexe.

Méthodologie

Description de l'échantillon

Le groupe d'enfants normaux (non AS) est constitué de 92 filles (60,5 %) et de 60 garçons (39,5 %) dont l'âge moyen est de respectivement 6,9 ans (ÉT de 2.81) et 7,2 ans (ÉT de 2.74). Ces enfants proviennent de la population normale et ont été recrutés en 2001 et 2004 sur le territoire de la ville de Montréal, notamment dans des centres de loisirs ou d'activités sportives. Ce groupe d'enfants a été appareillé à un groupe d'enfants agressés sexuellement en fonction du sexe et de l'âge des enfants. Pour ce faire, nous avons identifié, pour chaque enfant du groupe non AS, un enfant du groupe AS du même sexe et du même âge.

Le groupe d'enfants AS est donc également composé de 92 filles (60,5 %) et de 60 garçons (39,5 %) dont l'âge moyen est respectivement 7,2 ans (ÉT de 2.46) et 7,6 ans (ÉT de 2.47). Les enfants ont été recrutés dans trois centres jeunesse du Québec (régions de Lanaudière, Mauricie-Centre du Québec et Montérégie). Le recrutement des participants a été fait en collaboration avec les intervenants de ces centres jeunesse entre les années 1998 et 2004. En fait, dès qu'une agression sexuelle était confirmée, l'intervenant responsable de l'évaluation sollicitait la participation de la mère. Une entrevue semi-structurée incluant l'administration de questionnaires a été menée séparément pour la mère et l'enfant victime, et ce, par deux interviewers préalablement formés. Cette entrevue, d'environ deux heures, a eu lieu en moyenne 2,9 mois (ÉT de 5,4) après le signalement pour abus sexuel à la protection de la jeunesse.

Mesure de la variable dépendante – Comportements sexuels des enfants

Plusieurs instruments de mesure ont été mis au point au cours des dernières années afin de mesurer les comportements sexuels (sains et problématiques) chez les enfants. Ces outils varient sur le nombre d'items (de 5 à 150), sur la population ciblée (par exemple, population normale, enfants présentant des troubles de comportement, victimes d'agression sexuelle, victimes de traumatismes, etc.) et sur les qualités psychométriques (par exemple : la validité est rarement démontrée et l'utilisation de seuils cliniques est peu fréquente). De ceux-ci, le Child Sexual Behavior Inventory-III (CSBI-III : Friedrich, 1997) est l'outil le plus utilisé par les chercheurs et cliniciens qui s'intéressent aux comportements sexuels des enfants.

Une version française du CSBI-III, traduite par Wright, Sabourin et Lussier (1994), a donc été utilisée pour mesurer les comportements sexuels des enfants. Cet outil vise à mesurer la fréquence de 38 comportements sexuels sains et problématiques chez les enfants de 2 à 12 ans à partir d'une échelle de type Likert en quatre points où le répondant, habituellement le parent, doit indiquer à quelle fréquence (0 pour jamais, 1 pour moins d'une fois par mois, 2 pour une à trois fois par mois et 3 pour au moins une fois par semaine) le comportement a été observé chez son enfant au cours des six derniers mois. Le CSBI-III comporte trois échelles : le *CSBI Total Score* (CSBI Total), qui représente la somme des réponses aux 38 items du questionnaire, le *Developmentally Related Sexual Behaviors* (DRSB), qui réfère aux comportements habituellement présentés par plus de 20 % des enfants, et le *Sexual Abuse Specific Items* (SASI), qui représente les comportements habituellement observés chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Friedrich, 1997). Le CSBI-III comporte aussi neuf sous-échelles regroupant les comportements sexuels comme suit : les problèmes de frontières, l'exhibitionnisme, les comportements liés à l'identité sexuelle, l'auto-stimulation, l'anxiété sexuelle, l'intérêt pour la sexualité, les comportements sexuels intrusifs, les connaissances sexuelles et le voyeurisme.

Un score élevé au *CSBI Total Score* indique une fréquence élevée de comportements sexuels au cours des six derniers mois. Un score élevé au DRSB (qui regroupe les comportements les plus couramment observés chez les enfants normaux) suggérerait que l'enfant est particulièrement actif, qu'il vit différents événements stressants, ou encore qu'il évolue dans une famille où la sexualité est présente de façon saine (Friedrich, 1997). Un score élevé au SASI peut être interprété comme un indice potentiel que l'enfant a vécu une agression sexuelle, mais Friedrich (1997) souligne que cela peut également indiquer d'autres perturbations familiales telles que l'abus physique ou l'inconstance des soins parentaux. Toutefois, Friedrich (1997) souligne que le CSBI (et spécialement l'échelle SASI) n'est pas un instrument diagnostique et qu'il ne peut être utilisé pour déterminer si un enfant a été agressé sexuellement ou non. Les scores obtenus aux échelles peuvent être analysés selon des normes en fonction de trois tranches d'âge (2-5 ans, 6-9 ans et 10-12 ans) et du sexe de l'enfant. Un score *T* de 65

et plus (seuil clinique) est considéré « cliniquement significatif donc problématique », celui entre 60 et 64 (zone clinique limite) indique « des difficultés et des problèmes de comportements pouvant être significatifs » et un score *T* de 59 et moins (zone de la normalité) est considéré « non cliniquement significatif ».

Friedrich et son équipe (2001) ont évalué les qualités psychométriques du CSBI-III auprès d'un échantillon de 2311 enfants divisé en trois groupes : 1114 enfants de la population générale, constituant l'échantillon normatif; 577 enfants référés dans une clinique externe de psychiatrie pour une évaluation psychologique ou psychiatrique, constituant l'échantillon psychiatrique; et 620 enfants agressés sexuellement, constituant l'échantillon de victimes d'agression sexuelle. La cohérence interne de l'outil a été établie à 0,72 pour l'échantillon normatif, à 0,83 pour l'échantillon psychiatrique et à 0,92 pour l'échantillon de victimes d'agression sexuelle. La stabilité test-retest d'un intervalle de deux semaines a été fixée à 0,91 et l'accord inter-juges à 0,79 pour 24 paires de figures parentales, à 0,43 pour 22 paires infirmière-mère et à 0,44 pour 61 paires enseignant-mère.

Mesures des variables indépendantes – Âge, sexe et antécédent d'agression sexuelle

L'âge ainsi que le sexe des enfants ont été documentés dans le cadre des informations générales recueillies dans le questionnaire de recherche, alors que l'antécédent d'agression sexuelle était confirmé par les directions de la protection de la jeunesse pour le groupe d'enfants agressés sexuellement. Pour le groupe d'enfants non agressés sexuellement, le parent devait répondre à la question suivante : « Est-ce que l'enfant a subi un abus sexuel confirmé par les services sociaux, un médecin ou la police ? Si oui, quel âge avait l'enfant à ce moment-là ? »

Stratégies d'analyses

Des analyses descriptives ont permis de déterminer la proportion d'enfants ayant effectué chacun des comportements à au moins une reprise au cours des six derniers mois. Ensuite, nous avons procédé à des analyses univariées afin de comparer ces proportions selon le sexe et l'âge des enfants. Afin de vérifier s'il existe des différences dans les scores moyens obtenus aux sous-échelles et aux échelles du CSBI-III, des tests de signification sur les moyennes (test-t) ont été réalisés en fonction du sexe des enfants, et des analyses de variance simples (ANOVA) ont été exécutées en fonction des trois tranches d'âge.

Pour le second objectif, des analyses descriptives ont été réalisées afin de déterminer la fréquence de chaque comportement sexuel au cours des six derniers mois. Par ailleurs, nous avons effectué des tests de signification sur les moyennes (test-t) afin de comparer chaque sous-groupe non AS à son équivalent AS en fonction des items, des sous-échelles et des échelles du questionnaire selon le sexe et la tranche d'âge des

enfants. Pour l'ensemble des tests statistiques réalisés, le seuil de signification des tests a été fixé à 0,05.

Résultats

Comportements sexuels de l'échantillon d'enfants non AS

La proportion d'enfants ayant effectué les différents comportements sexuels varie entre 0 % et 47 % (voir le Tableau 1). Huit comportements ont été rapportés pour plus de 20 % des enfants, 22 comportements ont été observés chez moins de 10 % des enfants et neuf ont été observés chez moins de 5 % des enfants. Quatre des huit comportements les plus souvent rapportés sont liés aux problèmes de frontières et à l'intérêt pour la sexualité.

Les comparaisons en fonction du sexe des enfants ont révélé peu de différences significatives (voir les Tableaux 1 et 2). Les garçons ont obtenu un score plus élevé que les filles à l'échelle SASI et à la sous-échelle de l'intérêt pour la sexualité. Concernant chaque item, les garçons ont présenté dans une plus grande proportion les quatre comportements sexuels suivants : « toucher ses parties sexuelles en public », « toucher ses parties sexuelles à la maison », « essayer de voir les autres nus ou en train de se déshabiller », ainsi que « tenter de regarder des photos de personnes nues ou partiellement habillées ». Si on s'attarde aux scores T obtenus par les enfants de chaque sexe, les garçons obtiennent un score T à la limite du seuil clinique à l'échelle SASI ($T = 64,0$), et un score se situant dans la même zone clinique limite à l'échelle CSBI Total (voir Tableau 2). De leur côté, les filles obtiennent aussi un score T se situant dans la zone clinique limite à l'échelle SASI.

Certaines différences ont également été observées selon les tranches d'âge (voir les Tableaux 1 et 2). De façon générale, lorsque des différences en fonction de l'âge surviennent quant à la fréquence des comportements sexuels, les enfants de 2 à 5 ans présentent une fréquence plus élevée de comportements sexuels. Plus spécifiquement, ceux-ci ont obtenu des scores plus élevés que les deux autres tranches d'âge à l'échelle du DRSB, aux sous-échelles « Problèmes de frontières » et « Comportements sexuels intrusifs », ainsi que pour quatre comportements spécifiques. Ces comportements sont précisément « toucher ou essayer de toucher les seins de sa mère ou des autres femmes », « montrer ses parties sexuelles aux adultes », « parler d'activités sexuelles » et « embrasser les enfants qu'il connaît peu ». De plus, les enfants de 2 à 5 ans présentent également une fréquence plus élevée de comportements que le groupe d'enfants de 10 à 12 ans pour l'échelle du CSBI Total, les sous-échelles « Exhibitionnisme » et « Auto-stimulation », ainsi que pour trois comportements spécifiques (« touche ses parties sexuelles en public », « touche ses parties sexuelles à la maison » et « veut regarder des films ou des émissions de télévision sexuellement explicites »). Les enfants de 6 à 9 ans présentent également une fréquence plus élevée de comportements que le groupe d'enfants de 10 à 12 ans pour l'échelle du SASI et la sous-échelle « Auto-stimu-

lation», ainsi que pour deux comportements spécifiques (« touche ses parties sexuelles à la maison » et « veut regarder des films ou des émissions de télévision sexuellement explicites »). Finalement, en s'attardant aux seuils cliniques (score *T* de 60 et plus), on peut constater qu'indépendamment de l'âge, les enfants du groupe non AS obtiennent un score *T* dans la zone clinique limite à l'échelle SASI et que les enfants de 6 à 9 ans obtiennent un score *T* dans cette même zone clinique limite à l'échelle CSBI Total (voir le Tableau 2).

Comparaisons des comportements sexuels des groupes AS et non AS

Des analyses préliminaires ayant révélé très peu de différences significatives entre les deux groupes en fonction des items du questionnaire, nous avons choisi de présenter ici seulement les comparaisons aux sous-échelles et échelles du CSBI-III. Les comparaisons entre les deux groupes d'enfants permettent d'observer que le groupe AS présente des scores plus élevés à toutes les échelles (Total, SASI et DRSB), ainsi qu'à toutes les sous-échelles sauf celle de « l'Anxiété sexuelle », pour laquelle les deux groupes ne diffèrent pas, et celle des « Problèmes liés à l'identité sexuelle », où le groupe non AS a obtenu un score plus élevé que le groupe AS (voir le Tableau 3).

En comparant les deux groupes selon le sexe des enfants, les résultats démontrent que les filles du groupe AS présentent un score plus élevé que les filles non AS à deux des trois échelles du CSBI-III (CSBI Total et SASI), ainsi qu'aux sous-échelles « Problèmes de frontières », « Exhibitionnisme », « Intérêt pour la sexualité », « Comportements sexuels intrusifs », « Voyeurisme » et « Connaissances sexuelles » (voir le Tableau 3). Chez les garçons, ceux du groupe AS obtiennent des scores plus élevés que ceux du groupe non AS aux trois échelles (CSBI Total, SASI et DRSB), ainsi qu'aux sous-échelles « Problèmes de frontières », « Exhibitionnisme », « Auto-stimulation », « Comportements sexuels intrusifs » et « Connaissances sexuelles » (voir le Tableau 3). Par contre, les garçons du groupe non AS obtiennent un score plus élevé à la sous-échelle des « Problèmes liés à l'identité sexuelle » (voir le Tableau 3). En ce qui a trait aux seuils cliniques, les filles du groupe AS obtiennent des scores *T* supérieurs au seuil clinique aux échelles CSBI Total et SASI. Quant aux garçons du groupe AS, ils obtiennent des scores *T* plus élevés que les enfants du groupe non AS et au-delà du seuil clinique aux échelles CSBI Total et SASI.

Quant aux comparaisons selon l'âge des enfants, elles permettent également de remarquer des distinctions. Chez les 2 à 5 ans, les enfants du groupe AS se différencient des enfants du groupe non AS en obtenant un score plus élevé aux trois échelles du CSBI-III, ainsi qu'aux sous-échelles « Problèmes de frontières », « Auto-stimulation », « Comportements sexuels intrusifs » et « Connaissances sexuelles » (voir le Tableau 4). De leur côté, les enfants du groupe non AS de cette tranche d'âge obtiennent un score plus élevé en ce qui concerne les problèmes liés à l'identité sexuelle (voir le Tableau 4). Chez les 6 à 9 ans, les scores des enfants victimes d'AS sont aussi plus élevés aux trois

échelles du CSBI-III, ainsi qu'aux sous-échelles « Problèmes de frontières », « Exhibitionnisme », « Comportements sexuels intrusifs », « Connaissances sexuelles » et « Voyeurisme » (voir le Tableau 4). Enfin, pour les enfants de 10 à 12 ans, ceux du groupe AS ont obtenu un score plus élevé à l'échelle CSBI Total, ainsi qu'aux sous-échelles « Problèmes de frontières », « Exhibitionnisme », « Auto-stimulation », « Intérêt pour la sexualité » et « Comportements sexuels intrusifs » (voir le Tableau 4). Finalement, en ce qui a trait aux seuils cliniques, les enfants des trois tranches d'âge du groupe AS ont obtenu des scores *T* qui se situent au-delà du seuil clinique aux échelles CSBI Total et SASI (voir le Tableau 4).

Discussion

L'objectif premier de cette étude était de décrire les comportements sexuels des enfants normaux et de vérifier si ces comportements diffèrent en fonction de l'âge et du sexe des enfants. À notre connaissance, cette étude représente une première tentative de décrire les comportements sexuels des enfants québécois. Ces données permettent de mieux documenter le sujet et de fournir aux chercheurs et aux cliniciens qui travaillent dans le domaine des points de repère spécifiques à la population québécoise.

Un premier constat en lien avec cet objectif concerne la proportion relativement faible d'enfants présentant les différents comportements sexuels. En effet, plus de la moitié (58 %) des comportements sexuels du CSBI-III ont été rapportés chez moins de 10 % des enfants de notre échantillon et le quart (24 %) ont été observés chez moins de 5 % des enfants. Ces résultats sont semblables à ceux de Friedrich et al. (1991) : dans leur échantillon d'enfants américains de 2 à 12 ans, plus de la moitié des comportements (55 %) sont rapportés chez moins de 10 % des enfants et plus du tiers (37 %) sont rapportés chez moins de 5 % des enfants. Nos résultats sont également semblables à ceux de Schoentjes et al. (1999), qui rapportent qu'un peu moins du tiers (31 %) des comportements sont observés chez moins de 5 % des enfants belges de 2 à 12 ans et 55 % des comportements sont observés chez moins de 10 % de ces mêmes enfants. À cet égard, il est intéressant de préciser qu'indépendamment de la provenance des échantillons d'enfants de ces deux études et de la nôtre, les six mêmes comportements ressortent comme étant observés chez moins de 5 % des enfants, soit : essayer d'avoir des rapports sexuels avec un autre enfant ou avec l'adulte, placer sa bouche sur les parties sexuelles d'un autre enfant ou d'un adulte, toucher aux parties sexuelles d'animaux, demander aux autres de participer à des activités sexuelles, insérer des objets dans le vagin ou l'anus et tenter de déshabiller les autres enfants contre leur gré. Cela porte à croire qu'il existe certains comportements sexuels marginaux chez les enfants, quelle que soit la culture.

Toutefois, nos résultats portent à croire que les enfants québécois montrent davantage de comportements sexuels que ceux d'autres études réalisées avec le CSBI; ces

dernières obtenaient en effet un plus grand nombre de comportements sexuels présentés par moins de 5% ou 10 % des enfants de leur échantillon (Friedrich et al., 1992; Larsson & Svedin, 2002; Sandnabba et al., 2003; Wanderley, 2005). Il est toutefois difficile de déterminer avec certitude si les enfants québécois démontrent effectivement plus de comportements sexuels ou si ces comportements sont simplement davantage rapportés par leurs parents. Les parents québécois seraient-ils moins prudes ou rapporteraient-ils plus facilement les comportements sexuels de leurs enfants, comparativement aux parents d'autres cultures? De plus, il est possible que cette fréquence plus élevée dans notre étude s'explique par le fait que l'étude de Friedrich et al. (1992) date de près de 20 ans; l'écart pourrait donc être attribuable à des changements dans la société nord-américaine, où l'éducation sexuelle et l'acceptation de la sexualité des enfants sont plus présentes de nos jours qu'il y a 10 ou 20 ans. Ces changements de valeurs entraîneraient une fréquence plus élevée chez les enfants, mais également une propension plus grande de la part des parents à rapporter les comportements sexuels de leurs enfants.

Bien que les fréquences des comportements varient d'une étude à l'autre, nous pouvons néanmoins constater que les résultats des différentes recherches montrent que les mêmes comportements sont les plus fréquents. En effet, les comportements sexuels les plus rapportés dans notre étude sont liés à l'auto-stimulation, aux problèmes de frontières, au voyeurisme et à l'intérêt pour la sexualité, tandis que les moins observés s'apparentent aux comportements sexuels intrusifs et à l'auto-stimulation impliquant une pénétration avec un objet, ce qui rejoint les travaux de Friedrich et al. (1991), Sandnabba et al. (2003), Schoentjes et al. (1999) ainsi que Wanderley (2005).

Un autre constat est que les enfants de 2 à 5 ans présentent, de façon générale, les différents comportements sexuels dans une proportion plus élevée que les enfants plus âgés, et que ces comportements décroissent avec l'âge. Cela concorde avec les théories du développement psycho-sexuel, qui prétendent que la période de latence (entre 6 et 12 ans) se caractérise par une diminution des comportements sexuels des enfants (Ryan, 2000). Nos résultats sont difficilement comparables à ceux d'autres études en ce qui concerne l'âge, car certaines ont utilisé des tranches d'âge différentes des nôtres (Friedrich et al., 1991; Larsson & Svedin, 2002; Wanderley, 2005), tandis que d'autres ont exploré l'effet de l'âge séparément pour les filles et les garçons (Friedrich et al., 2001; Sandnabba et al., 2003). Une seule étude, celle de Schoentjes et al. (1999), a utilisé les mêmes tranches d'âge, et leurs résultats rejoignent les nôtres.

Par ailleurs, les comparaisons selon le sexe des enfants démontrent que les comportements sexuels des garçons diffèrent très peu de ceux des filles, si ce n'est que les garçons présentent davantage de comportements associés à l'intérêt pour la sexualité et qu'ils ont tendance à obtenir des fréquences légèrement plus élevées sur un peu plus de la moitié des comportements, sans que ces différences ne soient significatives. Ces résultats convergent avec ceux de Sandnabba et al. (2003), Schoentjes et al. (1999) ainsi que Wanderley (2005). Par contre, ces résultats divergent de ceux de Friedrich et

al. (1991), selon lesquels la proportion de filles est fréquemment supérieure à celle des garçons aux items du CSBI. Cela pourrait être expliqué par le fait que ces auteurs n'ont pas réalisé d'analyses pour vérifier s'il y avait des différences statistiques pour chacun des items.

Un dernier constat concernant cet objectif est que, malgré le fait qu'il a été confirmé que les enfants du groupe non AS n'avaient pas vécu d'agression sexuelle, les scores *T* qu'ils obtiennent à l'échelle SASI (une échelle pouvant indiquer des comportements sexuels liés à une agression sexuelle) se situent dans la zone clinique limite, ce qui, selon Friedrich (1997), pourrait suggérer la présence d'une agression sexuelle et de problèmes de comportement pouvant être significatifs. Ces résultats divergent de ceux de Friedrich (1997) et de Friedrich et al. (2001), selon lesquels les scores obtenus aux trois échelles se situent en-deçà du seuil clinique chez les enfants non victimes, indépendamment de l'âge et du sexe des enfants. Une première hypothèse pour expliquer cette différence serait que ces résultats proviennent d'échantillons recrutés dans les années 1980 et 1990, ce qui rendrait aujourd'hui inadéquats les seuils cliniques suggérés. En effet, il est fort possible que l'évolution des valeurs et de la société en matière de sexualité a eu comme impact une augmentation de la fréquence des comportements sexuels rapportés chez les enfants.

Le second objectif de cette étude était de vérifier l'existence des différences dans la nature et la fréquence des comportements sexuels des enfants qui n'ont pas vécu d'agression sexuelle par rapport à ceux qui en ont été victimes, et ce, en fonction de l'âge et du sexe des enfants. Nos résultats démontrent que, de façon générale, les enfants victimes d'AS présentent une fréquence plus élevée de comportements sexuels que les enfants non victimes pour l'ensemble des échelles du questionnaire et pour plusieurs sous-échelles. En effet, deux sous-échelles du CSBI-III distinguent tous les groupes d'enfants AS de ceux non victimes, indépendamment de l'âge et du sexe : les problèmes de frontières et les comportements sexuels intrusifs. Ces résultats ne sont pas surprenants cliniquement si l'on considère qu'une agression sexuelle est, par nature, une transgression des frontières personnelles et un comportement sexuel intrusif. L'enfant victime d'AS a peut-être tendance à répéter ces comportements, ne comprenant pas qu'ils sont inappropriés. De plus, comme il a été confronté à une agression sexuelle, l'enfant victime pourrait également présenter davantage de connaissances sexuelles que les enfants non victimes.

Nos résultats rejoignent ceux des études ayant comparé des enfants victimes d'agression sexuelle à des enfants n'en ayant pas vécu, en ce sens que les enfants victimes manifestent davantage de comportements sexuels, dont plus de comportements sexuels problématiques (Cosentino et al., 1995; Friedrich et al., 1992; Friedrich et al., 2001).

Finalement, un dernier constat relatif à cet objectif est que l'utilisation du seuil clinique (score *T* de 65 et plus) et de la zone clinique limite (score *T* entre 60 et 64) établis par Friedrich (1997) situe le groupe d'enfants sans AS dans la zone clinique limite. En effet, les scores *T* obtenus à l'ensemble des trois échelles sont relativement élevés pour

le groupe non AS, se situant dans la zone clinique aux échelles CSBI Total et SASI. Cela permettrait donc de douter de la pertinence d'utiliser les seuils cliniques afin d'établir le degré de sévérité des comportements sexuels des enfants. Nos résultats sont difficilement comparables à ceux des autres études ayant utilisé le CSBI, car, à notre connaissance, seulement deux études (Drach et al., 2001 ; Friedrich, 1997) ont utilisé les seuils cliniques pour comparer les groupes d'enfants victimes d'agression sexuelle ou non. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Drach et al. (2001), selon lesquels les seuils proposés pour les échelles du CSBI semblent moins bien discriminer les enfants victimes d'agression sexuelle ou non.

Implications cliniques anticipées

Nous espérons que les résultats de cette étude permettront aux divers acteurs intervenant auprès des enfants de 2 à 12 ans de mieux connaître les comportements sexuels présentés habituellement par les enfants québécois. Une meilleure connaissance du phénomène permettrait d'abord une meilleure identification de ce qui peut être considéré comme un comportement commun ou non chez les enfants en fonction de leur stade développemental, puis de mettre en place des interventions plus spécifiques et plus appropriées en réponse à ces comportements.

De surcroît, cette étude montre la pertinence d'utiliser le CSBI-III afin de décrire les comportements sexuels des enfants victimes d'agression sexuelle et ceux des enfants non victimes. Rappelons toutefois que le CSBI-III n'est pas un outil de dépistage ou de diagnostic, mais qu'il demeure un outil pouvant servir à des fins cliniques d'évaluation et être complémentaire à une évaluation clinique complète. À cet effet, voir les textes de Bennett (1997) et de l'ATSA Task Force (2008) pour des recommandations cliniques concernant l'évaluation des enfants agressés sexuellement ou présentant des comportements sexuels problématiques.

TABEAU 1
Comportements sexuels rapportés chez le groupe d'enfants non AS et différences selon le sexe et l'âge

| | TOTAL | SEXE | | TRANCHES D'ÂGE | | | | X ² dl = 2 | |
|--|-------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | Filles n = 92 % | Garçons n = 60 % | 2-5 ans n = 48 % | 6-9 ans n = 76 % | 10-12 ans n = 28 % | X ² dl = 2 | | |
| | | | | | | | | | |
| Problèmes de frontières | | | | | | | | | |
| 2. Se tient trop près des gens physiquement | 26,3 | 26,1 | 26,7 | 18,8 | 31,6 | 25,0 | 2,53 | | |
| 7. Touche ou essaie de toucher les seins de sa mère ou des autres femmes | 32,2 | 33,7 | 30,0 | 52,1 | 27,6 | 10,7 | 15,30 | A* B*** | |
| 17. Se frotte le corps contre les autres ou contre les objets | 2,0 | 1,1 | 3,3 | 2,1 | 2,6 | 0,0 | 0,74 | | |
| 24. Embrasse des adultes qu'il connaît peu | 13,8 | 17,4 | 8,3 | 25,0 | 9,2 | 7,1 | 7,44 | A* | |
| 26. Agit de façon trop amicale avec des hommes qu'il connaît peu | 7,2 | 8,7 | 5,0 | 12,5 | 3,9 | 7,1 | 3,21 | | |
| 32. Serre dans ses bras les adultes qu'il connaît peu | 9,9 | 12,0 | 6,7 | 16,7 | 7,9 | 3,6 | 4,08 | | |
| 36. Place sa bouche sur les seins de sa mère ou d'autres femmes | 3,9 | 4,3 | 3,3 | 6,3 | 2,6 | 3,6 | 6,77 | | |
| Exhibitionnisme | | | | | | | | | |
| 21. Montre ses parties sexuelles aux adultes | 16,4 | 14,1 | 20,0 | 31,3 | 13,2 | 0,0 | 13,76 | A* B*** | |
| 33. Montre ses parties sexuelles aux autres enfants | 7,9 | 5,4 | 11,7 | 12,5 | 6,6 | 3,6 | | | |
| Comportements liés à l'identité sexuelle | | | | | | | | | |
| 1. S'habille comme les personnes de l'autre sexe | 7,2 | 6,5 | 8,3 | 10,4 | 6,6 | 3,6 | 1,33 | | |
| 3. Parle de son désir d'être de l'autre sexe | 9,9 | 9,8 | 10,0 | 10,4 | 11,8 | 3,6 | 1,60 | | |

| | TOTAL | SEXE | | | | TRANCHES D'ÂGE | | | |
|--|-------|---------|--------|----------|--------|----------------|---------|-----------|--------------------------|
| | | Filles | | Garçons | | 2-5 ans | 6-9 ans | 10-12 ans | x ² dl = 2 |
| | | n = 152 | n = 92 | n = 60 | n = 76 | | | | |
| | % | % | % | % | % | % | | | |
| Auto-stimulation | | | | | | | | | |
| 4. Touche ses parties sexuelles en public | 18,4 | 9,8 | 31,7 | 11,57*** | 31,3 | 15,8 | 3,6 | 9,72 | B** |
| 5. Se masturbe en utilisant sa main | 17,1 | 17,4 | 16,7 | 0,01 | 18,8 | 19,7 | 7,1 | 2,42 | |
| 8. Se masturbe avec un objet ou un jouet | 7,2 | 8,7 | 5,0 | 0,74 | 8,3 | 7,9 | 3,6 | 0,70 | |
| 12. Touche ses parties sexuelles à la maison | 46,7 | 40,2 | 56,7 | 3,95* | 62,5 | 50,0 | 10,7 | 19,71 | B*** C*** |
| 18. Insère des objets dans le vagin ou l'anus | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,00 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,00 | |
| Anxiété sexuelle | | | | | | | | | |
| 25. Est dérangé par les signes d'affection entre adultes | 26,3 | 25,0 | 28,3 | 0,21 | 29,2 | 27,6 | 17,9 | 1,30 | |
| Intérêt pour la sexualité | | | | | | | | | |
| 6. Ajoute les parties sexuelles à ses dessins de personnes | 11,8 | 8,7 | 16,7 | 2,21 | 12,5 | 11,8 | 10,7 | 0,05 | |
| 15. Émet des bruits de nature sexuelle | 9,9 | 8,7 | 11,7 | 0,36 | 4,2 | 13,2 | 10,7 | 2,70 | |
| 28. Parle sur un ton séducteur | 21,7 | 19,6 | 25,0 | 0,63 | 22,9 | 23,7 | 14,3 | 1,12 | |
| 35. Est très intéressé par les personnes de l'autre sexe | 37,5 | 35,9 | 40,0 | 0,26 | 22,9 | 46,1 | 39,3 | 6,02 | A* |
| Comportements sexuels intrusifs | | | | | | | | | |
| 9. Touche aux parties sexuelles d'autres enfants | 9,2 | 6,5 | 13,3 | 2,02 | 14,6 | 9,2 | 0,0 | 4,50 | |
| 10. Essaie d'avoir des rapports sexuels avec un autre enfant ou avec l'adulte | 0,7 | 0,0 | 1,7 | 1,54 | 2,1 | 0,0 | 0,0 | 2,18 | |
| 11. Place sa bouche sur les parties sexuelles d'un autre enfant ou d'un adulte | 1,3 | 1,1 | 1,7 | 0,09 | 4,2 | 0,0 | 0,0 | 4,39 | |
| 13. Touche aux parties sexuelles de l'adulte | 8,6 | 9,8 | 6,7 | 0,45 | 14,6 | 7,9 | 0,0 | 4,89 | |
| 14. Touche aux parties sexuelles d'animaux | 1,3 | 2,2 | 0,0 | 1,32 | 0,0 | 1,3 | 3,6 | 1,74 | |

COMPORTEMENTS SEXUELS D'ENFANTS DE 2 À 12 ANS

| | TOTAL | SEXE | | | | TRANCHES D'ÂGE | | | | | | |
|--|-------|---------|------|---------|------|----------------|------|---------|------|-----------|--------------------|--|
| | | Filles | | Garçons | | 2-5 ans | | 6-9 ans | | 10-12 ans | | |
| | | n = 152 | % | n = 92 | % | n = 48 | % | n = 76 | % | n = 28 | % | |
| | | | | | | | | | | | χ^2 dl = 2 | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 16. Demande aux autres de participer à des activités sexuelles | 2,0 | 1,1 | 3,3 | 0,95 | 4,2 | 1,3 | 0,0 | 1,93 | | | | |
| 27. Embrasse les enfants qu'il connaît peu | 17,1 | 20,7 | 11,7 | 2,07 | 37,5 | 9,2 | 3,6 | 21,04 | A*** | B*** | | |
| 29. Tente de déshabiller les autres enfants contre leur gré | 3,3 | 2,2 | 5,0 | 0,91 | 4,2 | 3,9 | 0,0 | 1,17 | | | | |
| 31. Embrasse avec sa langue | 7,9 | 6,5 | 10,0 | 0,60 | 14,6 | 6,6 | 0,0 | 5,53 | | | | |
| 34. Tente de déshabiller les adultes contre leur gré | 5,9 | 8,7 | 1,7 | 3,22 | 12,5 | 3,9 | 0,0 | 2,30 | | | | |
| Connaissances sexuelles | | | | | | | | | | | | |
| 20. Fait semblant que ses poupées ou tous ont des relations sexuelles | 9,9 | 12,0 | 6,7 | 1,14 | 6,3 | 14,5 | 3,6 | 3,77 | | | | |
| 23. Parle d'activités sexuelles | 27,0 | 28,3 | 25,0 | 0,20 | 8,3 | 34,2 | 39,3 | 12,64 | A** | B** | | |
| 37. A plus de connaissances sexuelles que la majorité des enfants de son âge | 13,8 | 14,1 | 13,3 | 0,02 | 8,3 | 17,1 | 14,3 | 1,03 | | | | |
| Voyeurisme | | | | | | | | | | | | |
| 19. Essaie de voir les autres nus ou en train de se déshabiller | 27,6 | 21,7 | 36,7 | 4,05* | 25,0 | 32,9 | 17,9 | 2,56 | | | | |
| 22. Tente de regarder des photos de personnes nues ou partiellement habillées | 15,8 | 9,8 | 25,0 | 6,33* | 6,3 | 18,4 | 25,0 | 5,47 | | | | |
| 30. Veut regarder des films ou des émissions de télévision sexuellement explicites | 9,2 | 6,5 | 13,3 | 2,02 | 4,2 | 5,3 | 28,6 | 15,43 | B*** | C*** | | |
| 38. Autres comportements sexuels | 2,6 | 1,1 | 5,0 | 2,17 | 4,2 | 1,3 | 3,6 | 1,91 | | | | |

Note. A = Différences significatives entre 2-5 ans et 6-9 ans; B = Différences significatives entre 2-5 ans et 10-12 ans; C = Différences significatives entre 6-9 ans et 10-12 ans * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

TABLEAU 2
Scores obtenus par les enfants du groupe non AS aux sous-échelles et échelles du CSBI-III
et différences en fonction du sexe et de l'âge

| | SEXE | | | | TRANCHES D'ÂGE | | | | F | | |
|---|---------------|---------------|---------------|--------|----------------|---------------|---------------|--------|-----------|-----------|--------|
| | Filles | | Garçons | | 2-5 ans | | 6-9 ans | | | 10-12 ans | |
| | n = 92 | M (ÉT) | n = 60 | M (ÉT) | n = 48 | M (ÉT) | n = 76 | M (ÉT) | | n = 28 | M (ÉT) |
| SOUS-ÉCHELLES | | | | | | | | | | | |
| Problèmes de frontières | 1,5 (1,9) | 1,2 (1,4) | 1,2 (1,4) | 1,51 | 2,0 (2,1) | 1,2 (1,5) | 0,8 (1,2) | 5,46 | A* B** | | |
| Exhibitionnisme | 0,3 (0,8) | 0,4 (0,9) | 0,4 (0,9) | 0,93 | 0,6 (1,0) | 0,3 (0,7) | 0,0 (0,2) | 4,87 | B** | | |
| Problèmes liés à l'identité sexuelle | 0,3 (0,8) | 0,2 (0,7) | 0,2 (0,7) | 0,74 | 0,4 (0,9) | 0,2 (0,6) | 0,2 (0,7) | 0,70 | | | |
| Auto-stimulation | 1,5 (2,3) | 1,8 (2,0) | 1,8 (2,0) | 0,04 | 2,4 (2,5) | 1,6 (2,1) | 0,4 (1,2) | 7,74 | B*** C* | | |
| Anxiété sexuelle | 0,4 (0,8) | 0,5 (0,8) | 0,5 (0,8) | 0,68 | 0,5 (0,9) | 0,5 (0,8) | 0,2 (0,5) | 1,28 | | | |
| Intérêt pour la sexualité | 1,0 (1,3) | 1,5 (1,8) | 1,5 (1,8) | 7,00** | 1,0 (1,5) | 1,4 (1,6) | 1,0 (1,1) | 1,13 | | | |
| Comportements sexuels intrusifs | 0,7 (1,3) | 0,6 (1,1) | 0,6 (1,1) | 0,68 | 1,3 (1,8) | 0,5 (0,8) | 0,1 (0,3) | 12,86 | A*** B*** | | |
| Connaissances sexuelles | 0,7 (1,3) | 0,6 (1,1) | 0,6 (1,1) | 1,71 | 0,3 (0,9) | 0,8 (1,1) | 0,9 (1,3) | 3,64 | | | |
| Voyeurisme | 0,5 (1,2) | 1,0 (1,4) | 1,0 (1,4) | 3,77 | 0,5 (1,2) | 0,7 (1,3) | 0,9 (1,4) | 0,70 | | | |
| ÉCHELLES | | | | | | | | | | | |
| CSBI Total | | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 6,88 (6,11) | 7,83 (7,15) | 7,83 (7,15) | 0,76 | 9,04 (7,29) | 7,14 (6,27) | 4,50 (4,81) | 4,50 | B** | | |
| Score T | 59,45 (15,51) | 60,9 (16,42) | 60,9 (16,42) | 0,11 | 59,04 (15,68) | 60,96 (16,03) | 59,14 (15,98) | 0,27 | | | |
| DRSB | | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 1,52 (1,87) | 2,25 (2,22) | 2,25 (2,22) | 2,91 | 3,19 (2,56) | 1,37 (1,42) | 0,64 (0,99) | 22,11 | A*** B** | | |
| Score T | 54,36 (12,60) | 55,98 (12,74) | 55,98 (12,74) | 0,14 | 54,98 (12,78) | 55,54 (12,47) | 53,57 (13,21) | 0,25 | | | |
| SASI | | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 3,15 (2,86) | 4,25 (4,50) | 4,25 (4,50) | 7,86** | 3,81 (3,67) | 4,00 (3,89) | 2,07 (2,24) | 3,12 | C* | | |
| Score T | 60,10 (15,15) | 64,00 (20,10) | 64,00 (20,10) | 4,82* | 61,19 (17,44) | 61,80 (16,92) | 61,96 (18,72) | 0,02 | | | |

Note. A = Différences significatives entre 2-5 ans et 6-9 ans; B = Différences significatives entre 2-5 ans et 10-12 ans; C = Différences significatives entre 6-9 ans et 10-12 ans.

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

TABLEAU 3
Différences statistiques entre les scores obtenus aux sous-échelles et échelles du CSBI-III pour les groupes non AS et AS et selon le sexe

| | AGRESSION SEXUELLE | | | | SEXE | | | | | | | |
|---|--|------------------------|--|----------|---|---|---|---|---|---|------------|----------|
| | Non AS | | AS | | Filles Non AS | | Filles AS | | Garçons Non AS | | Garçons AS | |
| | <i>n</i> = 152 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>n</i> = 152 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>F</i> | <i>n</i> = 92 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>n</i> = 92 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>n</i> = 92 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>n</i> = 92 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>n</i> = 60 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>n</i> = 60 <i>M</i> (<i>ÉT</i>) | <i>F</i> | |
| SOUS-ÉCHELLES | | | | | | | | | | | | |
| Problèmes de frontières | 1,38 (1,70) | 2,49 (3,53) | 30,89*** | | 1,50 (1,85) | 2,54 (3,54) | 19,05*** | | 1,20 (1,45) | 2,40 (3,56) | | 11,98** |
| Exhibitionnisme | 0,32 (0,79) | 0,59 (1,25) | 16,82*** | | 0,28 (0,76) | 0,41 (0,90) | 3,92* | | 0,38 (0,85) | 0,85 (1,62) | | 12,56** |
| Problèmes liés à l'identité sexuelle | 0,26 (0,73) | 0,14 (0,54) | 9,24** | | 0,27 (0,78) | 0,19 (0,67) | 1,98 | | 0,23 (0,65) | 0,05 (0,22) | | 17,02*** |
| Auto-stimulation | 1,60 (2,19) | 2,05 (2,93) | 8,80** | | 1,45 (2,32) | 1,70 (2,67) | 1,38 | | 1,83 (1,97) | 2,60 (3,24) | | 14,45*** |
| Anxiété sexuelle | 0,43 (0,79) | 0,50 (0,94) | 3,02 | | 0,40 (0,77) | 0,50 (0,99) | 3,69 | | 0,47 (0,83) | 0,50 (0,87) | | 0,12 |
| Intérêt pour la sexualité | 1,18 (1,52) | 1,34 (2,09) | 7,82** | | 0,99 (1,29) | 1,27 (2,05) | 9,60** | | 1,48 (1,79) | 1,43 (2,17) | | 0,88 |
| Comportements sexuels intrusifs | 0,67 (1,24) | 1,49 (3,05) | 25,84*** | | 0,73 (1,34) | 1,09 (2,32) | 3,87* | | 0,58 (1,06) | 2,08 (3,86) | | 28,34*** |
| Connaissances sexuelles | 0,68 (1,12) | 1,51 (1,88) | 47,64*** | | 0,74 (1,17) | 1,50 (1,80) | 20,49*** | | 0,60 (1,06) | 1,53 (2,00) | | 28,86*** |
| Voyeurisme | 0,68 (1,26) | 0,93 (1,52) | 4,44* | | 0,51 (1,15) | 0,81 (1,27) | 4,12* | | 0,95 (1,37) | 1,12 (1,83) | | 2,72 |
| ÉCHELLES | | | | | | | | | | | | |
| CSBI Total | | | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 7,26 (6,53) | 11,28 (12,69) | 28,92*** | | 6,88 (6,11) | 10,33 (11,39) | 15,97*** | | 7,83 (7,15) | 12,73 (14,43) | | 12,74** |
| Score T | 60,02 (15,83) | 67,44 (22,65) | 25,42*** | | 59,45 (15,51) | 66,27 (22,39) | 16,05*** | | 60,90 (16,42) | 69,23 (23,10) | | 8,78** |
| DRSB | | | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 1,81 (2,04) | 2,04 (2,66) | 4,33* | | 1,52 (1,87) | 1,70 (2,08) | 1,72 | | 2,25 (2,22) | 2,57 (3,32) | | 4,40* |
| Score T | 55,00 (12,64) | 57,32 (16,43) | 13,37*** | | 54,36 (12,60) | 57,44 (17,04) | 10,41** | | 55,98 (12,74) | 57,15 (15,61) | | 3,49 |
| SASI | | | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 3,59 (3,62) | 6,28 (7,89) | 41,21*** | | 3,15 (2,86) | 5,59 (7,09) | 25,12*** | | 4,25 (4,50) | 7,33 (8,94) | | 17,81*** |
| Score T | 61,64 (17,31) | 69,89 (24,45) | 34,40*** | | 60,10 (15,15) | 67,88 (23,77) | 25,04*** | | 64,00 (20,10) | 72,97 (25,36) | | 8,53** |

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

TABEAU 4
Différences statistiques entre les scores obtenus aux sous-échelles et échelles du CSBI-III pour les groupes non AS et AS selon l'âge

| | TRANCHES D'ÂGE | | | | | | | | F | F |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------------|----------|---------------|---------------|----------|
| | 2-5 ans Non AS n = 48 M (ÉT) | 2-5 ans AS n = 38 M (ÉT) | 6-9 ans Non AS n = 76 M (ÉT) | 6-9 ans AS n = 83 M (ÉT) | 10-12 ans Non AS n = 28 M (ÉT) | 10-12 ans AS n = 31 M (ÉT) | | | | |
| SOUS-ÉCHELLES | | | | | | | | | | |
| Problèmes de frontières | 1,98 (2,09) | 3,13 (3,82) | 1,24 (1,48) | 2,43 (3,76) | 0,75 (1,17) | 1,84 (2,31) | 18,90*** | 0,75 (1,17) | 1,84 (2,31) | 7,69** |
| Exhibitionnisme | 0,58 (1,01) | 0,76 (1,36) | 0,26 (0,74) | 0,53 (1,19) | 0,04 (0,19) | 0,52 (1,29) | 9,71** | 0,04 (0,19) | 0,52 (1,29) | 16,81*** |
| Problèmes liés à l'identité sexuelle | 0,35 (0,91) | 0,05 (0,23) | 0,22 (0,62) | 0,13 (0,46) | 0,18 (0,67) | 0,26 (0,89) | 3,76 | 0,18 (0,67) | 0,26 (0,89) | 0,58 |
| Auto-stimulation | 2,35 (2,49) | 3,68 (3,57) | 1,57 (2,09) | 1,61 (2,39) | 0,39 (1,20) | 1,23 (2,70) | 0,20 | 0,39 (1,20) | 1,23 (2,70) | 10,12** |
| Anxiété sexuelle | 0,50 (0,90) | 0,50 (0,89) | 0,46 (0,81) | 0,58 (1,03) | 0,21 (0,50) | 0,29 (0,74) | 3,33 | 0,21 (0,50) | 0,29 (0,74) | 1,24 |
| Intérêt pour la sexualité | 0,97 (1,52) | 1,21 (1,96) | 1,37 (1,64) | 1,35 (2,16) | 1,04 (1,10) | 1,45 (2,13) | 2,40 | 1,04 (1,10) | 1,45 (2,13) | 6,51* |
| Comportements sexuels intrusifs | 1,33 (1,78) | 2,84 (3,98) | 0,47 (0,79) | 1,02 (2,42) | 0,07 (0,26) | 1,06 (2,87) | 7,86** | 0,07 (0,26) | 1,06 (2,87) | 13,44** |
| Connaissances sexuelles | 0,33 (0,93) | 1,50 (1,97) | 0,82 (1,14) | 1,72 (1,90) | 0,93 (1,27) | 0,97 (1,62) | 20,20*** | 0,93 (1,27) | 0,97 (1,62) | 2,00 |
| Voyeurisme | 0,52 (1,17) | 1,00 (1,66) | 0,72 (1,25) | 1,02 (1,56) | 0,86 (1,43) | 0,61 (1,20) | 4,77* | 0,86 (1,43) | 0,61 (1,20) | 1,53 |
| ÉCHELLES | | | | | | | | | | |
| CSBI Total | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 9,04 (7,29) | 14,89 (14,14) | 7,14 (6,27) | 10,71 (12,30) | 4,50 (4,81) | 8,35 (11,13) | 15,01*** | 4,50 (4,81) | 8,35 (11,13) | 6,21* |
| Score T | 59,04 (15,68) | 68,39 (22,46) | 60,96 (16,03) | 67,27 (23,18) | 59,14 (15,98) | 66,71 (22,09) | 14,88*** | 59,14 (15,98) | 66,71 (22,09) | 3,84 |
| DRSB | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 3,19 (2,56) | 4,37 (3,60) | 1,37 (1,42) | 1,45 (1,80) | 0,64 (0,99) | 0,77 (1,12) | 4,45* | 0,64 (0,99) | 0,77 (1,12) | 1,26 |
| Score T | 54,98 (12,77) | 60,34 (16,45) | 55,94 (12,46) | 56,69 (16,97) | 53,57 (13,21) | 55,32 (14,90) | 7,05** | 53,57 (13,21) | 55,32 (14,90) | 1,25 |
| SASI | | | | | | | | | | |
| Score moyen | 3,81 (3,66) | 7,97 (8,84) | 4,00 (3,88) | 6,53 (8,25) | 2,07 (2,24) | 3,52 (4,37) | 19,40*** | 2,07 (2,24) | 3,52 (4,37) | 3,63 |
| Score T | 61,19 (17,44) | 73,24 (27,26) | 61,80 (16,92) | 68,42 (23,65) | 61,96 (18,72) | 69,71 (23,31) | 17,07*** | 61,96 (18,72) | 69,71 (23,31) | 1,88 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Bibliographie

- ATSA Task Force (2008). Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218.
- Bernett, W. (1997). Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 423-442.
- Biehr, B. (1989). Problem sexual behavior in school-aged children and youth. *Theory into Practice*, 28(3), 221-226.
- Bonner, B. L., Walker, C. E., & Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. Washington, DC: Administration of Children, Youth and Families, Department of Health and Human Services.
- Burton, D. L., Nesmith, A. A., & Badten, L. (1997). Clinician's views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse and Neglect*, 21(2), 157-170.
- Chromy, S. (2006). Sexually abused children who exhibit sexual behavior problems: Victimization characteristics. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 7(1), 25-33.
- Cosentino, C. E., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Alpert, J. L., Weinberg, S. L., & Gaines, R. (1995). Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34(8), 1033-1042.
- Drach, K. M., Wientzen, J., & Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse & Neglect*, 25(4), 489-503.
- Essa, E., & Murray, C. (1999). Sexual play: When should you be concerned? *Childhood Education*, 75, 231-234.
- Freud, S. (1905/1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, France : Gallimard.
- Friedrich, W. N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory – Professionnal Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Baker, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L., & Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17 (4), 391-406.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., et al. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Damon, L., Koverola, C., Wolfe, V., et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4(3), 303-311.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J., & Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics*, 88(3), 456-464.

- Gagnon, M. (2003). *Intervention de groupe auprès d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Étude exploratoire*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal, Québec.
- Gagnon, M. M., Tourigny, M., & Lévesque, M. (2008). Enfants présentant des comportements sexuels problématiques : Lignes directrices en matière d'évaluation et de traitement. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29(3), 45-57.
- Gil, E. (1993). Etiologic theories. In E. Gil & T. C. Johnson (Eds.), *Sexualized children: Assessment and treatment of sexualized children who molest* (pp. 53-66). Rockville, MD: Launch Press.
- Hall, D. K., Matthews, F., & Pearce, J. (1998). Factors associated with sexual behaviour problems in young sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(10), 1045-1063.
- Honig, A. S. (2000). Psychosexual development in infants and young children: Implications of caregivers. *National Association for the Education of Young Children*. www.naeyc.org/resources/journal. Consulté le 14 mai 2009.
- James, S., & Burch, C. (1999). School counselors' roles in cases of child sexual behavior. *Professional School Counseling*, 2(3), 211-217.
- Johnson, T. C. (2002). Some considerations about sexual abuse and children with sexual behavior problems. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3(4), 83-105.
- Kaesler, F., DiSalvo, C., & Moglia, R. (2000). Sexual behaviors of young children that occur in schools. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25(4), 277-286.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia, PA: WB Saunders.
- Larsson, I., & Svedin, C. G. (2002). Teachers' and parents' on 3- to 6-year-old children's sexual behavior. *Child Abuse & Neglect*, 26(4), 247-266.
- Larsson, I., Svedin, C. G., & Friedrich, W. N. (2000). Differences and similarities in sexual behaviour among pre-schoolers in Sweden and USA. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54(4), 251-257.
- Lepage, J. (2008). *Caractéristiques des enfants pris en charge par la protection de la jeunesse ayant des comportements sexuels inappropriés*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Meyer-Bahlburg, H., Dolezal, C., & Sandberg, D. (2000). The association of sexual behavior with externalizing behaviors in a community sample of prepubertal children. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 12(1-2), 61-79.
- Pithers, W. D., Gray, A., Busconi, A. & Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 3(4), 384-406.
- Rutter, M. (1980). *Changing youth in a changing society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48.
- Sandnabba, N. K., Santtila, P., Wannäs, M., & Krook, K. (2003). Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse & Neglect*, 27(1), 579-605.
- Santtila, P., Sandnabba, N. K., Wannäs, M., & Krook, K. (2005). Multivariate structure of sexual behaviors in children: Associations with age, social competence, life stressors and behavioral disorders. *Early Child Development and Care*, 175(1), 3-21.
- Schoentjes, E., Deboutte, D., & Friedrich, W. N. (1999). Child Sexual Behavior Inventory: A dutch-speaking normative sample. *American Academy of Pediatrics*, 104(4), 885-893.
- Sgroi, S., Bunk, B. S., & Wabrek, C. J. (1988). Children's sexual behaviors and their relationship to sexual abuse. In S. Sgroi (Ed.), *Vulnerable populations: Evaluation and treatment of sexually abused children and adult survivors* (pp. 1-24). Lexington, KY: Lexington Books.
- Silovsky, J., & Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197.
- Wanderley, L. C. (2005). *La manifestation de comportements sexuels chez les enfants brésiliens : Nature et facteurs associés*. Thèse de doctorat en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Wherry, J. N., Jolly, J. B., Feldman, J., Adam, B., & Manjanatha, S. (1995). Child Sexual Behavior Inventory scores for inpatient psychiatric boys: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4(3), 95-105.
- Wright, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (1994). Traduction en français du Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich, 1992). Montréal, QC : Département de psychologie, Université de Montréal.

EFFETS À COURT TERME DU PROGRAMME DE PRÉVENTION VIOL-SECOURS : DONNÉES PRÉLIMINAIRES¹

Isabelle Daigneault, Martine Hébert, Pierre McDuff,
Francine Michaud et Sophie Magnan

Introduction

Incidence et prévalence

La prévalence et l'incidence exactes de l'agression sexuelle sont difficiles à cerner en raison notamment de la diversité des définitions et des méthodologies utilisées d'une étude à l'autre, ainsi que des populations interrogées (Hébert & Tremblay, 2000). On sait néanmoins que ce phénomène est très important au Québec, tout comme au Canada. Une étude auprès d'un échantillon représentatif de 1000 adultes québécois révèle ainsi que près de 20 % des femmes québécoises et 10 % des hommes québécois déclarent avoir vécu une agression sexuelle avant d'atteindre l'âge de la majorité (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006). Au Québec, entre 6,4 et 10,9 % des adolescentes ayant eu une relation amoureuse au cours de l'année précédant l'étude rapportent avoir vécu au moins un épisode de violence sexuelle de la part de ce partenaire amoureux (Lavoie & Vézina, 2002).

Conséquences

L'agression sexuelle chez les adolescents, qu'elle survienne dans le contexte d'une relation amoureuse ou non, peut entraîner des conséquences néfastes importantes sur le bien-être des personnes qui en sont victimes (Hébert, Lavoie, Vitaro, McDuff, & Tremblay, 2008; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003), leur famille, leur entourage et même la société (MSSS, 2001). L'agression sexuelle des enfants et des adolescents entraîne également des coûts importants, notamment en soins de santé requis par les victimes (Dallam, 2001; Rovi, Chen, & Johnson, 2004; Tang et al., 2006). De plus, l'agression sexuelle vécue durant l'enfance et l'adolescence est un facteur de risque qui permet de prédire de la victimisation psychologique, physique et sexuelle à l'âge adulte pour les hommes et les femmes (Classen, Palesh, & Aggarwal, 2005; Daigneault, Hébert, & McDuff, 2009; Desai, Arias, Thompson, & Basile, 2002). C'est

1. Pour citer ce chapitre : Daigneault, I., Hébert, M., McDuff, P., Michaud, F., & Magnan, S. (2011). Effets à court terme du programme de prévention Viol-secours : Données préliminaires. In M. Tardif (Ed.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, pp. 40-55. Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

pourquoi on ne peut faire l'économie d'activités de prévention visant à en réduire l'incidence dans tous les milieux de vie (Smith, White, & Holland, 2003). Or, il est impératif de mettre en évidence les stratégies les plus efficaces et prometteuses. En d'autres termes, il est essentiel de vérifier l'efficacité des interventions préventives offertes afin de déterminer jusqu'à quel point les jeunes à qui elles s'adressent acquièrent de meilleures connaissances relatives à ce phénomène et aux moyens de le prévenir, tout en devenant aptes à se protéger contre une éventuelle agression. D'ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (2002) insiste sur l'importance de la prévention primaire des violences sexuelles, particulièrement en milieu scolaire.

Prévention

En plus de chercher à améliorer les connaissances des participants, les programmes offerts aux adolescents et aux jeunes adultes visent à modifier leurs attitudes, comportements et intentions d'agir. Par ailleurs, même si plusieurs interventions préventives en matière d'agression sexuelle sont destinées aux adolescentes et adolescents du Québec, il semble que bien peu d'entre elles aient fait l'objet d'évaluation (Hébert et al., 2002). Deux programmes visant la prévention de l'agression sexuelle ou de la violence en général dans les relations amoureuses des adolescents ont ainsi été évalués et ont démontré des résultats probants : le programme « Jeunes en action contre la violence sexuelle » (J'AVISE – Chamberland, 2003) et le programme de « Prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes » (VIRAJ – Lavoie, Dufort, Hébert & Vézina, 1997).

On constate en général que les programmes, autant américains que québécois, ont démontré leur efficacité à améliorer les connaissances, les attitudes, les intentions d'agir ou même les comportements liés à l'agression sexuelle chez les participants (Anderson & Whiston, 2005; Chamberland, 2003; Lavoie et al., 1997). Selon la méta-analyse d'Anderson et Whiston (2005), les jeunes participant à un programme de prévention améliorent surtout leurs connaissances ($d = 0,57$, effet moyen selon Cohen, 1988); les améliorations sur le plan des attitudes sont moins prononcées (effet faible $d = 0,21$), alors que les changements sur le plan des comportements ou intentions d'agir seraient associés à un effet trop faible pour être considérés comme cliniquement significatifs ($d = 0,14$). Les deux programmes québécois démontrent une amélioration des connaissances, mais un seul a entraîné une amélioration des attitudes (face à la violence en général dans les relations amoureuses) des jeunes participants comparativement aux non-participants (Lavoie et al., 1997).

En résumé, les programmes de prévention offerts aux adolescents et aux jeunes adultes ont, jusqu'à maintenant, surtout démontré leur efficacité à accroître les connaissances des jeunes, en plus d'améliorer légèrement leurs attitudes relativement à l'agression sexuelle.

Objectifs et hypothèses

Cette recherche évaluative vise à explorer les effets à court terme du programme de prévention de l'agression sexuelle Viol-Secours auprès des adolescents et adolescentes en matière de connaissances liées à la problématique de l'agression sexuelle, des attitudes face à l'agression sexuelle et de l'habileté à identifier une situation d'agression sexuelle. Les évaluations complétées par les jeunes et le personnel scolaire à la fin des ateliers permettent de constater qu'ils apprécient fortement l'intervention, mais aucune évaluation systématique permettant d'en documenter les effets n'a été réalisée. L'hypothèse de recherche est la suivante : à court terme, les adolescents et adolescentes ayant participé au programme amélioreront davantage leurs connaissances et leurs attitudes en ce qui concerne l'agression sexuelle, ainsi que leur habileté à identifier une situation d'agression sexuelle que les jeunes n'ayant pas participé aux ateliers.

Méthode

Atelier de prévention

Viol-Secours, un CALACS (Centre d'aide et de lutte aux agressions à caractère sexuel) actif depuis plus de 30 ans à Québec, offre des services gratuits de prévention, de sensibilisation et de formation. Il propose également un service d'écoute et de référence disponible en tout temps, ainsi que des interventions individuelles et de groupe pour les victimes. Il coordonne également les services médicolégaux et sociaux, dont l'accompagnement des victimes lors des procédures médicolégales. Depuis l'année scolaire 2004-2005, Viol-Secours offre un atelier de prévention et de sensibilisation aux adolescents des milieux scolaires de Québec et de ses environs. Cette intervention vise ultimement à réduire l'incidence des différentes formes d'agression sexuelle chez les adolescentes et adolescents et à les amener à réfléchir sur la problématique des agressions à caractère sexuel. Plus de 2000 jeunes, majoritairement de secondaire 4 et 5, sont rencontrés chaque année dans le cadre de ces ateliers.

L'atelier dure 75 minutes et aborde six thèmes liés à l'agression sexuelle et sa prévention. L'intervenante qui anime l'atelier présente d'abord l'organisme Viol-Secours et ses services, de manière à fournir des ressources aux adolescents en cas de besoin. Une définition générale de l'agression sexuelle est également proposée et expliquée aux adolescents – incluant des définitions plus spécifiques du harcèlement, de l'exhibitionnisme, du viol par un inconnu ou un conjoint, de l'inceste et de l'abus sexuel durant l'enfance – afin d'améliorer leur habileté à reconnaître ces situations dans le cas où eux-mêmes ou quelqu'un de leur entourage y seraient confrontés. Une série de mythes sont également abordés et « démystifiés » dans le but d'améliorer les connaissances et les attitudes des jeunes face à l'agression sexuelle (par exemple : l'agresseur est généralement un inconnu – voir tableau 1 pour plus de détails). Les ateliers sont offerts en groupes mixtes par une des deux intervenantes formées à cet effet (formation de sept jours à l'animation de l'atelier, en plus d'une formation de base à l'intervention en

service social). Les principales méthodes pédagogiques utilisées sont l'exposé, la discussion entre les adolescents et l'intervenante et les mises en situation. L'intervenante dispose également d'affiches imprimées sur carton rappelant les principaux points abordés durant l'atelier, dont les coordonnées de l'organisme ou les mythes reliés à l'agression sexuelle. À la fin de l'atelier, les participants peuvent conserver un dépliant dans lequel figurent les coordonnées de l'organisme et une description des services offerts. Ce programme de prévention est exclusif à l'organisme Viol-Secours, mais il s'apparente à d'autres programmes offerts au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde en ce qui concerne le format, la clientèle ciblée et les objectifs.

Participants

Au total, 578 adolescents de deux écoles secondaires publiques de la commission scolaire des Découvreurs (région de Québec) ont participé à l'étude, ce qui représente 64 % de l'ensemble des élèves ciblés. Les participants avaient entre 15 et 18 ans et étaient inscrits en secondaire 4 ou 5. Un peu plus de la moitié étaient des filles (56 %), et 88 % sont nés au Canada. Pour 90 % des participants, le français était mentionné comme étant leur langue maternelle. Les jeunes qui ne sont pas nés au Canada y résidaient depuis 10,4 ans en moyenne (ÉT = 5,6) et provenaient majoritairement d'Europe (46 %), d'Afrique (21 %) et d'Asie (15 %). Seuls 3 % des participants ont précisé être d'origine autochtone. La majorité des jeunes participants habitaient avec leurs deux parents (62 %) ou alternaient entre le lieu de résidence de leurs deux parents (garde partagée = 13 %). Enfin, 85 % de leurs parents sont nés au Canada, les autres provenant majoritairement d'Europe (6 %).

Procédures

Cette recherche évaluative utilise un devis quasi expérimental à mesures répétées. Un pré-test a été effectué une semaine avant l'intervention, puis un post-test a été réalisé une semaine après l'intervention pour le groupe expérimental participant au programme. Un groupe contraste a également participé à l'atelier de prévention, mais plus tard au cours de l'année scolaire (année 2008-09). Toutefois, l'intervalle temporel entre les mesures pré et post a été le même pour le groupe contraste que pour le groupe expérimental. Deux écoles secondaires publiques de la région où l'organisme Viol-Secours offre ses ateliers de prévention ont été ciblées pour participer à l'étude; ces écoles n'avaient jamais reçu l'atelier auparavant. Les deux écoles étaient comparables en termes de taille (grandes écoles de la région comptant entre 1 200 et 2 000 élèves), d'indice de milieu socioéconomique (rang 1 dans les deux cas, indiquant une faible proportion de familles dont la mère ne possède pas de diplôme et dont les parents n'occupaient pas d'emploi durant la semaine de référence du recensement canadien) et d'indice du seuil de faible revenu (rangs 2 et 3, indiquant une faible proportion de familles dont le revenu est situé près ou sous le seuil de fai-

ble revenu²). Les deux établissements faisaient partie de la même commission scolaire (des Découvreurs – ville de Québec). Les écoles ont été attribuées aléatoirement aux conditions expérimentales.

Cinq assistants de recherche, tous étudiants au baccalauréat en psychologie à l'Université Laval (Québec), ont reçu une formation d'une journée afin de les préparer à solliciter le consentement éclairé des élèves, leur expliquer la recherche, administrer les questionnaires en groupe et répondre aux questions des participants au besoin. Ils ont également reçu une formation d'une demi-journée à l'entrée de données à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS.

Les enseignants de chacune des classes participantes ont informé les élèves de la venue d'assistants de recherche. Les assistants de recherche se sont ainsi présentés à un moment prédéterminé dans les classes. Après avoir décrit l'étude, ils ont remis le questionnaire contenant une fiche d'information et de consentement. Les élèves souhaitant participer n'ont eu qu'à indiquer leur accord sur le formulaire de consentement de manière anonyme, et ont ensuite rempli le questionnaire. Les assistants étaient disponibles pour répondre aux questions des participants.

Compte tenu du caractère anonyme des questionnaires, les participants devaient créer un code personnel afin de pouvoir jumeler leurs réponses au pré-test à celles du post-test. Six questions (par exemple : quel est le dernier chiffre de ton numéro de téléphone à la maison?) permettaient de créer un code alphanumérique unique de sept caractères pour chaque participant qui garantissait l'anonymat des réponses. Ce projet a reçu l'approbation éthique du Comité éthique de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal (CÉRFAS) en octobre 2008.

Mesures

Trois questionnaires ont été utilisés afin d'évaluer les effets de l'atelier de prévention Viol-Secours sur les connaissances, les attitudes et les habiletés des jeunes à identifier une situation d'agression sexuelle.

Connaissances

Un questionnaire de 10 items, vrai ou faux, a été utilisé afin d'évaluer les connaissances au sujet de l'agression sexuelle (voir tableau 1). Il a été conçu à partir d'items de l'étude de Chamberland (2003 – 4 des 10 items), et directement en fonction des notions abordées au cours de l'atelier (par exemple : « l'agresseur est généralement un inconnu » ou « les jeunes femmes et les adolescentes sont plus souvent agressées sexuellement »). Puisque les items visaient à couvrir différents domaines de connaissances, ils ont été analysés individuellement.

2. Le seuil de faible revenu se définit comme le niveau de revenu selon lequel on estime que les familles consacrent 20 % de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement. Il fournit une information permettant d'estimer la proportion des familles dont les revenus peuvent être considérés comme faibles, en tenant compte de la taille de la famille et du milieu de résidence (région rurale, petite région urbaine, grande agglomération, etc.).

Attitudes

Un second questionnaire de 25 items portait sur les attitudes des jeunes en ce qui concerne l'agression sexuelle. Les items proviennent de divers instruments de mesure d'attitude, mais sont principalement inspirés du Rape Attitude Scale de Hall, Howard, & Boezio (1986) (par exemple : « l'apparence ou le comportement de certaines filles incite à l'agression sexuelle »). Les items sont cotés sur une échelle de type Likert en six points (« tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord »). Un score élevé indique une meilleure attitude, moins empreinte de préjugés. Le score total varie de 25 à 150 et démontre une cohérence interne adéquate ($\alpha = ,87$).

Habilités à identifier une situation d'agression sexuelle

Afin d'évaluer l'habileté à identifier une situation d'agression sexuelle, deux vignettes ont été utilisées (Chamberland, 2003). Les situations décrites dans les vignettes représentaient respectivement une agression sexuelle dans une relation de couple adolescent et une agression sexuelle pendant l'enfance perpétrée par un adulte de même sexe et rapportée par un adolescent. À la suite de la lecture de chaque vignette, les participants devaient indiquer si la situation décrite constituait une agression sexuelle. Ils devaient répondre sur une échelle Likert en six points allant de 1 (« tout à fait en désaccord ») à 6 (« tout à fait d'accord »). Ici encore, un score élevé indique une meilleure habileté à identifier une situation d'agression sexuelle et moins d'ambivalence à la nommer comme telle.

Analyses

Des analyses ont d'abord été effectuées afin de décrire les participants en regard des variables à l'étude (pourcentages, moyennes, écart-type). Afin de nous assurer de l'équivalence des groupes au pré-test, nous avons comparé les résultats aux questionnaires de connaissances (χ^2), d'attitudes (test-*t*) et d'habiletés (Z de Wilcoxon) selon le groupe (expérimental ou contraste). L'évolution des participants entre le pré-test et le post-test selon leur groupe (expérimental ou contraste) a été comparée à l'aide de différents tests : le test de McNemar pour les 10 items dichotomiques du questionnaire de connaissances, une Anova à mesures répétées pour le score total du questionnaire d'attitudes et le test de Wilcoxon pour les habiletés à identifier une situation d'agression sexuelle (variable catégorielle).

Résultats

Connaissances, attitudes, habiletés de base et équivalence des groupes au pré-test

Avant que l'atelier ne soit donné, le pourcentage de bonnes réponses au questionnaire de connaissances variait de 47,9 % à 96,5 % (voir tableau 1). Toutefois, pour la majorité des questions (8 sur 10), plus de 70 % des jeunes connaissaient la bonne

réponse. Les adolescents rencontrés démontraient de faibles connaissances à deux items en particulier, qui ont obtenu des taux de bonnes réponses de 47,9 % (item 3) et 56,0 % (item 9). Au pré-test, aucune différence sur le plan des connaissances n'a été notée entre les groupes.

Le score moyen des attitudes pour l'ensemble des jeunes était de 115,3 (ÉT = 17,8). Cela nous indique qu'en moyenne, les jeunes étaient « en désaccord » avec l'ensemble des préjugés liés à l'agression sexuelle qui composent le questionnaire d'attitudes. Il n'y avait aucune différence entre les deux groupes lors de l'évaluation initiale.

Le score moyen d'habileté à identifier une agression sexuelle était de 3,0 (ÉT = 1,3) ou « plutôt d'accord » pour la première vignette (relation amoureuse) et de 3,7 (ÉT = 1,4) ou « d'accord » pour la seconde (agression durant l'enfance). On observe une différence significative entre les deux vignettes quant à l'habileté des jeunes à identifier chacune des situations comme étant une agression sexuelle. Leur habileté à identifier était meilleure pour la situation d'agression sexuelle durant l'enfance que pour la situation d'agression sexuelle dans le contexte d'une relation amoureuse ($Z = -8,41$; $p < 0,000$). On peut également observer cette différence à l'aide des graphiques 2 et 3 présentés plus loin (section analyse des effets de l'intervention) et constater le schéma de réponse différent selon les deux vignettes. Les participants sont plus ambivalents vis-à-vis la situation d'agression sexuelle dans une relation amoureuse (graphique 2) et donc moins enclins à se dire « tout à fait d'accord » que cette situation constitue une agression sexuelle. À l'inverse (graphique 3), les participants sont plus fréquemment « tout à fait d'accord » que l'abus sexuel durant l'enfance perpétré par un adulte constitue une agression sexuelle, malgré les ambiguïtés tout aussi présentes dans cette vignette (souvenirs différés, épars, vagues, morcelés, incertain de ce qui s'est réellement passé, souvenir d'avoir « aimé ça », etc.). Par ailleurs, il n'y avait aucune différence entre les deux groupes quant à leur habileté à identifier une agression sexuelle lors du pré-test, peu importe le contexte de l'agression (vignettes 1 et 2).

Analyse des effets de l'intervention

Les adolescents du groupe expérimental ont significativement amélioré leur taux de bonnes réponses à 4 des 10 items du questionnaire de connaissances, tandis que ceux du groupe contraste ont significativement détérioré leur taux de bonnes réponses pour 1 des 10 items (voir tableau 1). Ainsi, les jeunes du groupe expérimental étaient plus nombreux au post-test qu'au pré-test à savoir si « les agressions sexuelles sont commises autant par les femmes que les hommes (faux) » (88,0 % contre 71,2 %), si « le voyeurisme est une forme d'agression sexuelle (vrai) » (91,8 % contre 71,2 %), si « l'agresseur est généralement un inconnu (faux) » (92,7 % contre 83,8 %) et si « quelqu'un qui est intoxiqué ne peut donner son consentement à une relation sexuelle (vrai) » (79,3 % contre 62,4%). Les jeunes du groupe contraste maintenaient le même niveau de connaissance à ces items au post-test. Par ailleurs, les jeunes du

groupe contraste étaient moins nombreux au post-test qu'au pré-test à savoir si « les jeunes femmes et les adolescentes sont plus souvent agressées sexuellement » (post-test = 82,8 % contre pré-test = 89,2 %), tandis que le groupe expérimental maintenait le même niveau de connaissance au post-test à cet item. Aucune différence n'est notée pour les autres items, ni pour le groupe expérimental, ni pour le groupe contraste.

TABLEAU 1

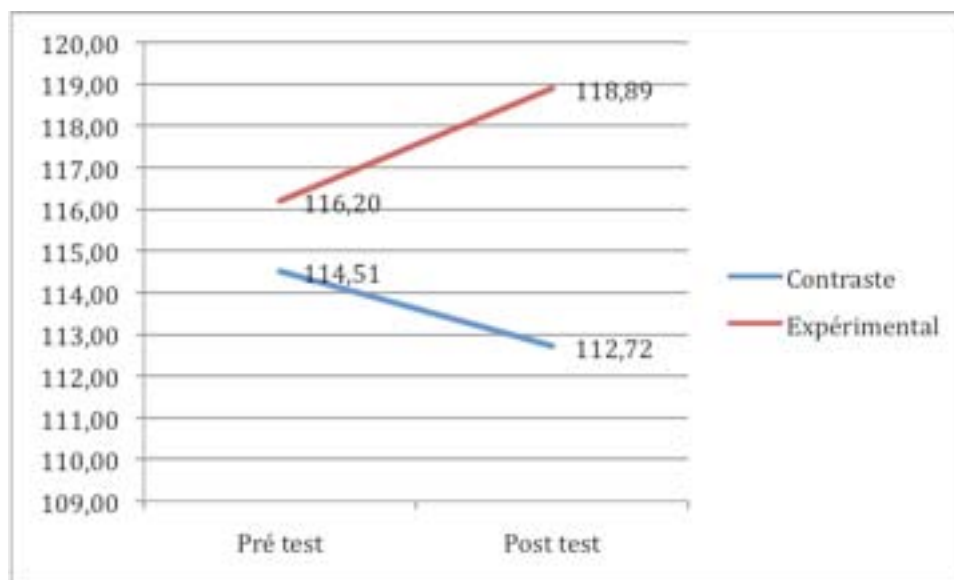
Pourcentage de bonnes réponses aux 10 items de connaissances au pré-test et au post-test selon le groupe.

| ITEMS (BONNE RÉPONSE) | POURCENTAGE DE BONNES RÉPONSES | | | | | |
|---|--------------------------------|------|---------|------------------|------|---------|
| | Gr. contraste | | | Gr. expérimental | | |
| | Pré | Post | McNemar | Pré | Post | McNemar |
| 1. Une personne qui a vécu une agression sexuelle ne pourra jamais retrouver une vie satisfaisante. (faux) | 72 | 71 | 134,9 | 81 | 81 | 50,0 |
| 2. Les gars ne sont pas victimes d'agression sexuelle. (faux) | 96 | 96 | 5,34 | 97 | 95 | 7,05 |
| 3. De nos jours, les agressions sexuelles sont commises autant par les femmes que par les hommes. (faux) | 47 | 44 | 8,31 | 48 | 71 | 3,21** |
| 4. Les jeunes femmes et les adolescentes sont plus souvent agressées sexuellement. (vrai) | 89 | 82 | 4,49* | 93 | 92 | 1,33 |
| 5. Le voyeurisme est une forme d'agression sexuelle. (vrai) | 72 | 70 | 6,41 | 72 | 91 | 8,54** |
| 6. La majorité des agressions sexuelles sont rapportées à la police. (faux) | 92 | 90 | 3,87 | 95 | 96 | 4,07 |
| 7. Les jeunes ou les adolescents ne commettent pas d'agression sexuelle. (faux) | 94 | 94 | 4,36 | 94 | 96 | 5,55 |
| 8. L'agresseur est généralement un inconnu. (faux) | 85 | 84 | 5,06 | 84 | 93 | 4,87* |
| 9. Quelqu'un qui est intoxiqué (alcool ou drogue) ne peut pas donner son consentement à une relation sexuelle. (vrai) | 52 | 54 | 8,79 | 62 | 79 | 3,02** |
| 10. Quelqu'un qui a une relation sexuelle sous la menace (physique ou verbale) n'a pas vraiment consenti. (vrai) | 89 | 84 | 2,29 | 91 | 95 | 3,01 |
| * = p < 0,01 ** = p < 0,001 | | | | | | |

En ce qui concerne les attitudes, on constate que l'interaction « temps par groupe » était significative ($F = 14,5$, $p < 0,000$; η^2 partiel = $0,03$), ce qui indique que le groupe contraste et le groupe expérimental n'ont pas évolué de la même manière entre le pré-test et le post-test. Le graphique 1 permet d'observer les changements en illustrant l'interaction indiquant que le score moyen du groupe contraste a diminué au post-test comparativement au pré-test, tandis que la moyenne du groupe expérimental a augmenté entre les deux temps de mesure. Ainsi, les jeunes du groupe expérimental ont amélioré leurs attitudes à la suite de l'atelier, alors que le groupe contraste ne s'est pas amélioré.

GRAPHIQUE 1

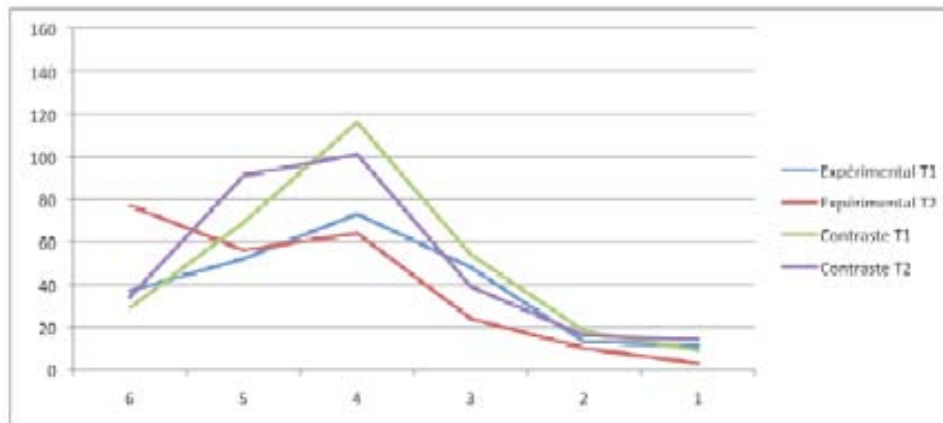
Scores moyens à l'échelle d'attitudes selon le groupe (contraste ou expérimental) et le temps (pré-test ou post-test).



En ce qui a trait à l'habileté à identifier une situation d'agression sexuelle, l'analyse des changements entre le pré-test et le post-test indique que seules les réponses du groupe expérimental ont changé significativement (vignette 1 : $Z = -6,36$; $p < 0,000$ et vignette 2 : $Z = -5,28$ à $p < 0,000$). Pour les deux vignettes, les adolescents du groupe expérimental ont augmenté leur niveau d'accord avec l'affirmation selon laquelle la situation exposée constitue une agression sexuelle. Quant aux réponses des adolescents du groupe contraste, elles n'ont pas significativement changé. En observant graphiquement le nombre de jeunes par réponse possible à la question « Selon toi, est-ce que cette situation constitue une agression sexuelle? », selon le groupe et le temps de mesure (graphiques 2 et 3), on constate que seules les courbes du groupe expérimental sont significativement différentes entre le pré-test (courbe bleue) et le post-test (courbe rouge).

GRAPHIQUE 2

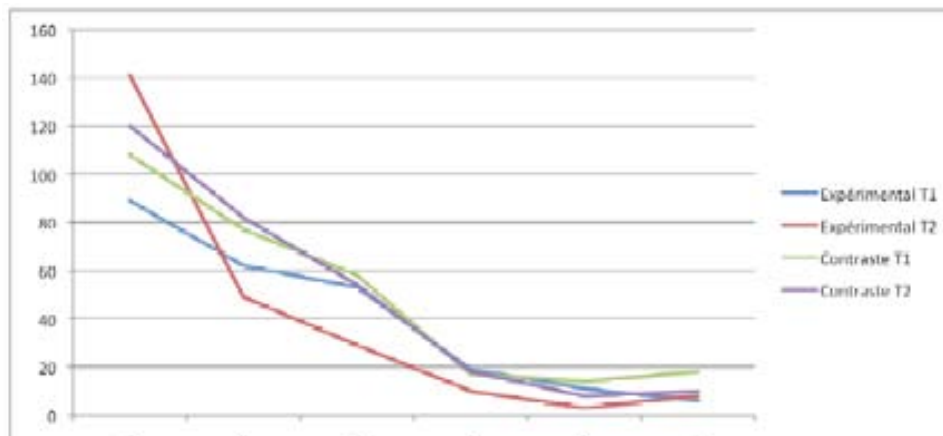
Nombre de participants par réponse* à la vignette 1 (agression sexuelle dans une relation amoureuse) selon le groupe (contraste ou expérimental) et le temps (pré-test T1 ou Post-test T2)



* 6 = « tout à fait d'accord », 5 = « d'accord », 4 = « plutôt d'accord », 3 = « plutôt en désaccord », 2 = « en désaccord » et 1 = « tout à fait en désaccord »

GRAPHIQUE 3

Nombre de participants par réponse* à la vignette 2 (agression sexuelle durant l'enfance par un adulte) selon le groupe (contraste ou expérimental ou) et le temps (pré-test T1 ou post-test T2)



* 6 = « Tout à fait d'accord » à 1 = « Tout à fait en désaccord »

Discussion

Cette étude s'est principalement intéressée à évaluer les effets de l'atelier de prévention Viol-Secours sur les connaissances, attitudes et habiletés à identifier une agression sexuelle chez des jeunes de secondaire 4 et 5 de la région de Québec.

Connaissances, attitudes et habiletés de base

Les données ont tout d'abord révélé que les jeunes qui ont participé à l'étude, dans leur ensemble, présentaient de relativement bonnes connaissances au pré-test. En effet, la majorité arrivait à donner la bonne réponse à 8 des 10 items du questionnaire de connaissances. Pour 2 des 10 items de ce questionnaire, les participants étaient toutefois moins nombreux à identifier la bonne réponse. Il s'agissait de l'identité de l'auteur de l'agression (autant femme qu'homme) et du lien entre l'intoxication à l'alcool ou la drogue et la capacité à consentir à une relation sexuelle. Si les jeunes croyaient vraiment, du moins la moitié d'entre eux, qu'il y a autant de femmes que d'hommes parmi les auteurs d'agression sexuelle, nous sommes d'avis qu'il est nécessaire de mieux les informer à ce sujet. D'ailleurs, au pré-test, les jeunes ayant participé à l'étude de Chamberland (2003) avaient un taux de bonne réponse à cette même question plus élevé que dans notre étude (63,7 % pour le groupe expérimental et 64,6 % pour le groupe contraste), mais tout de même sous la barre des 70 %. Ainsi, l'atelier de Viol-Secours et la récente campagne de sensibilisation du gouvernement du Québec (<http://www.agressionssexuelles.gouv.qc.ca>) touchant l'identité des agresseurs sont particulièrement pertinents. Le deuxième item moins bien maîtrisé, celui lié à la capacité à consentir, a soulevé plusieurs questions de la part des jeunes. En effet, les participants ne comprenaient pas ce que l'on entendait par « intoxiqué » : était-ce la limite permise pour conduire une voiture (0,08 % d'alcool dans le sang), ou bien était-ce le fait d'avoir tellement consommé qu'on pouvait perdre connaissance et perdre la mémoire? Il semblait particulièrement difficile pour ces jeunes de savoir quand une personne peut être « suffisamment » intoxiquée pour que son jugement en soit altéré, la rendant moins apte à consentir librement à une relation sexuelle et la plaçant ainsi à risque d'une relation sexuelle ou de gestes sexuels non souhaités. Cette notion de liberté et de capacité de consentement en est une qui mérite également une meilleure sensibilisation des jeunes afin de les aider à identifier des situations potentiellement à risque et à prévenir l'agression sexuelle.

Les participants avaient également, en moyenne, de relativement bonnes attitudes au pré-test, c'est-à-dire des attitudes qui ne favorisent pas l'agression sexuelle. Ici, une étude plus détaillée des réponses à chacun des items de l'échelle nous permettrait de distinguer des types de préjugés davantage ancrés chez les jeunes et d'orienter le contenu des ateliers, ou du moins le temps consacré aux différents préjugés, selon que ceux-ci paraissaient plus ou moins répandus dans la population adolescente recevant l'atelier.

Les habiletés des jeunes à identifier une agression sexuelle étaient également bonnes en général, puisqu'en moyenne ils reconnaissaient le caractère abusif ou transgressif des situations dépeintes dans les vignettes. Néanmoins, il était plus difficile pour eux de reconnaître une agression sexuelle dans le contexte d'une relation amoureuse que lorsque l'agression survenait durant l'enfance. On constate ainsi une plus grande

ambivalence de leur part face à ce qui est normal ou abusif lors des relations sexuelles avec un partenaire amoureux à l'adolescence. À cet égard, il suffit d'observer les questions portant sur la sexualité soumis au site web de Tel-Jeunes (Brodeur, 2009) ; en effet, leur perception des relations sexuelles et amoureuses est souvent centrée sur ce qui est attendu d'eux, sur ce qu'ils devraient faire et sur les besoins des autres (par exemple : chercher à intégrer à sa sexualité une pratique qu'ils n'aiment pas, considérer qu'ils devraient normalement aimer les pratiques vues dans la pornographie, etc.), plutôt qu'autour de leurs propres besoins ou préférences. Ces perceptions erronées des relations amoureuses et sexuelles pourraient entraver leur habileté à poser leurs propres limites et à déterminer le moment où elles sont franchies, c'est-à-dire établir quand une relation sexuelle devient coercitive ou contraignante – bref, lorsqu'elle devient une agression sexuelle. Dans son étude, Brodeur (2009) suggère que l'accessibilité à la pornographie en parallèle avec un manque d'éducation sexuelle de qualité peuvent engendrer ces questionnements, cette ambivalence ou ce manque d'habileté observés chez les jeunes.

Analyse des effets de l'intervention

La première constatation est que les connaissances, attitudes et habiletés des adolescents du groupe expérimental se sont améliorées à la suite de l'atelier offert par Viol-Secours, tandis que celles du groupe contraste sont demeurées stables, et se sont même détériorées à certains niveaux. On constate ainsi un effet statistiquement significatif de l'atelier dans le sens prévu par les hypothèses, c'est-à-dire une plus grande amélioration des connaissances, attitudes et habiletés après avoir suivi l'atelier qu'après le simple passage du temps. Nous observons en parallèle un phénomène non prévu, celui de la détérioration du groupe contraste entre le pré-test et le post-test. S'agit-il d'un effet de passation, ou bien peut-on croire qu'avec le temps les connaissances des jeunes tendent à diminuer et leurs attitudes à devenir davantage empreintes de préjugés? Si nous optons pour cette deuxième hypothèse (une désinformation avec le passage du temps), cela confirmerait la pertinence d'offrir un atelier de prévention tel que celui de Viol-Secours pour contrer l'effet observé ici.

Il est toutefois important de noter que les changements observés à la suite des ateliers étaient faibles, du moins en ce qui concerne le questionnaire d'attitudes (taille d'effet = ,06). Cela signifie que l'atelier a eu un effet certain sur les connaissances, attitudes et habiletés des jeunes, mais que cet effet est peu prononcé (voire non cliniquement significatif – Anderson & Whiston, 2005). Ces changements sont d'ailleurs plus faibles que ceux notés par la méta-analyse d'Anderson et Whiston (2005). Ainsi, il est possible que les mesures utilisées dans la présente étude aient manqué de sensibilité au changement ou bien qu'elles aient documenté des faits ou attitudes généralement bien connus des jeunes, ce qui semble confirmé par les « bons » résultats obtenus au pré-test. De plus, l'atelier Viol-Secours, d'une durée de 75 minutes et offert en une

seule rencontre, se situe parmi les interventions préventives de courte durée, comparativement à l'ensemble des programmes évalués. Puisque la durée est l'un des facteurs les plus fréquemment associés à l'efficacité des programmes de prévention, il est possible que les faibles améliorations observées soient attribuables à la courte durée de l'atelier. Il faudrait donc soit mettre en place de nouvelles mesures de connaissances et d'attitudes mieux adaptées à la réalité des jeunes d'aujourd'hui (connaissances de pointe, attitudes plus controversées, etc.), soit améliorer les interventions afin d'avoir un impact plus important (par exemple : plus longue durée, stratégies pédagogiques plus actives, etc.). Afin d'améliorer les effets du programme, il serait également possible de cibler davantage les adolescents qui avaient au départ peu de connaissances, plusieurs préjugés ou attitudes favorisant l'agression sexuelle, ou une faible habileté à identifier une agression sexuelle. Pour ce faire, une analyse approfondie des caractéristiques des jeunes qui ont des scores élevés comparativement à ceux ayant obtenu des scores plus faibles au pré-test s'avérerait particulièrement pertinente.

Forces et limites de l'étude

Les principales forces de l'étude résident dans son large échantillon d'adolescents et dans l'ajout d'une mesure d'habileté à identifier une situation d'agression sexuelle – les études antérieures utilisaient usuellement les mesures de connaissances et d'attitudes seulement. Cette mesure d'habileté avait déjà été utilisée par Chamberland (2003), mais aucun changement significatif n'avait alors été observé à la suite de l'atelier J'AVISE.

Parmi les limites pouvant affecter les résultats obtenus, notons tout d'abord que malgré le nombre adéquat de participants, le taux de participation présentement observé (64 %) pourrait être plus élevé et plus représentatif de l'ensemble des jeunes à qui l'atelier est typiquement offert. Remarquons également que les effets, même faibles, sont mesurés une semaine seulement après l'atelier; il serait important de s'assurer aussi de leur maintien à moyen terme. Il serait également pertinent de documenter les effets de l'atelier sur l'incidence de l'agression sexuelle à court et moyen termes afin de s'assurer que les gains observés relativement aux connaissances, attitudes et habiletés des jeunes auront effectivement permis de prévenir l'agression sexuelle.

Considérant les résultats parfois mitigés des programmes de prévention, les chercheurs suggèrent que d'autres facteurs, peu ou pas considérés jusqu'à maintenant dans les études, pourraient être associés aux gains observés après un programme de prévention de l'agression sexuelle auprès d'enfants ou d'adolescents. Ainsi, l'estime de soi, la résilience, l'âge, le genre, les antécédents d'agression sexuelle, pour ne nommer que ceux-ci, sont des facteurs qui permettraient de mieux comprendre les gains différentiels après un tel programme (Hébert & Tremblay, 2000; Heppner, Good, Hillenbrand-Gunn, Hawkins, et al., 1995; Heppner, Humphrey, Hillenbrand-Gunn, & DeBord, 1995; Söchting, Fairbrother, & Koch, 2004). Certains de ces facteurs, notam-

ment les antécédents d'agression sexuelle durant l'enfance et le sentiment d'efficacité personnelle, sont déjà associés au fait d'être agressé sexuellement à l'adolescence; leur analyse améliorerait grandement le développement et l'adaptation de programmes existants (Daigneault et al., 2009; Walsh & Foshee, 1998). Il est également nécessaire de documenter l'implantation de l'atelier (thèmes abordés, temps alloué, etc.) avant de conclure définitivement à son potentiel d'efficacité, ce qui permettrait en retour des recommandations plus pertinentes et utiles. Un autre aspect qui n'a pas été abordé dans la présente étude et qui constitue, sinon une limite, du moins un point à améliorer dans les études futures, consiste à observer si l'atelier entraîne des effets non anticipés (sur l'estime de soi, sur l'empathie, etc.).

Conclusions et recommandations

Ainsi, considérant que l'atelier a un effet significatif et permet d'accroître certaines connaissances des adolescents, et qu'il permet également d'améliorer leurs attitudes et leur habileté à identifier une situation d'agression sexuelle, sa dissémination est recommandée. Les changements d'attitudes chez les jeunes sont toutefois minimes, et des améliorations pourraient être apportées afin d'accroître les effets de l'atelier sur les participants. Après avoir procédé à une évaluation détaillée de l'implantation, nous suggérons d'augmenter la durée du programme et le nombre de rencontres offertes, puisque ce sont les principales caractéristiques ayant un impact sur l'efficacité des ateliers incluses dans la méta-analyse d'Anderson et Whiston (2005). En terminant, rappelons que l'atelier a non seulement permis l'amélioration des connaissances, attitudes et habiletés des jeunes relativement à l'agression sexuelle, mais que sans celui-ci, nous avons observé une détérioration de ces mêmes connaissances, attitudes et habiletés chez les jeunes participants à l'étude; il demeure donc primordial d'offrir des programmes de prévention comme celui de Viol-Secours au plus grand nombre d'adolescents québécois si l'on souhaite contrer les mythes et préjugés associés à l'agression sexuelle et, ultimement, en réduire l'incidence.

Bibliographie

- Anderson, L. A., & Whiston, S. C. (2005). Sexual assault education programs: A meta-analytic examination of their effectiveness. *Psychology of Women Quarterly*, 29(4), 374-388.
- Brodeur, S. (2009, mai). *Perceptions des jeunes quant aux agressions sexuelles : quand les limites sont sans cesse repoussées*. Conférence présentée au 5^e Congrès international francophone sur l'agression sexuelle : Transformations et paradoxes. Montréal, Québec.
- Chamberland, A. (2003). *Évaluation des effets du volet information et sensibilisation du programme jeunes en action contre la violence sexuelle (J'AVISE)*. Université Laval, Québec.
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual Revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 103-129.

- Cohen, S. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (second ed.). Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daigneault, I., Hébert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 636-647.
- Dallam, S. J. (2001). The hidden effects of childhood maltreatment on adult health. In K. Franney & R. Geffner (Eds.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (pp. 1-10). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, 17(6), 639-653.
- Hall, E. R., Howard, J. A., & Boezio, S. L. (1986). Tolerance of rape: A sexist or antisocial attitudes? *Psychology of Women Quarterly*, 10, 101-118.
- Hébert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., McDuff, P., & Tremblay, R. E. (2008). Association of child sexual abuse and dating victimization with mental health disorder in a sample of adolescent girls. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 181-189.
- Hébert, M., Robichaud, M., Tremblay, C., Saint-Denis, M., Damant, D., Lavoie, F., et al. (2002). *Des interventions préventives et des services d'aide directe aux victimes et aux ex-victimes en matière d'agression sexuelle : Description des pratiques québécoises* (Rapport de recherche). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Hébert, M., & Tremblay, C. (2000). La prévention de l'agression sexuelle à l'égard des enfants. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents – Tome 1 Les problèmes internalisés* (pp. 429-503). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Heppner, M. J., Good, G. E., Hillenbrand-Gunn, T. L., Hawkins, A. K., et al. (1995). Examining sex differences in altering attitudes about rape: A test of the Elaboration Likelihood Model. *Journal of Counseling & Development*, 73(6), 640-647.
- Heppner, M. J., Humphrey, C. F., Hillenbrand-Gunn, T. L., & DeBord, K. A. (1995). The differential effects of rape prevention programming on attitudes, behavior, and knowledge. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 508-518.
- Lavoie, F., Dufort, F., Hébert, M., & Vézina, L. (1997). *Évaluation d'un programme de prévention de la violence lors des fréquentations : Une évaluation de VIRAJ selon une approche quasi expérimentale*. Rapport de recherche non publié soumis au Conseil québécois de la recherche sociale, Département de psychologie, Université Laval, Sainte Foy.
- Lavoie, F., & Vézina, L. (2002). Violence dans les relations amoureuses à l'adolescence. In J. Aubin, C. Lavallée, J. Camirand, N. Audet et al. (Eds.), *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* (pp. 471-484). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (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 : Gouvernement du Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-34.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Rovi, S., Chen, P.-H., & Johnson, M. S. (2004). The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. *American Journal of Public Health*, 94(4), 586-590.
- Smith, P. H., White, J. W., & Holland, L. J. (2003). A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1104-1109.
- Söchting, I., Fairbrother, N., & Koch, W. J. (2004). Sexual Assault of Women: Prevention Efforts and Risk Factors. *Violence Against Women*, 10(1), 73-93.
- Tang, B., Jamieson, E., Boyle, M., Libby, A., Gafni, A., & MacMillan, H. (2006). The influence of child abuse on the pattern of expenditures in women's adult health service utilization in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1711-1719.
- Tourigny, M., Gagné, M.-H., Joly, J., & Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 97(2), 109-113.
- Walsh, J., & Foshee, V. (1998). Self-efficacy, self-determination and victim blaming as predictors of adolescent sexual victimization. *Health Education Research*, 13(1), 139-144.

PROGRAMME D'INTERVENTION DE GROUPE POUR DES ADOLESCENTES AGRESSÉES SEXUELLEMENT : ÉTUDE DES EFFETS SPÉCIFIQUES ET EXPLORATION DU LIEN AVEC L'IMPLANTATION^{1, 2}

Geneviève Paquette, Marc Tourigny et Jacques Joly

Résumé

À l'aide d'un devis quasi expérimental, les effets statistiques d'un programme de thérapie de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement (n = 35, âge moyen de 14,3 ans) ont été évalués en contrôlant la fréquence des autres services psychosociaux reçus concurrentement. Les changements cliniques ont aussi été analysés pour certains effets attendus par l'intervention. Enfin, certains effets cliniques du programme ont été sommairement comparés selon le niveau de fidélité d'implantation du programme auprès de deux groupes distincts d'adolescentes. Prenant la forme d'une thérapie de groupe, le programme comprend 18 rencontres hebdomadaires de 90 minutes chacune. Les analyses de covariance montrent que les participantes s'améliorent davantage que les non-participantes sur plusieurs variables. Toutefois, lorsque les autres services reçus sont pris en considération par les analyses en plus du prétest, moins de gains sont associés à la participation à l'intervention. Au terme des deux séries d'analyse, la participation au programme demeure associée à des améliorations touchant le recours à des stratégies d'adaptation positives et les problèmes de comportement intériorisés et agressifs. L'examen des changements cliniques indique aussi que l'intervention est associée à des modifications positives pour les troubles intériorisés et extériorisés. Enfin, lorsqu'on compare les effets selon le niveau de fidélité au programme, l'analyse suggère qu'un plus haut niveau de fidélité est associé à davantage de gains cliniques chez les adolescentes. En dépit de ses limites méthodologiques, cette étude soulève des enjeux dans l'évaluation des programmes du domaine, à savoir que les autres services reçus pendant l'intervention et la fidélité de l'implantation sont susceptibles d'influencer les résultats des études d'efficacité.

1. Pour citer ce chapitre : Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2011). Programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : étude des effets spécifiques et exploration du lien d'implantation. In M. Tardif (Éd.). *L'agression sexuelle : transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 56-78). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolenca.ca>.

2. Une partie des résultats de cette étude a été publiée : Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2010). *Implications pratiques des résultats de l'évaluation d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement*. Actes du colloque intitulé : l'aide aux jeunes en difficulté : regards sur nos pratiques (pp. 107-126), Sherbrooke, Québec : Les Presses de l'Université de Sherbrooke, Éditions du CRP.

Mots-clés : agression sexuelle, adolescentes, thérapie de groupe, programme, efficacité, implantation, problèmes de comportement.

Comme l'ont conclu Trickett, Kurtz et Noll (2005) ainsi que Tyler (2002) dans leurs travaux de recension respectifs, une grande variété de problèmes ont été associés aux adolescentes agressées sexuellement, incluant les symptômes traumatiques, les fugues, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, l'abus de substances, le suicide, les comportements sexuels à risque, l'implication dans des gangs, les grossesses, les troubles alimentaires, la dissociation et le faible rendement académique. Alors que les problèmes de comportement sont associés aux jeunes victimes d'agression sexuelle de tout âge (Tyler, 2002), les problèmes touchant l'adoption de conduites agressives ou délinquantes, les troubles des conduites et la personnalité antisociale (Trickett et al., 2005) ont été associés de manière répétée et spécifique aux adolescentes victimes d'agressions sexuelles (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Nelson, Heath, Madden, Cooper, Dinwiddie, Bucholz et al., 2002; Toupin, 2006; Tourigny, Hébert, & Daigneault, 2006; Trickett & Gordis, 2004). Les problèmes de comportement extériorisés constituent donc une cible d'intervention de première importance auprès de cette population clinique.

En ce qui concerne le traitement, l'intervention de groupe est considérée comme plus efficiente que l'intervention individuelle, puisqu'elle permet de desservir un plus grand nombre d'adolescentes à moindre coût pour des résultats cliniques comparables (McCrone, Weeramenthi, Knapp, Rushton, Trowell, Miles et al., 2005). De plus, certains auteurs considèrent que cette modalité est mieux adaptée aux caractéristiques du développement des adolescentes, qui recherchent le contact avec les pairs et s'éloignent progressivement des adultes afin de gagner en autonomie et en indépendance – un processus nécessaire à la transition vers la vie adulte (Berliner & MacQuivey, 1996; Kruczek & Vitanza, 1999). Théoriquement, le groupe permet aussi aux adolescentes d'être en contact avec l'universalité, un facteur thérapeutique primordial au rétablissement des victimes d'agressions sexuelles (Kivlighan & Holmes, 2004; Narring & Rummel-Walker, 2001). L'universalité est la perception par un membre d'un groupe que les autres membres partagent des sentiments et des problèmes similaires (Kivlighan & Holmes, 2004). Malgré cela, la thérapie de groupe présente aussi des désavantages potentiels. Ainsi, par des processus de modelage et de renforcement positif ayant cours au sein du groupe, certaines adolescentes pourraient développer des problèmes de comportement extériorisés lorsqu'elles sont mises en contact avec d'autres adolescentes qui en présentaient déjà au début de l'intervention (Dishion, McCord, & Poulin, 1999; Dishion & Andrew, 1995; Sturkie, 1992). Cette possibilité est d'autant plus préoccupante que ce type de problèmes est déjà une conséquence associée à l'agression sexuelle elle-même, ainsi qu'une cible prioritaire de l'intervention.

De façon générale, la méta-analyse de Hetzel-Riggin, Brausch et Montgomery (2007) montre que le fait d'offrir un traitement aux jeunes victimes d'agression sexuelle est préférable à l'absence de traitement. Néanmoins, en dépit de la relative prolifération

des programmes d'intervention implantés auprès de groupes d'adolescentes agressées sexuellement (Tourigny, Hébert, Daigneault, & Simoneau, 2005), les plus récentes recensions des écrits montrent que peu de bonnes études évaluatives ont été menées dans ce domaine (Paquette, Tourigny, & Joly, 2008; Putnam, 2003; Saunders, Berliner, & Hanson, 2003). Une recension exhaustive sur l'efficacité de ces programmes auprès des adolescentes suggère des effets positifs sur leur santé psychologique et leur adaptation psychosociale (Paquette et al., 2008). Les résultats des meilleures études (taille de l'échantillon modérée à élevée ou présence d'un groupe contrôle) mettent en évidence des améliorations statistiquement significatives chez les participantes en ce qui concerne le recours aux stratégies adaptatives positives, l'estime de soi, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, les symptômes post-traumatiques et les distorsions cognitives (Kruczek & Vitanza, 1999; Patton, Collins, Collins, Larzelere, Jones, Graham et al., 1993; Radd Baker, 1985; Sinclair, Larzelere, Collins, Collins, Paine, Jones et al., 1995; Tabor, 1984; Tourigny, Boisvert, & Jacq, 2008; Tourigny & Hébert, 2007; Tourigny et al., 2005; Verleur, Hughes & Dobkin de Rios, 1986). Toutefois, la validité des conclusions de plusieurs études est minée par d'importantes limites méthodologiques. Parmi celles-ci : a) près de 50 % des études incluent moins de 10 adolescentes; b) environ 75 % d'entre elles n'incluent pas de groupe de comparaison; c) approximativement 50 % des études ne fournissent pas le taux de présence des adolescentes aux rencontres; d) seulement 20 % des études documentent certains éléments relatifs à l'implantation du programme (par exemple : durée de l'intervention, nombre de séances, abandons); e) aucune des études recensées ne prend en considération les autres services reçus dans leurs analyses d'efficacité (Paquette et al., 2008).

Un problème méthodologique important est en effet tributaire du fait que 85 % des échantillons des études du domaine (17 des 20 études recensées par Paquette et al., 2008) sont composés d'adolescentes agressées sexuellement référées par des organismes sociaux, judiciaires ou médicaux susceptibles de leur offrir aussi des services. Ces interventions offertes au sein des organismes référents peuvent générer des effets sur les cibles d'intervention du programme évalué et, ce faisant, entraîner une menace à la validité interne concernant les effets observés par des études d'efficacité des programmes. Dans cette perspective, il semble essentiel de contrôler l'effet potentiel des autres services reçus dans l'analyse des résultats des programmes offerts afin d'en isoler les effets spécifiques. On peut penser que ce problème n'affecte pas les devis expérimentaux (2 des 20 études recensées par Paquette et al., 2008), puisque la randomisation est vue comme assurant l'équivalence des groupes. Or, les études expérimentales de Radd Baker (1985) et de Verleur et al. (1986) ont été menées avec des échantillons totaux de 39 et 30 participantes respectivement. À ce sujet, Hsu (1989) mentionne que l'équivalence des groupes par la randomisation n'est pas nécessairement garantie, surtout lorsque les échantillons sont de taille petite ou modérée (moins de 20 sujets par groupe). Dans ces cas, il est important de vérifier l'équivalence des groupes, même si les sujets ont été affectés de manière aléatoire aux conditions expérimentales. Ces

procédures de vérification n'apparaissent pas dans les études de Radd Baker (1985) et de Verleur et al. (1986).

Plus souvent, le groupe expérimental est constitué de participantes volontaires, alors que le groupe contrôle inclut celles qui ont refusé de participer à l'intervention évaluée (par exemple : Tourigny, et al., 2008; Tourigny & Hébert, 2007; Tourigny et al., 2005). Cette façon de faire introduit une menace à la validité interne. Par exemple, les adolescentes volontaires peuvent être plus motivées et accepter de recevoir plus de services que celles qui ont refusé de participer à l'intervention de groupe. Dans cette optique, en plus du contrôle des différences entre les groupes sur les effets au prétest, le fait de contrôler les autres services reçus pendant l'intervention évaluée peut réduire le biais associé à la constitution non aléatoire des groupes et mieux isoler l'effet propre à l'intervention étudiée.

Objectifs de l'étude

La présente étude poursuit trois objectifs principaux : 1) Évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement en tenant compte des autres services qu'elles rapportent recevoir; 2) Évaluer les effets cliniquement significatifs du programme; et 3) Explorer le lien entre la fidélité de l'implantation de ce programme et certains effets cliniques. Mentionnons que l'étude a été approuvée par le comité éthique : Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Méthodologie

Le programme d'intervention de groupe

Un programme d'intervention a été élaboré par un centre jeunesse québécois (Canada) à l'initiative d'intervenantes soucieuses d'agir sur cette problématique. Le programme a été implanté entre mars 2005 et mai 2007 auprès de trois groupes distincts et fermés, c'est-à-dire qu'aucune nouvelle participante n'était admise après le début de l'intervention. Tel que décrit précédemment par Paquette, Tourigny et Joly (2010), ce programme d'orientation théorique éclectique poursuit les buts de réduire les conséquences associées à l'agression sexuelle, d'augmenter le soutien social et de prévenir la revictimisation. Il comprend des éléments et des techniques provenant des univers théoriques cognitivo-comportemental, cognitif et humaniste. Au plan cognitivo-comportemental, l'intervention vise l'amélioration des stratégies adaptatives et la correction des cognitions qui maintiennent les symptômes. Au plan cognitif, les échanges favorisent un début d'assimilation cognitive et émotionnelle de certains des événements traumatiques. Enfin, au plan humaniste, l'intervention s'inscrit dans une perspective de reprise du pouvoir des adolescentes sur leur vie et de réponse à leurs besoins fondamentaux, le tout s'appuyant sur le facteur thérapeutique de l'universalité. Les approches utilisées sont la relation d'aide, l'acquisition d'habiletés et de

connaissances ainsi que la résolution de problèmes. En outre, l'animation des séances met l'accent, d'une part, sur les échanges entre participantes plutôt que sur les discussions d'intervenante à participante et, d'autre part, sur le soutien social et l'entraide entre les membres du groupe. Le programme s'adresse à des groupes de 6 à 9 adolescentes et comprend 18 rencontres hebdomadaires de 90 minutes chacune auxquelles s'ajoutent, pour clore les séances, 30 minutes destinées au partage d'un goûter. La moyenne de la présence aux rencontres pour les trois groupes de participantes est de 16,4 rencontres ($ÉT = 1,5$). Chaque séance est centrée autour d'un thème : les conséquences de l'agression sexuelle, le cycle de l'agression sexuelle, son dévoilement, les sentiments et les émotions associées, la prévention de la revictimisation, la violence, la sexualité, les relations hommes-femmes et l'avenir (voir l'annexe I pour une présentation du déroulement attendu des rencontres et des activités à réaliser pour chacun des thèmes). Deux intervenantes bachelières en service social animent les rencontres en suivant le manuel d'activités (par exemple : discussions de groupe, jeux de rôles, témoignages, rédaction de lettres) (Centre jeunesse de l'Estrie, 2004). Les parents non agresseurs devaient être d'accord avec la participation de l'adolescente au groupe, mais n'étaient pas sollicités autrement au cours de l'intervention.

La fidélité de l'implantation

La fidélité de l'implantation du programme a été évaluée pour les deux premiers groupes consécutifs parmi les trois groupes d'adolescentes participant à l'étude des effets (voir Paquette, Joly et Tourigny, 2009, pour consulter l'ensemble de l'étude). Le même duo d'intervenantes a assuré l'animation de ces deux groupes. Pendant le déroulement du premier groupe, les intervenantes ont bénéficié de six rencontres de supervision avec le deuxième auteur de ce texte. Ces rencontres permettaient des échanges sur les problèmes d'implantation du programme et les adaptations à réaliser si nécessaire. Cette supervision n'était prévue que pour le premier groupe implanté et a donc cessé par la suite. Toutes les séances des deux groupes d'intervention ont été filmées, et la fidélité de l'implantation a été évaluée à l'aide d'une grille d'observation validée par des analyses interjuges. Les résultats globaux montrent qu'en moyenne près de 60 % des activités planifiées ont été implantées pour les deux groupes. En moyenne, 6,5 thèmes sur les 9 prévus ont été couverts. Les thèmes portant sur la violence, la sexualité et l'avenir n'ont été traités que pour l'un des groupes, tandis que le thème des relations hommes-femmes ne l'a été ni dans l'un, ni dans l'autre. Dans 50 % des cas en moyenne, les activités prévues et implantées l'ont été dans l'ordre qui avait été planifié. En ce qui concerne l'exposition à l'intervention, les activités ont duré en moyenne près de 50 % plus longtemps que prévu. En moyenne, 12 nouvelles activités qui ne figuraient pas dans le programme original (par exemple : activité sur les drogues du viol, activité de définition de l'agression sexuelle) ont été ajoutées, pour une moyenne de près de 6 heures d'intervention par groupe. Ces activités en

lien avec les thèmes couverts dans le programme implanté ont remplacé les thèmes qui n'ont finalement pas été implantés. Ainsi, la durée totale pour les deux groupes est tout de même de 27 heures en moyenne, soit le même nombre d'heures que la planification initiale. Le taux de présence moyen des adolescentes aux rencontres est de 95 %, alors que le taux moyen de ponctualité est de 98 %. Pour ce qui est de la fidélité avec laquelle l'animation respectait certains principes du programme (stimulation des échanges entre participantes, promotion du soutien social et de la résolution de problèmes), on obtient un score moyen de 4 (sur une échelle variant de 0 à 6, où 0 renvoie à un non-respect total des principes d'animation et 6 à un respect parfait de ces mêmes principes).

Globalement, la fidélité de l'implantation varie de moyenne à excellente selon les indicateurs. Toutefois, l'étude montre que la fidélité tend à décroître entre le premier et le deuxième groupe en ce qui concerne les mesures d'adhérence (nombre d'activités réalisées, thèmes couverts, respect de l'ordre des activités). Beaucoup de temps a été accordé aux retours de la semaine, particulièrement pour le second groupe – au détriment, peut-on penser, de la réalisation d'activités associées à plusieurs thèmes du programme (seuls six thèmes ont été touchés). De même, les intervenantes ont ajouté plus d'activités et plus de temps d'intervention a été consacré à ces ajouts que dans le premier groupe. Par ailleurs, la qualité de l'animation s'améliore entre les deux groupes, passant d'un niveau faible à élevé. Cela nous amène à nous demander si ces différences dans l'implantation peuvent avoir influencé les effets du programme. Les résultats obtenus pour le troisième objectif de cette étude permettront d'élaborer des hypothèses à ce sujet.

Devis et participantes

L'étude repose sur un devis quasi expérimental de type mesure avant et après avec groupe témoin non équivalent. Les intervenantes présentaient la possibilité de participer à l'étude aux adolescentes lors de la première rencontre préluant au groupe. Pour les participantes de moins de 14 ans, tant l'adolescente que les parents devaient consentir à la participation à la recherche. Les adolescentes composant le groupe expérimental (n = 15) sont âgées entre 12 et 17 ans (une seule a atteint 12 ans pendant l'intervention); ces adolescentes ont été référées pour des services à la suite d'une agression sexuelle, elles ne présentaient pas de problème de santé mentale les rendant incapables de participer à la thérapie de groupe et elles étaient volontaires pour participer à l'intervention. Une adolescente a commencé l'intervention à nouveau alors qu'elle avait préalablement participé au projet pilote. Elle a été exclue des analyses de l'étude pour cette raison. Une deuxième adolescente a cessé de participer au groupe après sept séances et a donc également été exclue des analyses. Une autre adolescente a été exclue de l'étude : bien qu'elle ait complété l'intervention, elle a refusé de participer au post-test. Au final, le groupe expérimental compte 4 adolescentes ayant parti-

cipé au premier groupe, 6 au deuxième et 5 au troisième. Le groupe contrôle (n = 20) est composé d'adolescentes présentant les mêmes caractéristiques, mais qui ont refusé de participer à une intervention de groupe avant qu'elle ne débute ou l'ont abandonnée au cours des trois premières rencontres.

L'âge moyen de l'échantillon final total (n = 35) est de 14,3 ans (ÉT = 1,5). Toutes les adolescentes rapportent être d'origine franco-qubécoise, sauf une, qui est européenne. Au début de la thérapie, 54 % des adolescentes de l'échantillon vivaient dans leur famille et 54 % n'avaient jamais été placées. Durant la thérapie, 25 % des adolescentes de l'échantillon ont été placées en milieu substitut, ce qui suggère des problèmes individuels ou familiaux importants. Soulignons qu'avant le début de la thérapie, les groupes expérimental et contrôle présentaient des profils similaires en ce qui concerne les scores obtenus aux échelles de problèmes de comportement extériorisés et intériorisés, comme l'ont montré des analyses de test-t. De plus, les pourcentages de cas atteignant ou non les seuils cliniques des échelles de troubles intériorisés et extériorisés étaient comparables entre les groupes selon les analyses de chi-deux réalisées avant le début de l'intervention. Enfin, les analyses de test-t et de chi-deux révèlent que les deux groupes ne se distinguent pas sur les variables sociodémographiques suivantes : l'âge moyen au début de l'étude, la présence d'épisodes de placement avant et pendant l'intervention et la situation familiale (vivre avec ses parents ou non) (voir tableau 1).

L'âge moyen au moment de l'agression sexuelle pour l'échantillon global (n = 35) est de 11,8 ans, (ÉT = 2,2). Les adolescentes ont subi des agressions sexuelles sévères : 58 % des adolescentes ont vécu des agressions sexuelles impliquant une pénétration ; pour 46 % des adolescentes, les agressions ont duré une année ou plus, et une adolescente sur trois a vécu des agressions sexuelles impliquant l'usage de la force. Les deux groupes ne se distinguent pas au plan des caractéristiques des agressions sexuelles, à l'exception que le pourcentage d'adolescentes agressées par un membre de la famille élargie dans le groupe contrôle est significativement supérieure à celui du groupe expérimental (voir tableau 1).

Les analyses préliminaires montrent qu'un pourcentage plus important d'adolescentes du groupe expérimental a reçu des services individuels et familiaux pendant la thérapie de groupe (voir tableau 1), comparativement aux adolescentes du groupe contrôle. La fréquence mensuelle cumulée de rencontres obtenues pour des services individuels ou familiaux sera utilisée pour assurer un contrôle statistique sur cette dimension. Tel qu'anticipé, cette variable permet de distinguer les groupes expérimental et contrôle : les adolescentes du groupe expérimental ont, en moyenne, participé à davantage de rencontres mensuelles que celles du groupe contrôle (voir tableau 1).

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques, de l'agression et services reçus

| CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES | | | | |
|---|---------------------------------|--|-----------------------|-------|
| Caractéristique | Groupe expérimental (n = 15) | Groupe contrôle (n = 20) | t | p |
| Âge moyen en années (<i>ÉT</i>) | 14,3 (1,5) | 14,4 (1,5) | 0,26 | ns |
| Caractéristiques | Groupe expérimental (n = 15) | Groupe contrôle (n = 20) | χ^2 ^a | p |
| Placement avant la thérapie | 53 % | 47 % | 1,62 | ns |
| Vit avec sa famille au début de la thérapie | 37 % | 63 % | 0,61 | ns |
| Placement pendant la thérapie | 56 % | 44 % | 0,80 | ns |
| CARACTÉRISTIQUES ASSOCIÉES À L'AGRESSION SEXUELLE | | | | |
| Âge de survenue | Groupe expérimental (n = 15) | Groupe contrôle (n = 18) ^b | t | p |
| Âge moyen (années) au moment de l'agression (<i>ÉT</i>) | 11,8 (2,2) | 11,8 (2,2) | -0,04 | ns |
| Caractéristiques | Groupe expérimental (n = 15) | Groupe contrôle (n = 18) ^b | χ^2 ^a | p |
| Auteur membre de la famille immédiate | 47 % | 53 % | 0,02 | ns |
| Auteur membre de la famille élargie | 12 % | 88 % | 4,63 | 0,046 |
| Auteur connu | 57 % | 43 % | 0,60 | ns |
| Durée moyenne d'un an ou plus | 53 % | 47 % | 0,69 | ns |
| Incluant une pénétration | 37 % | 63 % | 1,34 | ns |

^a Pour tous les chi-deux, le nombre de degré de liberté est de 1. Lorsque les cellules comptent moins de 5 observations anticipées, le test exact de Fisher a été utilisé.

^b Pour ces variables, des données sont manquantes pour deux sujets du groupe contrôle.

Variabes

Les variables dépendantes mesurées dans l'étude ont été choisies sur la base du modèle théorique transactionnel de l'agression sexuelle chez les jeunes développé par Spaccarelli (1994). Dans ce modèle, un rôle important est attribué aux distorsions cognitives et aux stratégies d'adaptation dans la relation entre les caractéristiques de l'agression sexuelle, les événements stressants l'entourant et la survenue ou le maintien des symptômes. Les distorsions cognitives et les stratégies d'adaptation seront donc des variables mesurées. Les symptômes mesurés seront les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés.

Instruments de mesure des caractéristiques sociodémographiques, des agressions sexuelles et des services

Tous les questionnaires ont été administrés aux adolescentes en version française par des interviewers formés, sauf pour le *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS; Friedrich,

1992), qui a été complété par un assistant de recherche à partir de l'examen des dossiers psychosociaux ou d'une entrevue avec le travailleur social responsable de l'adolescente. Dans quelques cas, le travailleur social a rempli lui-même ce questionnaire. Le SARS comprend 21 items auxquels on répond par oui ou non et trois items qui demandent un nombre de mois; il permet de décrire les variables associées à l'agression sexuelle subie (sévérité, fréquence, lien avec l'auteur, nombre de mois écoulés depuis le dernier épisode). Un questionnaire de données sociodémographiques servant à documenter la situation de vie (par exemple : vit avec la mère, le père, placement) a aussi été administré aux participantes. En outre, certains items du *Questionnaire on Events from Childhood to Adolescence* (Thériault, Cyr, & Wright, 1996) ont été utilisés pour déterminer l'âge de la victime au moment de l'agression sexuelle, la durée de l'abus, la présence de placement au cours de leur vie et la survenue d'un placement pendant l'intervention évaluée. Enfin, un questionnaire maison concernant les services reçus pendant la thérapie de groupe a été administré à toutes les participantes lors du post-test. Il documente la présence ou l'absence de chaque type de service et, s'il y a lieu, la fréquence mensuelle des rencontres.

Instruments de mesure des effets

Le *Children's Attributions and Perception Scale* (Mannarino, Cohen & Berman, 1994) a été élaboré pour évaluer les distorsions cognitives après une agression sexuelle. Le questionnaire comprend 18 items auxquels on répond à l'aide d'une échelle Likert en cinq points, qui vont de «jamais» à «toujours». Pour la présente recherche, les quatre sous-échelles sont utilisées : se percevoir comme différente de ses pairs, s'attribuer la responsabilité des événements négatifs, se percevoir comme crédible et avoir confiance en relation interpersonnelle. Pour les deux premières échelles, des scores plus élevés indiquent que la répondante perçoit des attributions négatives, alors que pour les deux autres échelles, c'est l'inverse. La cohérence interne des sous-échelles varie de ,64 à ,73 et la fidélité test-retest de ,60 à ,82.

The Ways of Coping Questionnaire (Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995; Knussen, Sloper, Cunningham, & Turner, 1992) comprend 21 items et mesure, par une échelle en quatre points (jamais, parfois, souvent, toujours), la fréquence du recours à une stratégie donnée pour faire face aux difficultés en lien avec l'agression sexuelle subie. Trois scores peuvent être dérivés et seront utilisés dans l'étude : le recours à la recherche de soutien social, à la résolution-réévaluation des problèmes ou à l'évitement. Les coefficients de cohérence interne varient de ,61 à ,81 (Fortin, Royer, Marcotte, & Potvin, 2005). Plus le score est élevé, plus il indique un recours fréquent à la stratégie mesurée.

The Youth Self-Report and Profile (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) est la version pour adolescents du *Child Behavior Checklist* (CBCL); il évalue la perception des jeunes concernant la présence de problèmes de comportement intériorisés et extériorisés. Le

score de problèmes de comportement intériorisés est la somme des échelles spécifiques de problèmes d'anxiété-dépression, de retrait-dépression et de somatisation, tandis que le score de problèmes de comportement extériorisés est la somme des échelles spécifiques de comportements agressifs et de conduites contrevenant aux règles. Comportant 112 items, le YSR mesure la présence et la fréquence de certains comportements au cours des six derniers mois (et depuis le pré-test pour ce qui est du post-test), par une échelle en trois points. Les coefficients de fidélité test-retest sur une semaine varient de ,67 à ,91, tandis que ceux de cohérence interne sont compris entre ,71 et ,95 (Achenbach & Rescorla, 2001). Plus le score au YSR est élevé, plus il y a de problèmes de comportement concernant la dimension analysée.

Des seuils limites et cliniques ont été fixés pour les échelles de problèmes de comportement intériorisés et extériorisés (seuil limite situé entre le 84^e et le 89^e percentile et seuil clinique au 90^e percentile et plus) et pour les échelles spécifiques (seuil limite situé entre le 93^e et le 97^e percentile et seuil clinique au 98^e percentile et plus). Ces seuils seront utilisés pour les analyses des effets cliniques.

Analyses

Pour évaluer l'efficacité du programme d'intervention de groupe en fonction des autres services reçus (objectif 1), deux séries d'analyses de la covariance seront effectuées en comparant le groupe expérimental au groupe contrôle. La première série ne contrôlera que les scores obtenus au prétest, tandis que la deuxième série tiendra aussi compte de la fréquence mensuelle moyenne des rencontres pour les autres services reçus. Les résultats obtenus selon les deux stratégies d'analyse seront ensuite comparés. Afin d'évaluer les effets cliniquement significatifs du programme (objectif 2), des analyses de chi-deux seront réalisées pour comparer les pourcentages d'adolescentes des deux groupes présentant ou non des problèmes d'intensité clinique au terme du programme. En outre, pour chaque groupe et chaque échelle du YSR, les pourcentages d'adolescentes passant d'un seuil clinique à non clinique, l'inverse ou présentant un état clinique ou non clinique stable à la suite de l'intervention seront testés avec le chi-deux de McNemar. Enfin, pour explorer le lien entre la fidélité de l'implantation du programme et certains effets cliniques (objectif 3), les pourcentages d'adolescentes présentant un score d'intensité clinique sur les différentes échelles du YSR seront comparés entre le premier groupe implanté (fidélité supérieure) et le deuxième groupe (fidélité inférieure) de participantes. Une différence de pourcentage d'au moins 25 % à la hausse ou à la baisse entre les groupes est le critère arbitraire qui sera utilisé pour l'interprétation. Un tel écart sera interprété comme un changement possiblement significatif. Ce type de changement sera comptabilisé pour les deux groupes de manière à dégager, s'il y a lieu, un groupe s'améliorant ou se détériorant davantage.

Résultats

Effets statistiques selon la participation au programme et les autres services reçus

D'entrée de jeu, mentionnons que l'examen strictement visuel des moyennes ajustées (dont la variance associée au prétest et aux services a été soustraite) du post-test montre que le groupe expérimental obtient de meilleurs résultats que le groupe contrôle sur toutes les variables. Lorsque seul le prétest est contrôlé par les analyses comparatives des groupes, le groupe expérimental montre une diminution significative ($p < 0,05$) de la distorsion cognitive consistant à s'attribuer la responsabilité pour des événements négatifs ainsi que des problèmes de comportement extériorisés et intériorisés (voir tableau 2). De même, le groupe expérimental s'améliore significativement plus que le groupe contrôle en ce qui concerne la recherche de soutien social et la résolution de problèmes. Afin de préciser la nature des changements touchant les problèmes intériorisés, des analyses secondaires ont été réalisées sur les échelles spécifiques pertinentes. Ces analyses mettent en évidence des améliorations significatives concernant les comportements de retrait-dépression et d'anxiété-dépression, alors qu'aucun changement statistiquement significatif n'est relevé sur la somatisation. Pour ce qui est des problèmes extériorisés, seuls les comportements agressifs s'améliorent significativement. Par contre, lorsque la fréquence mensuelle moyenne de rencontres pour les autres services est contrôlée dans les analyses, moins de résultats significatifs demeurent associés à la participation à la thérapie de groupe. Seules les améliorations sur la recherche de soutien social, la résolution de problèmes, les problèmes de comportement intériorisés (plus spécifiquement la sous-échelle d'anxiété-dépression) demeurent. Bien que l'effet sur l'échelle regroupée des problèmes extériorisés ne demeure pas significatif, l'effet positif sur les comportements agressifs ($F(1,31) = 4,78$, $MSE = 12,41$, $p < 0,05$) le reste néanmoins. La diminution de la tendance à s'attribuer la responsabilité pour des événements négatifs n'est plus significative.

TABLEAU 2
Effets du programme lorsque la fréquence moyenne mensuelle de rencontres pour d'autres services est contrôlée ou non

| EFFETS | COVARIABLES : SCORES AU PRÉ-TEST SEULEMENT | | | COVARIABLES : AJOUT DU NOMBRE DE RENCONTRES MENSUELLES MOYEN | | |
|-------------------------------------|--|---------|-------|--|---------|-------|
| | Moyenne au carré | F(1,32) | p | Moyenne au carré | F(1,31) | p |
| Se percevoir différente, prétest | 230,78 | 75,09 | 0,000 | 213,81 | 79,75 | 0,000 |
| Services | Non applicable (na) | | | 15,24 | 5,68 | 0,023 |
| Groupe | 7,30 | 2,37 | ns | 0,60 | 0,22 | ns |
| Erreur | 3,07 | | | 2,68 | | |
| Se percevoir crédible, prétest | 53,97 | 10,07 | 0,003 | 50,14 | 9,68 | 0,004 |
| Services | na | | | 10,99 | 2,12 | ns |
| Groupe | 0,77 | 0,14 | ns | 4,38 | 0,846 | ns |
| Erreur | 5,36 | | | 5,18 | | |
| Se percevoir responsable, prétest | 113,59 | 22,67 | 0,000 | 119,21 | 24,21 | 0,000 |
| Services | na | | | 7,73 | 1,57 | ns |
| Groupe | 34,71 | 6,93 | 0,013 | 16,21 | 3,29 | ns |
| Erreur | 5,01 | | | 4,92 | | |
| Perception de la confiance, prétest | 357,26 | 45,61 | 0,000 | 318,96 | 48,77 | 0,000 |
| Services | na | | | 47,95 | 7,33 | 0,011 |
| Groupe | 3,00 | 0,38 | ns | 2,07 | 0,317 | ns |
| Erreur | 7,83 | | | 6,54 | | |
| Soutien social, prétest | 193,02 | 24,86 | 0,000 | 199,91 | 27,38 | 0,000 |
| Services | na | | | 22,14 | 3,03 | ns |
| Groupe | 145,11 | 18,69 | 0,000 | 166,72 | 22,84 | 0,000 |
| Erreur | 7,76 | | | 7,30 | | |
| Résolution de problèmes, prétest | 192,00 | 19,55 | 0,000 | 181,39 | 18,01 | 0,000 |
| Services | na | | | 2,13 | 0,21 | .ns |
| Groupe | 72,57 | 7,39 | 0,011 | 67,80 | 6,73 | 0,014 |
| Erreur | 9,822 | | | 10,07 | | |
| Évitement, prétest | 63,42 | 7,11 | ns | 70,05 | 9,22 | 0,005 |
| Services | na | | | 49,88 | 6,57 | 0,015 |
| Groupe | 35,85 | 4,02 | ns | 5,16 | 0,68 | ns |
| Erreur | 8,92 | | | 7,60 | | |
| Problèmes intériorisés, prétest | 1785,48 | 28,52 | 0,000 | 1689,41 | 26,86 | 0,000 |
| Services | na | | | 53,60 | 0,85 | ns |
| Groupe | 565,05 | 9,03 | 0,005 | 329,53 | 5,24 | 0,029 |
| Erreur | 62,61 | | | 62,90 | | |

| EFFETS | COVARIABLES : SCORES AU PRÉ-TEST SEULEMENT | | | COVARIABLES : AJOUT DU NOMBRE DE RENCONTRES MENSUELLES MOYEN | | |
|---------------------------------|--|---------|-------|--|---------|-------|
| | Moyenne au carré | F(1,32) | p | Moyenne au carré | F(1,31) | p |
| Problèmes extériorisés, prétest | 770,29 | 23,77 | 0,000 | 734,13 | 23,43 | 0,000 |
| Services | na | | | 65,81 | 2,10 | ns |
| Groupe | 195,33 | 6,03 | 0,020 | 79,39 | 2,53 | ns |
| Erreur | 32,41 | | | 31,33 | | |

Effets cliniques selon la participation au programme

Au post-test, un pourcentage significativement plus élevé d'adolescentes ayant participé au programme de thérapie de groupe montre des améliorations selon les seuils cliniques établis pour le YSR de Achenbach et Rescorla (2001), comparativement aux adolescentes n'ayant pas participé à l'intervention. En examinant le tableau 3, on constate qu'un pourcentage significativement plus élevé d'adolescentes du groupe expérimental obtient un score jugé normal aux échelles d'anxiété-dépression et de retrait-dépression, comparativement aux adolescentes du groupe contrôle. Bien que les pourcentages de cas atteignant les seuils limites et cliniques soient présentés séparément pour plus de précision, soulignons que les analyses ont comparé les pourcentages pour deux catégories : les cas dont le score est jugé normal (première catégorie) et ceux dont le score renvoie à la zone limite ou clinique (deuxième catégorie). Rappelons qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes concernant les pourcentages d'adolescentes atteignant ou non les seuils limites ou cliniques au moment du prétest.

Par ailleurs, nous avons comparé les pourcentages de changements de type présence/absence de problème clinique entre les temps de mesure pour chacun des groupes (voir tableau 4). Selon les analyses de chi-deux de McNemar, on note une amélioration significative entre les temps de mesure pour le groupe expérimental concernant les problèmes extériorisés et les comportements de non-respect des règles. Mentionnons qu'aucune différence significative entre le pré et le post test sur ces dimensions n'est relevée pour le groupe contrôle avec la même analyse. En examinant les résultats du groupe expérimental pour l'échelle des problèmes extériorisés, on constate que près de 47 % des cas cliniques au prétest ne le sont plus au post-test. Au plan des comportements de non-respect des règles, ce sont 40 % des cas qui effectuent ce même passage. En outre, en observant les pourcentages de cas passant d'un score non clinique à un score clinique pour toutes les échelles, on voit que cet effet inverse n'est noté que pour un seul cas, et ce, pour quatre des sept échelles. De même, on constate que les pourcentages de cas qui présentaient un problème d'intensité clinique qui se maintiennent dans le temps oscillent entre 7 % et 39 %.

TABLEAU 3

Pourcentages d'adolescentes atteignant ou non les seuils cliniques et limites aux échelles de problèmes de comportement pour le groupe expérimental et le groupe contrôle au post-test

| | GROUPE EXPÉRIMENTAL (n=15) | | | GROUPE CONTRÔLE (n=20) | | | Tests statistiques |
|--------------------------|----------------------------|--------|----------|------------------------|--------|----------|------------------------------------|
| | Normal | Limite | Clinique | Normal | Limite | Clinique | |
| Échelles du YSR | | | | | | | |
| Problèmes intériorisés | 53% | 27 % | 20 % | 35 % | 0 % | 65 % | $\chi^2_{(1)} = 1,176$; p = ns |
| - Anxiété-dépression | 93% | 7 % | 0 % | 45 % | 10 % | 45 % | $\chi^2_{(1)} = 8,887$; p = 0,003 |
| - Retrait-dépression | 80% | 7 % | 13 % | 40 % | 10 % | 50 % | $\chi^2_{(1)} = 5,600$; p = 0,02 |
| - Somatisation | 60% | 33 % | 7 % | 60 % | 35 % | 5 % | $\chi^2_{(1)} = 0,000$; p = ns |
| Problèmes extériorisés | 74% | 13 % | 13 % | 50 % | 20 % | 30 % | $\chi^2_{(1)} = 1,944$; p = ns |
| - Non-respect des règles | 80% | 20 % | 0 % | 60 % | 30 % | 10 % | $\chi^2_{(1)} = 1,591$; p = ns |
| - Agressivité | 93% | 7 % | 0 % | 80 % | 15 % | 5 % | $\chi^2_{(1)} = 1,244$; p = ns |

TABLEAU 4

Pourcentages d'adolescentes selon les types de changements cliniques du pré (T1) au post-test (T2) pour le groupe expérimental et le groupe contrôle

| GROUPE EXPÉRIMENTAL | T1 non clinique T2 non clinique | T1 non clinique T2 clinique | T1 clinique T2 non clinique | T1 clinique T2 clinique | Tests McNemar |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|------------------|
| Échelles du YSR | | | | | |
| Problèmes intériorisés | 27 % | 7 % | 27 % | 39 % | p = ns |
| - Anxiété | 66 % | 0 % | 27 % | 7 % | p = ns |
| - Retrait | 73 % | 7 % | 7 % | 13 % | p = ns |
| - Somatisation | 47 % | 7 % | 13 % | 33 % | p = ns |
| Problèmes extériorisés | 27 % | 7 % | 46 % | 20 % | p = 0,07 |
| - Non-respect des règles | 40 % | 0 % | 40 % | 20 % | p = 0,03 |
| - Agressivité | 73 % | 0 % | 20 % | 7 % | p = ns |
| GROUPE CONTRÔLE | T1 non clinique T2 non clinique | T1 non clinique T2 clinique | T1 clinique T2 non clinique | T1 clinique T2 clinique | Tests McNemar |
| Échelles du YSR | | | | | |
| Problèmes intériorisés | 25 % | 5 % | 10 % | 60 % | p = ns |
| - Anxiété | 35 % | 15 % | 10 % | 40 % | p = ns |
| - Retrait | 35 % | 25 % | 5 % | 35 % | p = ns |
| - Somatisation | 40 % | 10 % | 20 % | 30 % | p = ns |
| Problèmes extériorisés | 35 % | 15 % | 15 % | 50 % | p = ns |
| - Non-respect des règles | 45 % | 10 % | 15 % | 30 % | p = ns |
| - Agressivité | 75 % | 15 % | 5 % | 5 % | p = ns |

TABLEAU 5

Pourcentages de cas atteignant des scores d'intensité clinique au pré (T1) et au post-test (T2) selon deux niveaux d'implantation différents des groupes

| Échelles du YSR | PREMIER GROUPE (n = 4) | | DEUXIÈME GROUPE (n = 6) | |
|--------------------------|---------------------------|------|----------------------------|------|
| | T1 | T2 | T1 | T2 |
| Problèmes intériorisés | 75 % | 50 % | 67 % | 50 % |
| - Anxiété-dépression | 50 % | 0 % | 50 % | 0 % |
| - Retrait-dépression | 25 % | 25 % | 17 % | 17 % |
| - Somatisation | 50 % | 25 % | 67 % | 67 % |
| Problèmes extériorisés | 75 % | 25 % | 100 % | 33 % |
| - Agressivité | 25 % | 0 % | 75 % | 25 % |
| - Non-respect des règles | 50 % | 0 % | 100 % | 50 % |

Effets cliniques selon une implantation plus ou fidèle

Comme le montre le tableau 5, les pourcentages de cas présentant un score d'intensité clinique diminuent pour toutes les échelles, tant dans le premier que dans le deuxième groupe de participantes. Toutefois, en tenant compte du critère de diminution de 25 %, on constate que davantage de bénéfiques cliniques (6 échelles impliquées) sont enregistrés pour le premier groupe, implanté plus fidèlement, comparativement au deuxième (4 échelles impliquées). Ces résultats suggèrent que l'adhérence aux activités prévues pourrait être associée à de meilleurs effets de l'intervention.

Discussion

Forces et limites de l'étude

La présente étude dépasse les limites méthodologiques actuelles les plus importantes dans le domaine identifiées par la recension de Paquette et al. (2008). Elle s'appuie sur une comparaison entre un groupe contrôle et un groupe expérimental, ce dernier étant composé d'adolescentes qui ont participé activement au programme évalué. Par ailleurs, l'implantation du programme est systématiquement documentée. En outre, l'étude examine le rôle des autres services reçus et celui de la fidélité de l'implantation dans l'évaluation des effets de ce type de programme. Enfin, les effets sont analysés suivant une perspective à la fois statistique et clinique.

Bien que le devis de la présente étude soit fréquemment appliqué dans les évaluations de programme réalisées en conditions réelles de pratique (Chen, 2005), l'interprétation des résultats doit tenir compte de certaines limites méthodologiques importantes. Exception faite des variables contrôlées dans les analyses, certaines caractéristiques des adolescentes composant le groupe expérimental pourraient expliquer en tout ou en partie les résultats de l'étude. Par exemple, la motivation à se rétablir ou

la facilité à fonctionner en groupe pourraient contribuer aux effets positifs observés pour le groupe expérimental au détriment du groupe contrôle.

Une autre limite est tributaire du fait que les mesures ne prennent en considération que le seul point de vue de l'adolescente sur son adaptation et sa santé psychologique. Bien que ce point de vue apparaisse capital, les perspectives d'autres répondants auraient pu valider les résultats obtenus. Cela est particulièrement vrai pour la mesure des problèmes de comportement extériorisés, lesquels auraient tendance à être sous-estimés dans les auto-évaluations chez les jeunes présentant, par exemple, un trouble des conduites (APA, 2000). Toutefois, c'est surtout en ce qui a trait aux autres services reçus que les points de vue des parents ou des intervenants sociaux auraient pu confirmer les données qui ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire non validé. En outre, considérant le nombre modeste de sujets inclus dans l'échantillon, l'ensemble des conséquences possiblement visées par le programme n'a pas été pris en considération dans les analyses d'efficacité de l'étude. D'ailleurs, il est possible que certains effets du programme n'aient pas été détectés par le devis, particulièrement en ce qui concerne les distorsions cognitives, par manque de puissance statistique. Par contre, l'analyse des indices de l'éta-carré partiel montre que ceux-ci varient de 0,13 à 0,42 pour les résultats statistiques significatifs relevés avec la deuxième série d'analyses de covariance. Ces indices renvoient à des effets de taille moyenne ou grande. La valeur de ces indices nous rassure donc quant à la validité statistique des résultats malgré l'utilisation de plusieurs tests univariés. En effet, des valeurs d'indice associées à de petites tailles d'effet auraient pu être tributaires de l'erreur alpha. Enfin, les analyses comparatives entre les groupes selon le niveau de fidélité d'implantation sont élémentaires et ne peuvent que donner lieu à des hypothèses susceptibles de guider l'élaboration de futures études dans le domaine. Bref, gardons en tête que cette étude suggère, plutôt qu'elle ne démontre, l'efficacité du programme et le lien entre ses effets et le niveau de fidélité d'implantation.

Les effets du programme

Des effets statistiquement significatifs au-delà des autres services reçus

D'une part, l'étude suggère que le programme est efficace pour améliorer l'adaptation et la santé psychologique des adolescentes agressées sexuellement qui y participent. D'autre part, l'étude montre que les autres services reçus pendant l'intervention évaluée doivent être pris en considération dans les analyses pour en isoler les effets spécifiques. En effet, les diminutions significatives observées sur les scores pour les attributions de responsabilité personnelle pour des événements négatifs et pour les problèmes de comportement extériorisés étaient davantage associées aux autres services reçus qu'au programme évalué. Ces résultats d'abord significatifs lors de la première série d'analyses ne résistent pas au contrôle des autres services reçus introduit dans la deuxième série d'analyses. Lorsque la fréquence mensuelle moyenne des autres servi-

ces reçus en parallèle est considérée par les analyses, des effets positifs significatifs, et donc spécifiques à la participation au programme, sont conservés sur le recours à la recherche de soutien social et à la résolution de problèmes, ainsi que sur les problèmes de comportement intériorisés (notamment au plan de l'anxiété-dépression) et les conduites agressives. Les améliorations significatives du recours à deux stratégies positives d'adaptation face aux difficultés associées à l'agression sexuelle sont particulièrement intéressantes. Comme le suggère Spaccarelli (1994), elles pourraient être une des causes de la diminution des problèmes de comportement observés. Elles pourraient aussi être à la source d'un maintien des progrès réalisés à la suite de la thérapie en permettant aux adolescentes de continuer à gérer efficacement les problèmes qui pourraient survenir dans le futur en lien avec les agressions sexuelles subies. Il est aussi possible que le recours à ces stratégies positives d'adaptation puisse s'élargir à d'autres situations cliniques ou non, générant des gains non attendus par le programme.

Des effets cliniques significatifs associés à la participation au programme

Des effets positifs cliniquement significatifs sont relevés au terme de l'intervention chez les participantes en ce qui concerne les comportements d'anxiété-dépression et de retrait-dépression. De même, les scores s'améliorent de manière cliniquement significative après l'intervention pour les participantes en ce qui concerne les comportements extériorisés et les comportements de non-respect des règles, alors qu'aucun type de changement ne ressort comme significatif pour les non-participantes. C'est donc dire qu'effets cliniques et statistiques convergent pour montrer des améliorations en ce qui a trait aux problèmes de comportement intériorisés – un résultat qui s'inscrit d'ailleurs dans la lignée des interventions de cet acabit (Sturkie, 1992). Fait intéressant, le programme permet aussi des améliorations cliniques et statistiques dans le registre extériorisé des problèmes, notamment sur l'agressivité. Les résultats de l'étude ne soutiennent donc pas que l'intervention de groupe amène des effets négatifs sur les problèmes de comportement extériorisés. Cela pourrait s'expliquer par la qualité de l'animation des intervenantes et par leur habitude à composer avec une clientèle présentant de tels problèmes. Ces dernières hypothèses nous amènent à faire des liens entre les effets et l'implantation du programme.

Les effets du programme selon la fidélité de l'implantation

Aucun résultat positif n'est observé en ce qui a trait aux distorsions cognitives. Le fait que l'ensemble des thèmes n'a pas été couvert et que toutes les activités n'ont pas été réalisées (dans au moins deux des trois groupes d'adolescentes participantes) pourrait en partie expliquer cette absence de résultat. Il est possible que les intervenantes ne se soient pas suffisamment attardées à recadrer les cognitions associées à l'agression sexuelle pendant l'animation des activités. On peut penser que le repérage de ces distorsions, suivi de leur recadrage, demande une bonne connaissance de la problématique.

que de l'agression sexuelle et une aisance à présenter les thèmes du programme. Or, les intervenantes en étaient à leurs premières armes dans l'animation d'un programme en agression sexuelle.

L'analyse sommaire en lien avec le troisième objectif de l'étude suggère que le programme le plus fidèlement implanté permet peut-être de plus importantes améliorations cliniques sur certains problèmes. Plusieurs facteurs associés à l'implantation des programmes peuvent aller dans le sens de cette hypothèse (Paquette et al., 2009). Lors du second groupe, les intervenantes n'ont pas bénéficié d'une supervision comme lors du premier groupe. En outre, des problèmes d'aménagement des horaires de travail et de manque de soutien ont été soulignés par les intervenantes. Dans le même ordre d'idées, les intervenantes ont peut-être eu plus de difficulté à animer les séances dans le second groupe. Il est aussi possible que les intervenantes aient décidé de discuter des thèmes du programme en partant des contenus apportés par les adolescentes. Cela pourrait expliquer le temps important accordé aux retours sur la semaine dans le deuxième groupe. Les défenseurs de l'adaptation des programmes soutiennent que ces derniers doivent être adaptés aux circonstances particulières des différents contextes d'implantation et que ce processus d'adaptation mutuelle favorise davantage l'efficacité des programmes qu'une fidélité rigide (Bond, Evans, Salyers, Williams, & Kim, 2000; Dusenbury, Nnannigan, Falco, & Hansen, 2003). Il n'en demeure pas moins que les composantes essentielles des programmes doivent être identifiées pour permettre des adaptations qui ne seront pas susceptibles d'en affecter négativement l'efficacité. Dans cette perspective, les prochaines études du domaine devraient contribuer à documenter certains aspects de l'implantation des programmes d'intervention de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement, tout en tissant des liens empiriques plus précis entre la fidélité de l'implantation et l'évaluation des effets. Une analyse plus fine des contenus de l'intervention (Paquette, 2009) permet de penser que les cinq premiers thèmes doivent minimalement être implantés de manière complète. La durée des activités doit être modifiée de manière à être allongée d'environ 50 %, comme le montre l'étude d'implantation. Des modifications sont à considérer afin de raffiner les techniques d'intervention dans le but de diminuer les distorsions cognitives. Enfin, un traitement adéquat du thème de l'avenir semble nécessaire pour garantir un dénouement heureux de l'intervention et pour travailler dans une perspective de stabilité des gains obtenus.

Conclusion

En conclusion, les résultats de notre étude convergent avec ceux des meilleures études (utilisant un groupe de comparaison) évaluant des programmes de groupe s'adressant aux adolescentes agressées sexuellement (Radd Baker, 1985; Tourigny & Hébert, 2007; Tourigny et al., 2005; Tourigny et al., 2008; Verleur et al., 1986) pour montrer que des effets positifs sur l'adaptation et la santé psychologique sont associés à la par-

ticipation à des programmes d'intervention de groupe. La présente étude innove en prenant en considération, dans les analyses d'efficacité, les autres services reçus parallèlement à la tenue de l'intervention évaluée. Les résultats de l'étude laissent croire que les effets associés aux programmes de groupe pour adolescentes agressées sexuellement ont peut-être été sur- ou sous-estimés par le passé. La description détaillée de la fidélité de l'implantation du programme pour deux groupes d'intervention ainsi que les analyses descriptives exploratoires réalisées sur les effets cliniquement significatifs selon le niveau d'implantation constituent des premières dans ce champ de recherche. Cela permet de considérer que les effets obtenus par la participation à un tel programme peuvent varier selon la fidélité de son implantation.

Les futures études du domaine devraient : a) évaluer les effets des programmes de groupe pour les adolescentes agressées sexuellement en tenant compte d'autres variables susceptibles de brouiller les effets observés; b) explorer le maintien des effets et le rôle des stratégies d'adaptation dans leur stabilité; et c) considérer les niveaux de fidélité d'implantation comme des médiateurs dans la théorie de changement des programmes. Pour en arriver là, praticiens et chercheurs devront unir leurs efforts en mettant sur pied un programme de traitement de groupe basé sur les connaissances scientifiques actuelles et implanté à grande échelle, ce qui pourrait permettre de la recherche de plus haut niveau dans ce domaine (Paquette et al., 2008).

Bibliographie

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text revision. DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association.

Berliner, L., & MacQuivey, K. (1996). A therapy group for female adolescent victims of sexual abuse. In M. Rosenbaum (Ed.), *Handbook of short-term therapy groups* (pp. 101-116). Lanham, MD: Jason Aronson.

Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., Williams, J., & Kim, H. W. (2000). Measurement of fidelity in psychiatric rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2(2), 75-87.

Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : Présentation d'une version abrégée du *Ways of Coping Questionnaire*. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 27(3), 371-377.

Centre jeunesse de l'Estrie (2004). *Projet d'intervention pour les adolescentes victimes d'agression sexuelle : Guide d'animation et composantes opérationnelles du programme*. Document inédit. Sherbrooke.

Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation : Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents : Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm : Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Dusenbury, L., Nrnannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation : Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Fortin, L., Royer, E., Marcotte, D., & Potvin, P. (2005). Facteurs personnels, scolaires et familiaux différenciant les garçons en problèmes de comportement du secondaire qui ont décroché ou non de l'école. *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Éducation*, 8(2), 79-88.
- Friedrich, W. N. (1992). *Sexual Abuse Rating Scale*. Rochester, MN: Department of Pedopsychiatry.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A., & 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, 125-141.
- Hsu, L. M. (1989). Random sampling, randomization, and equivalence of contrasted groups in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 131-137.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kivlighan Jr., D. M., & Holmes, S. E. (2004). The importance of therapeutic factors : A typology of therapeutic factors studies. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), *Handbook of group counselling and psychotherapy* (pp. 23-36). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Knussen, C., Sloper, P., Cunningham, C. C., & Turner, S. (1992). The use of the Ways of Coping (Revised) questionnaire with parents of children with Down's syndrome. *Psychological Medicine*, 22(3), 775-786.
- Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effect with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse & Neglect*, 23(5), 477-485.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Bergman, S. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Psychology*, 23(2), 204-211.
- McCrone, P., Weeramanthri, T., Knapp, M., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G., et al. (2005). Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(1), 26-31.
- Narring, F., & Rummel Walker, R.-M. (2001). L'aide aux adolescentes victimes d'agression sexuelle. L'action des groupes de soutien de l'Association Familles Solidaires. *Médecine et Hygiène*, 59, 2022-2026.

- Nelson, E., Heath, A., Madden, P., Cooper, L., Dinwiddie, S., Bucholz, A. et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes : Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139-145.
- Paquette, G. (2009). *Évaluation de l'implantation et des effets sur les problèmes de comportement d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement*. Thèse de doctorat inédite, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
- Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2010). *Implications pratiques des résultats de l'évaluation d'un programme d'intervention de groupe offert à des adolescentes agressées sexuellement*. Actes du colloque intitulé « L'aide aux jeunes en difficulté : regards sur nos pratiques », organisé par le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance. Sherbrooke (Québec), 25-26 mars 2010, Les Presses de l'Université de Sherbrooke, Éditions du CRP.
- Paquette, G., Joly, J. & Tourigny, M. (2009). La fidélité de l'implantation d'un programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : Une mesure par observation systématique. *Revue Canadienne d'Évaluation de Programme*, 24(2), 57-79.
- Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2008). Une recension systématique des programmes d'intervention de groupe pour les adolescentes agressées. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29(3), 85-99.
- Patton, T., Collins, L., Collins, R. A., Larzelere, R. E., Jones, P., Graham, K., et al. (1993). *Pre-post effects of group treatment for sexually abused adolescent females in residential care*. Paper presented at the San Diego Conference on Responding to Child Maltreatment.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Radd Baker, C. R. (1985). *A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females*. Doctoral dissertation: University of Maryland.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2003). *Child physical and sexual abuse : Guidelines for treatment* (Final report: January 15, 2003). Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Collins, L. E., Collins, R. A., Paine, M., Jones, P., et al. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting : Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 533-542.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse : A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Sturkie, K. (1992). Group treatment of child sexual abuse victims : A review. In W. O'Donohue, & J. H. Geer (Eds.), *The sexual abuse of children: Clinical issues* vol. 2. (pp. 331-364). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Tabor, G. L. (1984). *Incest: Effects of specific trauma variables on the self-concepts and locus of control views of adolescent female incest victims before and following six months of group treatment*. Doctoral dissertation: University of Arkansas.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Questionnaire on events from childhood to adolescence*. Unpublished manuscript, Université de Montréal.

- Toupin, J. (2006). Caractéristiques et troubles associés aux troubles des conduites des adolescentes. In M. Déry & P. Verlaan (Éds.), *Les conduites antisociales chez les filles* (pp. 149-175). Sherbrooke, Canada : Les Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Boisvert, I., & Jacq, B. (2008). Efficacité d'une intervention de groupe de courte durée auprès d'adolescentes agressées sexuellement. *Intervention*, 129, 27-38.
- Tourigny, M., & Hébert, M. (2007). Efficacy of an open group therapy for sexually abused adolescent girls. *Victims and Violence*, 22(3), 334-349.
- Tourigny, M., Hébert, M., & Daigneault, I. (2006). L'efficacité d'une intervention de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement et présentant des troubles de comportements. In P. Verlaan & M. Déry (Éds.), *Les conduites antisociales des filles : Comprendre pour mieux agir* (pp. 385-413). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., & Simoneau, A.-C. (2005). Efficacy of a group therapy for sexually abused adolescent girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 71-93.
- Trickett, P. K., & Gordis, E. B. (2004). Aggression and antisocial behavior in sexually abused females. In M. Pitallaz & K. L. Bierman (Eds.), *Aggression, antisocial behavior, and violence among girls : A developmental perspective* (pp. 162-185). New York, NY: Guilford Publications, Inc.
- Trickett, P. K., Kurtz, D. A., & Noll, J. G. (2005). The consequences of child sexual abuse for female development. In D. J. Bell, S. L. Foster & E. J. Mash (Eds.), *Handbook of behavioral and emotional problems in girls* (pp. 357-379). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of child sexual abuse : A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.
- Verleur, D., Hughes, R. E., & Dobkin de Rios, M. (1986). Enhancement of self-esteem among female adolescent incest victims : A controlled comparison. *Adolescence*, 21(84), 843-854.

**ANNEXE I:
DÉROULEMENT ATTENDU SUIVANT LE PROGRAMME THÉORIQUE^A
AVANT RÉVISION**

| | |
|---|------------|
| Thème 1 : Les conséquences des agressions sexuelles (deux séances) | |
| 1. Introduction | 10 minutes |
| 2. Lecture des règles du groupe | 5 minutes |
| 3. Signature du contrat | 10 minutes |
| 4. Activité d'introduction afin de faire connaissance | 15 minutes |
| 5. Activité sur les conséquences de l'agression sexuelle | 35 minutes |
| 6. Analogie avec le billet de banque | 5 minutes |
| Thème 2 : La dynamique de l'agression sexuelle (deux séances) | |
| 1. Présentation des quatre préconditions à l'agression sexuelle | 20 minutes |
| 2. Ma situation d'agression sexuelle | 50 minutes |
| Thème 3 : Le dévoilement de l'agression sexuelle (deux séances) | |
| 1. Dessin de ma famille | 35 minutes |
| 2. Discussion en sous-groupes sur le dévoilement | 20 minutes |
| 3. Retour en groupe | 15 minutes |
| Thème 4 : Les sentiments en lien avec l'agression sexuelle (deux séances) | |
| 1. Activité sur les émotions du moment | 10 minutes |
| 2. Définition et fonction des émotions | 10 minutes |
| 3. Activité sur les émotions en lien avec l'agression sexuelle | 20 minutes |
| 4. Lettre à l'agresseur | 30 minutes |
| Thème 5 : La prévention de la revictimisation ou de la récurrence (deux séances) | |
| 1. Activité : La sexualité et les lois en sous-groupe | 12 minutes |
| 2. Retour en groupe sur la sexualité et les lois | 18 minutes |
| 3. Jeu de rôle | 30 minutes |
| 4. Ressources en agression sexuelle | 10 minutes |
| Thème 6 : L'affirmation de soi face à la violence (deux séances) | |
| 1. Activité sur les mythes sur la violence dans les fréquentations | 25 minutes |
| 2. Discussion sur les signes avant-coureurs de violence | 12 minutes |
| 3. Discussion sur les différentes formes de violence | 15 minutes |
| 4. Discussion sur la revictimisation | 18 minutes |
| Thème 7 : La sexualité (deux séances) | |
| 1. Remue-méninges (brainstorming) sur la sexualité | 15 minutes |
| 2. Définition de la sexualité | 15 minutes |
| 3. Discussion sur les conséquences de l'agression sexuelle sur la sexualité | 25 minutes |
| 4. « Questions à l'expert » | 25 minutes |
| Thème 8 : Les relations entre hommes et femmes (deux séances) | |
| 1. Discussion sur la provenance des modèles de relations homme/femme | 25 minutes |
| 2. Analyse d'un vidéoclip | 30 minutes |
| 3. Activités sur les valeurs dans les relations homme/femme | 15 minutes |
| Thème 9 : L'avenir (deux séances) | |
| 1. Projection dans 10 ans | 15 minutes |
| 2. Évaluation de l'apport du groupe | 55 minutes |
| 3. Mot de la fin | 5 minutes |

A. Chaque séance débute par un retour sur la semaine, pour lequel 10 minutes sont prévues, et se clôture par une évaluation de la séance, pour laquelle 10 minutes sont aussi prévues. Ensuite, un goûter d'environ 30 minutes se déroule dans une autre salle pour favoriser le retour au calme à la fin de chacune des séances.

EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION DE GROUPE POUR LES ENFANTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE^{1,2}

Martine Hébert et Marc Tourigny

Résumé

Cette étude évalue les effets d'une intervention de groupe pour les enfants (6 à 12 ans) victimes d'agression sexuelle. Un échantillon de 51 enfants (38 filles et 13 garçons) participant à une intervention psychoéducative de groupe offerte par un organisme communautaire a été comparé à un échantillon de 39 enfants (34 filles et 5 garçons) n'ayant pas reçu cette intervention. Les enfants ayant participé à l'intervention de groupe présentent moins de symptômes d'anxiété et de stress post-traumatique et utilisent moins les stratégies d'évitement pour faire face à l'agression sexuelle que les enfants du groupe de comparaison. De plus, selon l'évaluation des parents, l'intervention est associée à moins de troubles de comportement chez les enfants. Le genre de l'enfant, le groupe d'âge et le type d'agression vécue (intra- ou extrafamiliale) ne sont pas liés à des gains différentiels chez les participants. Les enfants ayant abandonné le traitement sont perçus par les parents comme ayant plus de problèmes de comportement lors de l'évaluation initiale et sont davantage susceptibles de vivre dans des familles d'accueil.

Mots-clés : intervention de groupe, évaluation de programme, enfants, agression sexuelle.

Malgré les efforts de prévention au cours des dernières années (Hébert, Daigneault, & Tourigny, sous presse; Kenny, Capri, Thakkar-Kolar, Ryan, & Runyon, 2008; Renk, Donnelly, Roddenberry, & Baksh, 2008), l'agression sexuelle (AS) vécue pendant l'enfance demeure un problème social répandu associé à des conséquences négatives à court et à long terme (Putnam, 2003). De plus, l'AS est liée à un risque de revictimisation sexuelle autant que de victimisation psychologique ou physique dans le contexte de relations amoureuses ultérieures (Daigneault, Hébert, & McDuff, 2009). Si un

1. Pour citer ce chapitre : Hébert, M., & Tourigny, M. (2010). Efficacité d'une intervention de groupe pour les enfants victimes d'agression sexuelle. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 79-99). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. Cette recherche a été financée par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les auteurs tiennent à remercier les enfants et les parents qui ont participé à l'étude, Huguette Joly et les membres du Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF) ainsi que des membres de la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine, en particulier Anne-Claude Bernard-Bonnin, MD, et Claire Allard-Dansereau, MD.

certain nombre d'interventions ont été conçues pour alléger les séquelles associées à l'agression sexuelle, seules quelques-unes ont été soumises à une évaluation empirique permettant d'attester leurs effets. Dans une méta-analyse récente, Hetzel-Riggan, Brausch et Montgomery (2007) ont identifié 28 études évaluatives d'interventions pour les enfants victimes d'AS. Ils notent qu'en général les interventions sont efficaces pour réduire les conséquences négatives associées à l'AS et pour améliorer le fonctionnement adaptatif chez les victimes. Les interventions qui ont été évaluées à ce jour s'inspirent d'une variété d'approches (psychoéducative, cognitivo-comportementale, psychodynamique, centrée sur les traumatismes, les relations interpersonnelles, etc.) et varient considérablement quant au nombre et à la durée des séances.

L'intervention de groupe est souvent la modalité de traitement privilégiée tant pour les adultes que pour les enfants victimes d'une agression sexuelle (Bagley & Young, 1998; Callahan, Price, & Hilsenroth, 2004; Stevenson, 1999; Westbury & Tutty, 1999). La modalité de groupe offre aux participants la possibilité de partager leur vécu avec d'autres personnes confrontées à des expériences similaires dans un environnement sécuritaire; cet élément peut être crucial pour diminuer le sentiment de honte souvent associé à l'AS et briser le secret imposé par l'agresseur (Richter, Snider, & Gorey, 1997). Les interventions de groupe serviraient à réduire le sentiment d'isolement et la stigmatisation des victimes (Courtois, 1988; De Luca, Boyes, Furer, Grayston, & Hiebert-Murphy, 1992) et aideraient à créer et consolider un réseau social (De Luca, Boyes, Grayston, & Romano, 1995). Ainsi, le fait de constater que leur expérience personnelle est considérée et vue comme possiblement aidante par les autres membres du groupe peut renforcer l'estime de soi des participants (Richter et al., 1997). De plus, le groupe offre un format unique pour observer et apprendre des autres participants (De Luca et al., 1995; Zlotnick et al., 1997) et pour mettre en pratique certaines habiletés visées dans les objectifs thérapeutiques (par exemple, les habiletés sociales, l'affirmation de soi, l'expression des émotions et la communication concernant l'événement traumatique). Bien que très peu d'études aient spécifiquement comparé les effets différentiels de la thérapie individuelle et de la thérapie de groupe (Ramchandani & Jones, 2003), certains auteurs ont fait valoir qu'avec des résultats similaires, la thérapie de groupe est une approche plus économique que la thérapie individuelle (McCrone et al., 2005).

Même si elles fournissent des données pertinentes, les études évaluatives des interventions de groupe pour les enfants victimes d'AS menées jusqu'à maintenant présentent des limites méthodologiques, dont l'absence de groupe de comparaison. Par ailleurs, peu d'études ont documenté les éléments d'implantation des interventions, tels le niveau de participation ou le taux d'abandon (Simoneau, Hébert, & Tourigny, 2008a). L'assiduité ou le niveau de participation à un programme de traitement est pourtant un élément-clé à considérer. En effet, si un nombre substantiel de participants ont en réalité reçu seulement une partie du traitement planifié, l'évaluation de ses effets serait au mieux une approximation des effets réels.

De plus, les études évaluatives existantes ont rarement considéré le taux d'abandon, tout comme les facteurs associés à l'abandon en cours de traitement. Pourtant, une telle exploration est susceptible de fournir les repères nécessaires pour optimiser l'implantation du traitement, et ainsi s'assurer que tous les enfants bénéficient d'une intervention visant à réduire les séquelles associées à l'AS. Peu d'études portant sur l'intervention de groupe pour les enfants victimes d'AS ont rapporté les taux d'abandon (Simoneau et al., 2008a). Dans une méta-analyse de 125 études tenant compte de patients enfants et adultes, Wierzbicki et Pekarik (1993) ont observé un taux moyen d'abandon de 47 %. Un examen des taux d'abandon de traitement des services psychiatriques pour les enfants permet de constater qu'un nombre important de participants – jusqu'à 75 % selon la définition utilisée – peut abandonner la thérapie avant la fin.

Par ailleurs, les gains différentiels en thérapie en fonction des caractéristiques individuelles des participants ont rarement été explorés jusqu'à maintenant (Silverman et al., 2008). Pourtant, certains auteurs signalent une importante variation des effets de l'intervention chez les participants à une thérapie de groupe, et certains ont même affirmé qu'un sous-groupe de participants doit bénéficier d'un traitement additionnel à la suite de la thérapie de groupe (Alexander, Neimeyer, Follette, Moore, & Harter, 1989). La variabilité des résultats et l'échec relatif de certains participants à bénéficier de la thérapie soulignent la pertinence d'explorer les facteurs liés à la réponse au traitement, un aspect rarement documenté dans les recherches actuelles sur l'agression sexuelle (Bagley & Young, 1998; Follette, Alexander, & Follette, 1991). Les facteurs potentiellement liés à des gains différentiels chez les enfants victimes d'AS incluent les caractéristiques personnelles telles que le genre et l'âge, ainsi que les variables liées à l'AS (par exemple, agression intra- ou extrafamiliale).

En résumé, malgré la prolifération d'interventions visant à réduire les séquelles associées à l'AS, les études évaluatives sur la thérapie de groupe pour les enfants victimes demeurent peu nombreuses. De surcroît, la majorité des études publiées ne considèrent pas le niveau de participation ou de présence aux séances, qui sont pourtant des facteurs susceptibles d'influencer les résultats. Peu d'études ont exploré l'influence potentielle des variables modératrices liées aux gains du traitement. Dans ce contexte, nous avons mené une étude visant à évaluer les effets d'une intervention de groupe offerte aux enfants agressés sexuellement dans la province de Québec. Une évaluation préliminaire a identifié le potentiel de cette intervention (Simoneau, Hébert, & Tourigny, 2008b). Nous avons tenté de répondre aux limites méthodologiques caractérisant les études antérieures en incluant un groupe de comparaison. De plus, l'étude a considéré l'assiduité au traitement en documentant la présence aux séances de thérapie de groupe. Une série de symptômes associés à l'agression sexuelle ont été considérés, tant selon l'évaluation de l'enfant que celle du parent. Un objectif additionnel était d'explorer si le type d'agression sexuelle vécue (intra- ou extrafamiliale), le genre et le groupe d'âge des participants sont liés à des gains différentiels à la suite de l'interven-

tion de groupe. Enfin, une exploration de facteurs liés à l'abandon du traitement a été menée afin de vérifier si certaines variables permettraient d'identifier les participants susceptibles de quitter prématurément le traitement.

Méthodologie

Description de l'intervention de groupe

L'intervention offerte par le Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF) est basée sur une approche psychoéducatrice et vise à réduire les conséquences liées l'AS chez les enfants âgés de 6 à 12 ans. L'intervention proposée est un groupe fermé, semi-structuré, mené par deux animateurs et comprenant 14 séances hebdomadaires. Pour les six premières séances, les parents sont invités à accompagner l'enfant. Chaque séance dure deux heures et chaque groupe est composé de 2 à 8 enfants. Les animateurs avaient complété une formation en relation d'aide (sexologie, travail social, psychologie) et avaient suivi la formation préalable offerte par le Centre. Les objectifs sont de diminuer le sentiment d'isolement, d'accroître l'estime de soi, de réduire les problèmes de comportement et le sentiment de culpabilité chez les enfants. Des discussions, des jeux de rôle et des activités diverses (dessin, collage, écriture, vidéo) faisaient partie des techniques utilisées lors des séances.

Participants

L'étude évaluative utilise un devis quasi expérimental comportant un prétest et un post-test avec un groupe de comparaison. Tous les enfants (n = 68) ayant subi une AS confirmée par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et référés pour des services au CIASF entre mars 2006 et mars 2008 ainsi que leurs parents non abuseurs ont été invités à participer à notre étude. Quatre enfants ont été éliminés des analyses en raison de données manquantes (un enfant n'a pas complété l'évaluation prétest et trois enfants étaient absents lors de l'évaluation post-test). Un total de 13 enfants ont abandonné l'intervention de groupe (taux d'abandon de 13/68 ou 19 %) et n'ont pas participé à l'évaluation post-test; par conséquent, les analyses concernant les effets de l'intervention de groupe sont basées sur 51 enfants. Un échantillon de 39 enfants recrutés à la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine à la suite du dévoilement d'une AS a servi de groupe de comparaison. Ces enfants n'étaient pas impliqués dans une thérapie de groupe spécialisée, mais pouvaient bénéficier des services de soins offerts par les Centres Jeunesse, les CLSC ou les milieux privés. Les questionnaires ont été complétés par les mères (76,7 %), les pères (13,3 %) ou une autre figure parentale (10,0 % – un parent d'accueil). Les caractéristiques démographiques et les variables liées à l'AS sont similaires pour les deux groupes (voir Tableau 1).

Mesures

Les mesures comprenaient un système de codification pour recueillir des données sur les variables liées à l'AS, un questionnaire destiné aux enfants et un questionnaire destiné aux parents afin de recueillir notamment les données relatives aux caractéristiques socio-démographiques (âge, statut social, niveau d'éducation, niveau de revenu et événements de vie comme le divorce des parents ou le décès de personnes significatives) au cours de la dernière année. Une adaptation du History of Victimization Form (HVF; Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987) a été utilisée par un assistant de recherche pour codifier les variables contextuelles relatives à l'AS à partir des dossiers cliniques. Trois caractéristiques liées à l'AS ont été utilisées dans la présente étude : le lien entre la victime et l'agresseur, la sévérité et la fréquence de l'AS. Une analyse préalable de la fidélité inter-juge du HVF, basée sur 30 dossiers, a indiqué un niveau d'accord élevé. La corrélation médiane intra-classe est de 0,86 et l'accord médian inter-juge est de 92,8 % (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006).

Pour la présente étude, les variables dépendantes suivantes ont été considérées :

Symptômes de dépression. Les enfants ont complété une version brève de 10 items (St-Laurent, 1990) du Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985), un instrument auto-rapporté bien établi pour évaluer les symptômes dépressifs chez les enfants. Une corrélation élevée (0,89) est rapportée entre la version brève et la version originale du CDI (Kovacs, 1992; Sitarenios & Kovacs, 1999). Le coefficient de fidélité est satisfaisant ($\alpha = ,72$). Le seuil clinique est fixé à 1,5 écart-type au-dessus de la moyenne.

Symptômes d'anxiété. La version abrégée du Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1985) a été complétée par les enfants. L'échelle de 11 items évalue l'inquiétude et l'hypersensibilité. Dans le présent échantillon, le coefficient de fidélité a été jugé adéquat ($\alpha = ,79$). Le score clinique est établi pour les scores égaux ou supérieurs au 85^e rang centile (Reynolds & Richmond, 1985).

Perception de soi. L'échelle de valeur personnelle globale du Self-Perception Profile for Children (SPPC; Harter, 1985) a été utilisée pour évaluer la compétence perçue par les enfants. D'abord, l'enfant évalue laquelle des deux descriptions lui ressemble le plus, puis détermine si la description est « un peu vraie pour moi » ou « toujours vraie pour moi ». Les items sont notés sur une échelle variant de 1 à 4, les scores plus élevés correspondant à une perception élevée de compétence. La sous-échelle de valeur personnelle globale a démontré une cohérence interne adéquate dans la présente étude ($\alpha = ,66$).

Symptômes de stress post-traumatique (SPT). Les symptômes de SPT sont mesurés en utilisant une échelle dérivée du Children's Impact of Traumatic Events Scale-II (CITES-II; Wolfe, 2002). Le CITES-II est une révision du CITES-R (Wolfe, Wolfe, Gentile, & Larose, 1987). L'échelle comprend les symptômes de ré-expérimentation typiques (par exemple, des cauchemars), des comportements d'évitement (par exem-

ple, le retrait social) et les problèmes d'hypersensibilité (par exemple, la difficulté à dormir). Elle se compose de 46 items évalués sur une échelle variant de 0 (pas vrai) à 2 (très vrai). Basé sur les critères du DSM-IV, un score dichotomique a aussi été dérivé afin d'indiquer la présence ou l'absence d'un diagnostic de SPT. La fidélité et la validité du CITES-R sont bien établies (Chaffin & Schultz, 2001 ; Wolfe, 1996). La fidélité du CITES-II a été jugée satisfaisante (Wolfe, 2007). Le score global de la version française de l'échelle est satisfaisant ($\alpha = ,81$).

Stratégies d'adaptation. Les enfants ont complété le Self-Report Coping Scale (SRCS; Causey & Dubow, 1992). Le SRCS évalue les stratégies d'adaptation utilisées par les enfants lorsqu'ils sont confrontés à un événement stressant avec une échelle de type Likert en 5 points (de 1 : jamais à 5 : toujours). Les stratégies d'approche (recherche de soutien social et résolution de problèmes) et d'évitement (distanciation, intériorisation et extériorisation) sont considérées selon la conceptualisation de Roth et Cohen (1986). Une version brève de 20 items du SRCS a été utilisée. La version brève a été dérivée de l'échelle originale en conservant les items démontrant les corrélations item-total les plus élevées dans un échantillon de 130 enfants (Hébert, Parent, & Daignault, 2007). Les analyses de la version brève du SRCS ont révélé une cohérence interne adéquate pour chaque sous-échelle (α variant de ,72 à ,86) et une structure factorielle similaire à la version originale (Hébert et al., 2007). Dans la présente étude, la directive a été adaptée afin que l'enfant réponde aux items en fonction de la fréquence des stratégies utilisées pour faire face à l'AS. Les deux sous-échelles montrent un coefficient de cohérence interne adéquat ($\alpha = ,76$ pour l'approche et $\alpha = ,68$ pour l'évitement).

Symptômes de dissociation. Le Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993) est une liste de 20 comportements de dissociation observables par l'adulte et dont la fidélité et la validité sont bien établies (Malinosky-Rummell & Hoier, 1991 ; Putnam & Peterson, 1994). Chaque item du CDC est évalué sur une échelle variant de 0 (faux) à 2 (très vrai) par le parent. La somme des scores obtenus aux 20 items a été reconnue comme étant un bon indicateur de la pathologie dissociative, et un score de 12 ou plus est considéré comme étant le seuil clinique pour la tendance à dissocier (Putnam et al., 1993). La cohérence interne de l'échelle s'est révélée satisfaisante ($\alpha = ,80$).

Troubles de comportement. Les parents ont complété le Child Behavior Checklist (CBC; Achenbach & Rescorla, 2001). Le CBC est un questionnaire largement utilisé et conçu pour évaluer le niveau de compétence sociale ainsi que les difficultés de comportement des enfants selon la perception du parent. Des cohérences internes et des indices de validité adéquats sont rapportés (Achenbach & Rescorla, 2001). Cette mesure comprend 113 items notés sur une échelle de trois points indiquant la fréquence des différents comportements au cours des six derniers mois. Les huit sous-échelles ont été utilisées dans la présente étude : anxiété, retrait, somatisation, trouble social, trouble de la pensée, trouble de l'attention, comportements délinquants et agressivité. De

plus, les dimensions relatives aux problèmes intériorisés et extériorisés ont été utilisées. Pour chaque échelle, les résultats sont présentés en scores T, et les scores les plus élevés reflètent des difficultés comportementales plus importantes.

Procédure

Pour le groupe expérimental, l'évaluation initiale a été menée par des assistants de recherche à la première rencontre de groupe, tandis que l'évaluation post-test a été effectuée une semaine après la dernière séance de groupe. En ce qui a trait au groupe de comparaison, l'évaluation initiale a été complétée lors de la première visite à la Clinique de pédiatrie socio-juridique, et l'évaluation post-test a été planifiée afin d'assurer le même délai entre les temps 1 et 2 que dans le cas du groupe expérimental (soit 15 semaines plus tard). Les assistants de recherche sont des étudiants des cycles supérieurs en sexologie et en psychologie, qui ont été formés à l'administration et à la cotation des instruments d'évaluation. Les participants ont été informés que le but de l'étude était de documenter le profil des enfants et d'évaluer l'efficacité de l'intervention de groupe, que la participation à l'étude était volontaire et qu'ils pourraient mettre fin à leur participation à tout moment. Les comités d'éthique de la recherche avec les êtres humains du CHU Sainte-Justine et de l'Université du Québec à Montréal ont approuvé l'étude.

Résultats

Les résultats sont présentés en cinq rubriques. Premièrement, l'équivalence des participants du groupe expérimental et du groupe de comparaison est examinée. Les résultats concernant les effets de l'intervention de groupe sont ensuite résumés, puis les changements quant au statut clinique des symptômes lors du prétest et du post-test pour les enfants des deux groupes sont rapportés. Par la suite, l'analyse des variables liées aux gains différentiels lors de l'intervention de groupe est présentée. Enfin, les analyses sur les caractéristiques définissant les abandons de traitement sont discutées.

Équivalence du groupe expérimental et du groupe de comparaison

La grande majorité des participants sont des Canadiens francophones (89,5 %), tandis que 2,6 % sont Haïtiens et 7,8 % Européens. Les enfants sont âgés entre 6 et 12 ans ($M = 8,66$, $ÉT = 1,88$). Avant d'effectuer les analyses principales, des chi-carrés et des tests t ont été effectués afin de vérifier l'équivalence des deux groupes quant aux variables démographiques et celles liées à l'AS (voir Tableau 1). Les données indiquent que les enfants du groupe expérimental ne diffèrent pas significativement de ceux du groupe de comparaison quant à l'âge ou au genre, au revenu familial, au niveau d'éducation de la mère et au nombre d'événements stressants vécus au cours de la dernière année. Une différence significative est notée au niveau de la structure familiale :

le groupe expérimental comporte un nombre plus élevé d'enfants issus de familles reconstituées ou de familles d'accueil³. Les deux groupes sont comparables en termes du type d'abus vécu (intra- ou extrafamilial), de la sévérité des actes sexuels impliqués, de l'âge de l'agresseur et de la prévalence d'une histoire d'agression sexuelle chez les mères. Des analyses ont aussi été menées afin de comparer les scores obtenus par les deux groupes lors du prétest. Les résultats ne révèlent aucune différence statistiquement significative pour la majorité des variables considérées. Toutefois, les résultats indiquent que les enfants du groupe de comparaison obtiennent des scores marginalement significatifs plus élevés aux échelles mesurant les symptômes d'anxiété ($t(86) = 1,80, p = 0,08$), d'hypervigilance ($t(86) = 1,90, p = 0,06$), de dissociation ($t(80) = 1,73, p = 0,09$) et des problèmes de comportements externalisés ($t(77) = 1,84, p = 0,07$) que les enfants du groupe expérimental.

Effets de l'intervention de groupe

Une série d'analyses de covariance (ANCOVA) a été menée, dont les résultats sont présentés au Tableau 2. Après avoir contrôlé les scores obtenus lors du prétest, nous observons que les scores post-test ajustés de toutes les sous-échelles du CBC, sauf la somatisation, sont significativement plus faibles chez les enfants qui ont participé à l'intervention de groupe que chez les enfants du groupe de comparaison – ce qui signifie moins de difficultés de comportement chez les participants. En ce qui concerne les mesures complétées par les enfants, les résultats indiquent que les scores post-test ajustés sont significativement plus faibles chez les enfants impliqués dans la thérapie de groupe pour les mesures évaluant les symptômes d'anxiété et les symptômes de stress post-traumatique. La participation à la thérapie de groupe est donc associée à moins de symptômes d'anxiété et de stress post-traumatique.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à l'agression sexuelle, les résultats montrent que les enfants participant à l'intervention de groupe ont recours moins souvent aux stratégies d'évitement comparativement aux enfants du groupe de comparaison. Les résultats liés à l'intervention atteignent un seuil marginal ($p < 0,10$) pour deux symptômes : les enfants impliqués dans la thérapie de groupe ont tendance à rapporter moins de symptômes de dépression au post-test et leurs parents rapportent qu'ils affichent moins de symptômes de dissociation. Par contre, les analyses n'identifient pas de différences significatives entre les enfants ayant pris part aux activités de groupe et les enfants du groupe de comparaison en ce qui concerne les scores post-test ajustés quant à la perception de soi et aux stratégies d'approche.

3. Des ANOVA n'ont pas identifié de différences significatives sur les mesures prétest en lien avec la structure familiale. De plus, des ANOVA calculées sur les scores de gains (obtenus en soustrayant les scores au prétest des scores obtenus au post-test) n'ont pas révélé de différences significatives liées à la structure familiale.

TABLEAU 1
Caractéristiques socio-démographiques et des agressions sexuelles

| VARIABLES | GROUPE EXPÉRIMENTAL (n = 51) | GROUPE DE COMPARAISON (n = 39) | TEST STATISTIQUE |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Âge moyen | 8,67 (± 2,00) | 8,64(± 1,78) | $t_{(88)} = -0,64$ ns |
| Genre | | | $\chi^2_{(1)} = 2,22$ ns |
| Filles | 74,5 % | 87,2 % | |
| Garçons | 25,5 % | 12,8 % | |
| Structure familiale | | | $\chi^2_{(3)} = 8,43$ * |
| Famille intacte | 24,5 % | 28,2 % | |
| Monoparentale | 22,4 % | 43,6 % | |
| Reconstituée | 43,0 % | 28,2 % | |
| Autre (habitant avec les grands- parents, en famille d'accueil) | 10,1 % | 0 % | |
| Revenu familial | (n = 44) | (n = 31) | $\chi^2_{(3)} = 6,73$ ns |
| Moins de 20 000\$ | 20,5 % | 38,7 % | |
| 20 000\$ - 40 000\$ | 20,5 % | 25,8 % | |
| 40 000\$ - 60 000\$ | 20,5 % | 22,6 % | |
| 60 000\$ et plus | 38,6 % | 12,9 % | |
| Niveau de scolarité de la mère | | | $\chi^2_{(2)} = 2,73$ ns |
| Primaire-secondaire | 48,8 % | 34,2 % | |
| Collégial | 39,5 % | 57,9 % | |
| Universitaire | 11,7 % | 7,9 % | |
| Agression sexuelle vécue par la mère | 52,9 % | 58,8 % | $\chi^2_{(1)} = 0,24$ ns |
| Nombre d'événements stressants vécus au cours de la dernière année | 2,92 | 3,11 | $t_{(82)} = 0,40$ ns |
| Sévérité de l'agression | | | $\chi^2_{(2)} = 4,93$ ns |
| Touchers sur les vêtements | 8,0 % | 5,8 % | |
| Touchers sous les vêtements | 38,0 % | 17,1 % | |
| Tentative de pénétration ou pénétration (orale, vaginale ou anale) | 54,0 % | 77,1 % | |
| Fréquence de l'agression | | | $\chi^2_{(2)} = 1,47$ ns |
| Épisode unique | 38,7 % | 27,3 % | |
| 2-3 épisodes | 28,6 % | 39,4 % | |
| Chronique (plus de 6 mois) | 32,7 % | 33,3 % | |
| Type d'agression | | | $\chi^2_{(1)} = 0,48$ ns |
| Intrafamiliale | 76,0 % | 82,1 % | |
| Extrafamiliale | 24,0 % | 17,9 % | |
| Âge de l'agresseur | | | $\chi^2_{(1)} = 3,28$ ns |
| 19 ans et moins | 59,0 % | 39,0 % | |
| 20 ans et plus | 41,0 % | 61,0 % | |

TABLEAU 2
Résultats des ANCOVA sur les symptômes rapportés par les enfants

| | GROUPE EXPERIMENTAL | | | | | | GROUPE DE COMPARAISON | | | | | | F | p |
|---|---------------------|-----------|-------|---------|-------|---------|-----------------------|-------|---------|-------|-------|------|------|-------|
| | Prétest | Post-test | | M. adj. | SE | Prétest | Post-test | | M. adj. | SE | | | | |
| | M | ÉT | M | ÉT | | M | ÉT | M | ÉT | | | | | |
| Symptômes rapportés par l'enfant ^a | | | | | | | | | | | | | | |
| Perception de soi (SPPC) (étendue : 6-24) | 18,42 | 3,99 | 19,44 | 3,81 | 19,71 | 0,44 | 19,70 | 3,17 | 18,97 | 3,35 | 18,60 | 0,52 | 2,59 | ,11 |
| Anxiété (RCMAS) (étendue : 0-11) | 5,63 | 3,42 | 4,04 | 3,07 | 4,26 | 0,39 | 6,69 | 2,34 | 5,92 | 3,26 | 5,61 | 0,47 | 4,83 | ,03 * |
| Dépression (CDI) (étendue : 0-100) | 66,33 | 24,95 | 56,73 | 26,46 | 56,51 | 3,01 | 65,30 | 19,48 | 65,24 | 20,95 | 65,55 | 3,54 | 3,79 | ,06† |
| Symptômes de stress post-traumatique (CITES) (étendue : 0-90) | 45,69 | 18,99 | 34,39 | 19,13 | 35,53 | 2,37 | 51,02 | 13,17 | 46,19 | 18,28 | 44,61 | 2,78 | 6,11 | ,02* |
| Ré-expérimentation (étendue : 0-24) | 12,12 | 6,74 | 8,13 | 7,01 | 8,39 | 0,90 | 13,47 | 5,19 | 12,05 | 6,92 | 11,70 | 1,06 | 5,63 | ,02* |
| Évitement (étendue : 0-36) | 18,48 | 7,17 | 14,83 | 6,93 | 14,97 | 0,87 | 19,77 | 5,37 | 18,26 | 5,51 | 18,06 | 1,02 | 5,30 | ,02* |
| Hypervigilance (étendue : 0-30) | 15,09 | 6,97 | 11,43 | 7,29 | 12,08 | 0,91 | 17,78 | 6,01 | 15,88 | 7,63 | 14,98 | 1,07 | 4,18 | ,04* |
| Stratégies d'adaptation (SRCS) | | | | | | | | | | | | | | |
| Approche (étendue : 4-20) | 13,95 | 3,74 | 13,28 | 3,84 | 13,27 | 0,52 | 13,83 | 3,82 | 14,27 | 3,94 | 14,29 | 0,63 | 1,57 | ,21 |
| Évitement (étendue : 4-20) | 11,19 | 3,31 | 9,60 | 3,20 | 9,64 | 0,41 | 11,44 | 2,79 | 10,99 | 3,27 | 10,92 | 0,49 | 4,01 | ,05* |

^a n = 51 pour le groupe expérimental et n = 39 pour le groupe de comparaison

* p < 0,05, † = .06 to .10

TABLEAU 3
Résultats des ANCOVA sur les symptômes rapportés par les parents

| | GROUPE EXPÉRIMENTAL | | | | | | GROUPE DE COMPARAISON | | | | | | F | p |
|--|---------------------|-------|-----------|-------|---------|------|-----------------------|-------|-----------|-------|---------|------|--------|---|
| | Prétest | | Post-test | | M. adj. | SE | Prétest | | Post-test | | M. adj. | SE | | |
| | M | ÉT | M | ÉT | | | M | ÉT | M | ÉT | | | | |
| Symptômes rapportés par le parent ^b | | | | | | | | | | | | | | |
| Symptômes de dissociation (CDC) (étendue : 0-40) | 4,94 | 5,20 | 3,52 | 3,89 | 4,00 | 0,40 | 4,30 | 5,81 | 3,78 | 5,19 | 0,45 | 3,76 | ,06† | |
| Troubles de comportements (CBC) (scores T) | | | | | | | | | | | | | | |
| Internalisés | 55,58 | 11,99 | 51,44 | 10,32 | 52,45 | 1,26 | 59,57 | 58,60 | 10,69 | 57,31 | 1,43 | 6,39 | ,01** | |
| <i>Anxiété</i> | 58,87 | 8,83 | 55,20 | 7,01 | 55,59 | 1,06 | 60,54 | 60,63 | 9,81 | 60,13 | 1,20 | 7,97 | ,006** | |
| <i>Retrait</i> | 58,22 | 8,19 | 55,58 | 6,10 | 55,68 | 0,86 | 58,77 | 58,63 | 7,29 | 58,50 | 0,98 | 4,68 | ,03* | |
| <i>Somatisation</i> | 54,91 | 5,27 | 53,84 | 5,14 | 54,21 | 0,86 | 57,29 | 56,77 | 7,02 | 56,31 | 0,97 | 2,58 | ,11 | |
| Externalisés | 57,16 | 13,19 | 54,62 | 11,79 | 56,02 | 1,14 | 62,11 | 61,89 | 9,07 | 60,10 | 1,29 | 5,50 | ,02* | |
| <i>Comportements délinquants</i> | 58,27 | 7,87 | 56,18 | 7,69 | 56,64 | 0,92 | 60,31 | 60,37 | 7,05 | 59,78 | 1,05 | 5,03 | ,03* | |
| <i>Agressivité</i> | 60,87 | 10,85 | 57,91 | 9,59 | 58,59 | 1,09 | 63,60 | 62,89 | 8,94 | 62,01 | 1,24 | 4,26 | ,04* | |
| Trouble social | 59,98 | 10,19 | 56,64 | 8,35 | 56,76 | 0,93 | 60,43 | 59,49 | 7,52 | 59,34 | 1,06 | 3,38 | ,07† | |
| <i>Trouble de la pensée</i> | 56,51 | 8,11 | 53,98 | 5,45 | 54,31 | 0,87 | 58,37 | 58,37 | 7,89 | 57,95 | 0,99 | 7,58 | ,007** | |
| <i>Trouble de l'attention</i> | 58,60 | 9,40 | 56,42 | 8,15 | 56,56 | 0,97 | 59,14 | 60,31 | 8,00 | 60,14 | 1,10 | 5,95 | ,02* | |

^b n = 45 pour le groupe expérimental et n = 35 pour le groupe de comparaison

* p < 0,05, ** p < 0,01, † = .06 to .10

Analyse des changements cliniques

Afin d'explorer la signification clinique des changements liés à la participation au traitement, une série d'analyses chi-carré a été réalisée pour comparer le nombre d'enfants ayant des cotes atteignant le seuil clinique lors du post-test pour chacun des groupes. Les résultats indiquent des différences significatives pour quatre des six symptômes considérés. Ainsi, au post-test, 64,9 % des enfants du groupe de comparaison ont obtenu un score clinique pour les symptômes de stress post-traumatique, contre seulement 29,4 % des enfants participant à la thérapie de groupe, une différence statistiquement significative ($\chi^2(1)$, $N = 88$) = 10,92, $p < 0,001$, $\phi = .35$). Des différences statistiquement significatives ont également été notées pour les symptômes d'anxiété ($\chi^2(1)$, $N = 87$) = 4,89, $p < 0,05$, $\phi = .24$), les problèmes de comportements intériorisés ($\chi^2(1)$, $N = 84$) = 5,92, $p < 0,05$, $\phi = .26$) et extériorisés ($\chi^2(1)$, $N = 84$) = 5,78, $p < 0,05$, $\phi = .26$), révélant des taux plus faibles chez les enfants impliqués dans la thérapie de groupe. Notons qu'au prétest, la proportion d'enfants atteignant les seuils cliniques était comparable dans les deux groupes et ce, pour tous les symptômes considérés (voir Figure 1).

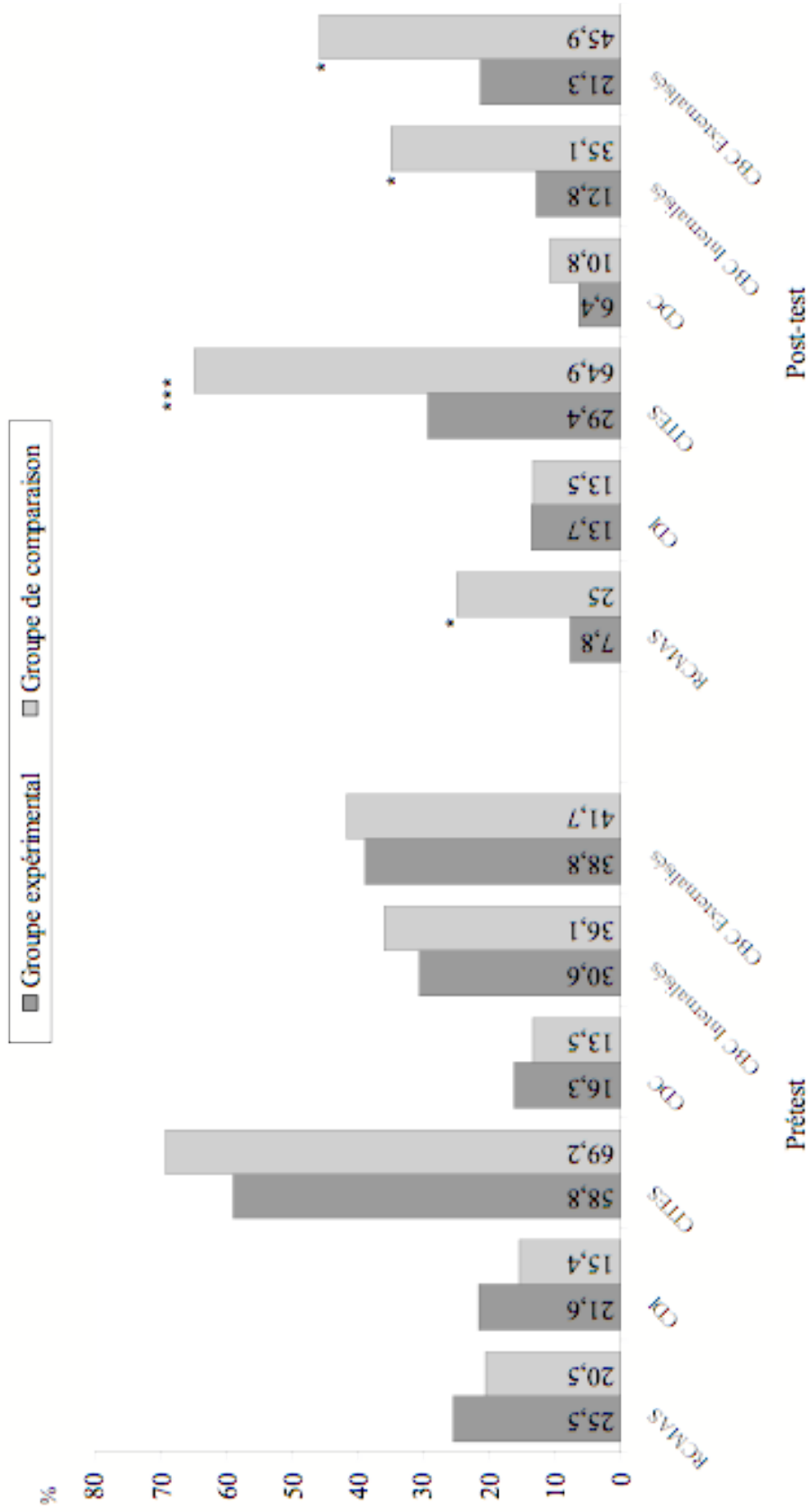
Exploration des variables associées aux gains

Une série d'analyses a été effectuée pour explorer la contribution possible des variables suivantes aux gains réalisés par les enfants impliqués dans le traitement de groupe : (a) le genre, (b) les caractéristiques liées à l'AS, soit une agression intra- ou extrafamiliale, et (c) le groupe d'âge. Les scores de gains ont été obtenus en soustrayant les scores prétest à ceux du post-test pour chaque variable dépendante. Des tests t pour groupes indépendants ont été effectués pour déterminer si les gains ont été significativement différents selon le genre (filles et garçons), le groupe d'âge (plus jeunes : 6-8 ans et plus âgés : 9-12 ans) et le type d'AS vécue (intra- ou extrafamiliale). Les analyses n'ont identifié aucune différence significative pour les trois contrastes considérés.

Comparaison entre les participants qui abandonnent et ceux qui ont complété le traitement

Parmi les enfants initialement impliqués dans l'intervention, 13 ont quitté le groupe en cours de traitement. Pour évaluer les facteurs associés à l'abandon de traitement, des chi-carrés et des tests t ont été effectués avec les données démographiques et les variables liées à l'agression, ainsi qu'avec les scores prétest des mesures d'ajustement. Les analyses n'identifient pas de différences significatives entre ceux qui ont complété le traitement et ceux qui l'ont abandonné sur toutes les caractéristiques socio-démographiques ou psychosociales de l'enfant ou des parents. Ainsi, les résultats démontrent que les participants qui ont abandonné ne diffèrent pas significativement de ceux qui

FIGURE 1
Pourcentage de cas atteignant les seuils cliniques



* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

ont complété le traitement quant à l'âge, au sexe, au niveau d'éducation de la mère, au revenu familial et au nombre d'événements de vie stressants vécus au cours de la dernière année. Par ailleurs, aucune différence significative n'est identifiée quant au type (intra- ou extrafamilial), à la sévérité et à la fréquence de l'AS ainsi que par rapport à l'âge de l'agresseur impliqué. Cependant, les analyses indiquent que la structure familiale est différente pour les deux groupes. De fait, les participants qui ont complété le traitement sont davantage susceptibles de vivre dans des familles intactes, tandis qu'une plus forte proportion de participants qui ont abandonné le traitement vivent dans d'autres structures familiales (notamment en famille d'accueil ou dans des environnements familiaux étendus – avec les grands-parents, par exemple) (Participants ayant complété le traitement : famille intacte, 24,5 % ; famille monoparentale, 22,4 % ; famille recomposée, 42,9 % ; autre structure familiale, 10,2 %. Participants ayant abandonné le traitement : famille intacte, 0 % ; famille monoparentale, 23,1 % ; famille recomposée, 38,5 % ; autre structure familiale, 38,5 % ; $\chi^2(3) = 8,32$ $p < 0,05$). Enfin, les tests t ont révélé que ceux qui ont abandonné ne diffèrent pas significativement de ceux qui ont complété le traitement sur les scores lors du prétest pour les variables rapportées par l'enfant (estime de soi, anxiété, dépression, symptômes de stress post-traumatique et stratégies d'adaptation). Toutefois, les enfants qui ont abandonné le traitement sont décrits par leurs parents comme présentant davantage de problèmes : ils ont ainsi des scores plus élevés de dissociation ($M = 10,40$, $ÉT = 5,46$ vs $M = 5,41$, $ÉT = 5,46$, $t(60) = 2,93$, $p < 0,01$), davantage de problèmes de comportements intériorisés ($M = 63,46$, $ÉT = 11,16$ vs $M = 56,29$, $ÉT = 11,79$, $t(60) = 1,97$, $p < 0,05$) et extériorisés ($M = 71,38$, $ÉT = 10,01$ vs $M = 58,24$, $ÉT = 13,22$, $t(60) = 3,31$, $p < 0,01$) par rapport à leurs homologues du groupe de comparaison.

Discussion

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les effets d'une intervention de groupe offerte aux enfants victimes d'agression sexuelle par un organisme communautaire de la région de l'Outaouais. Les principales variables dépendantes investiguées sont celles considérées dans la majorité des études évaluatives antérieures : l'estime de soi, l'anxiété et les symptômes de dépression. De plus, des symptômes plus étroitement liés aux dynamiques traumagéniques de l'AS ont été analysés, soit les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées pour faire face à l'événement traumatique vécu.

L'exploration des profils des enfants requérant des services au CIASF révèle que la majorité des participants (76 %) ont déclaré une AS intrafamiliale qui implique plus d'un épisode (61 %), et que plus de la moitié signalent une pénétration ou une tentative de pénétration (54 %). Les données indiquent par ailleurs qu'une proportion importante des mères de ces enfants ont elles-mêmes été victimes d'AS durant l'enfance : 53 % dans le groupe expérimental et 59 % dans le groupe de comparaison.

Cela représente plus du double du taux de prévalence observé chez les femmes adultes (22,1 %) dans une récente enquête québécoise (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009).

Dans la présente étude, l'assiduité au traitement de groupe est élevée, les enfants ayant pris part en moyenne à 93 % des séances proposées. En fait, 90 % des participants n'ont jamais manqué une séance (42 %) ou en ont seulement raté une (38 %), révélant un haut degré de conformité au traitement. L'abandon de la thérapie est reconnu comme un obstacle important à la mise en place de services d'intervention efficaces (Wierzbicki & Pekarik, 1993). Le taux d'abandon dans la présente étude est relativement faible : 19 % des enfants impliqués n'ont pas terminé le traitement. Kessler et ses collègues (Kessler, White, & Nelson, 2003) rapportent que seulement cinq des 13 études répertoriées dans leur recension sur la thérapie de groupe pour adultes ont un taux d'abandon inférieur à 20 %. Les résultats de la présente étude révèlent que la participation à l'intervention de groupe offerte par le CIASF est liée à des effets positifs, soit une réduction des symptômes liés à l'AS. Les résultats montrent qu'à la suite de l'intervention de groupe, les participants ont obtenu des scores significativement plus faibles sur l'échelle d'anxiété et marginalement plus faibles sur l'échelle de dépression comparativement aux enfants du groupe de comparaison. La participation au groupe semble aussi réduire nettement le niveau de symptômes post-traumatiques des participants, des variables plus directement liées à l'AS. L'intervention de groupe est également associée à des scores post-test ajustés plus faibles pour les problèmes de comportements intériorisés et extériorisés rapportés par les parents (à l'exception de la somatisation).

Les résultats sont mitigés quant aux effets de la thérapie de groupe sur les stratégies d'adaptation des enfants. D'une part, les participants sont moins susceptibles de recourir à des stratégies d'évitement pour faire face à l'AS, un résultat escompté. Par contre, cette réduction ne s'accompagne pas d'une augmentation des stratégies d'approche visant à confronter l'événement plus directement. Les stratégies d'adaptation ou de « coping » semblent être l'un des médiateurs-clés proposés pour expliquer le lien entre l'AS et la détresse émotionnelle subséquente (Barker-Collo & Read, 2003; Whiffen & MacIntosh, 2005). Il est reconnu dans les écrits empiriques et cliniques que le recours à des stratégies d'évitement est lié à un niveau de détresse plus élevé, et que les stratégies d'approche sont des modalités plus efficaces pour gérer les événements stressants (Folkman & Moskowitz, 2004). Les données de la présente étude suggèrent que les modalités d'interventions sont susceptibles d'aider les enfants à réduire leurs comportements d'évitement pour faire face à l'AS. En ce sens, les différentes activités de groupe visant à encourager les participants à aborder et partager la situation vécue peuvent réduire l'évitement.

Dans la présente étude, la participation à la thérapie de groupe n'est pas liée à une perception de soi plus positive, bien que les résultats affichent un changement dans la direction attendue. Simoneau et ses collaborateurs (2008a), après avoir examiné

les résultats de 14 études évaluatives sur la thérapie de groupe ayant considéré cette variable, ont révélé que huit études ont constaté une augmentation significative de l'estime de soi, tandis que six n'observent pas de différence significative à la suite de la participation au groupe.

Malgré la pertinence d'une telle analyse, seulement quatre études sur 36 (11 %) portant sur l'intervention de groupe pour les enfants victimes d'AS ont exploré la signification clinique des résultats obtenus (Simoneau et al., 2008a). La présente étude suggère que le pourcentage d'enfants atteignant un seuil clinique de symptômes est moindre chez ceux qui ont complété l'intervention de groupe. Les résultats soulignent ainsi l'importance clinique des effets de l'intervention de groupe : une proportion moindre de cas se situant dans l'étendue clinique pour l'anxiété et les symptômes de stress post-traumatiques rapportés par l'enfant et pour les problèmes de comportements intériorisés et extériorisés rapportés par les parents. Les données indiquent notamment que la proportion des cas atteignant le seuil clinique des symptômes de stress post-traumatique décline de 58,8 % à 29,4 % entre le prétest et le post-test chez les enfants ayant pris part à l'intervention de groupe, alors qu'il demeure similaire chez les enfants du groupe de comparaison (69,2 % à 64,9 %).

Notre étude a exploré les variables potentiellement liées à des gains différentiels à la suite de la participation à une intervention de groupe. Les données n'ont révélé aucune différence significative en fonction des variables considérées. L'intervention de groupe offerte par le CIASF semble donc adaptée à un large éventail d'enfants victimes d'AS intra- ou extrafamiliale, et est associée à des effets comparables indépendamment du genre et du groupe d'âge de l'enfant. Nos résultats sont donc concordants avec la méta-analyse de 15 études portant sur l'intervention de groupe pour les enfants et adolescents victimes d'AS menée par Reeker, Ensing et Elliott (1997), qui n'identifie pas de différences significatives au niveau de l'effet des interventions selon l'âge ou le genre des participants.

Finalement, nos résultats indiquent que les enfants ayant abandonné l'intervention de groupe ne sont pas différents de ceux qui l'ont complétée en ce qui concerne les variables socio-démographiques ou des facteurs liés à l'AS, sauf en ce qui concerne la structure familiale. En effet, les participants ayant quitté le traitement avant la fin étaient davantage susceptibles de vivre en famille d'accueil, incluant chez des membres de la famille élargie (par exemple, les grands-parents). Les deux groupes ne se distinguent pas quant à l'intensité des symptômes selon les mesures complétées par les enfants eux-mêmes. Par contre, les enfants qui abandonnent le traitement sont décrits par leurs parents comme affichant plus de problèmes de comportement que les enfants qui complètent le traitement. Dans une étude explorant les facteurs liés à l'abandon chez les adolescents impliqués dans une thérapie de groupe, Boisvert, Tourigny et Paquette (2008) ont noté des résultats similaires : les adolescents ayant abandonné le traitement étaient plus symptomatiques – c'est-à-dire qu'ils présentent

davantage de troubles de comportements délinquants –, ce qui souligne la pertinence de mettre en place des stratégies réduisant l'abandon du traitement.

Notre étude a utilisé un groupe de comparaison, invoqué une série de mesures directement liées aux conséquences de l'AS et documenté les taux de présence dans une intervention de groupe; ces différents facteurs attestent de ses qualités méthodologiques. Cependant, notre étude présente certaines limites. D'abord, le devis ne comporte pas de mesure de relance; il n'est donc pas possible de documenter le maintien des acquis chez les enfants qui ont participé à la thérapie de groupe à travers le temps. De plus, notre étude ne permet pas une analyse de certaines variables dépendantes pertinentes, notamment le taux de revictimisation. Par ailleurs, bien que les données offrent des résultats préliminaires intéressants concernant les facteurs liés à l'abandon du traitement, des investigations futures sont nécessaires afin de documenter de manière plus détaillée les éventuels obstacles à l'achèvement du traitement. Une étude visant à interroger directement les participants ayant abandonné prématurément le traitement pourrait permettre d'identifier les obstacles perçus chez les participants qui les empêchent de poursuivre et de compléter le traitement. Chez un groupe de parents invités à participer à une intervention conçue pour les dyades mère-enfant exposées à la violence conjugale, les questions de transport et de garde d'enfants figurent parmi les principaux obstacles identifiés (Basu, Malone, Levendosky, & Dubay, 2009). De tels résultats permettent d'identifier des solutions pour la prestation future d'un programme de traitement. Des analyses plus détaillées seraient nécessaires pour explorer les facteurs liés à l'abandon du traitement selon le moment où la résiliation du processus thérapeutique se produit (au début, au milieu ou vers la fin de l'intervention) (Fernandez & Eyberg, 2009). Malgré ces limites, la présente étude ajoute au corpus des données empiriques soutenant l'efficacité des modalités de traitement de groupe des enfants agressés sexuellement. Les interventions de groupe telles que celle évaluée dans la présente étude peuvent réduire la détresse et la symptomatologie des jeunes victimes sur une période de temps relativement courte, et offrent ainsi un excellent rapport coût-bénéfices pour quiconque vise à optimiser le rétablissement des enfants confrontés à une agression sexuelle.

La correspondance au sujet de ce document doit être adressée à Martine Hébert, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal (Québec), Canada, Téléphone : (514) 987-3000, poste 5697, télécopieur : (514) 987-6787, courriel : hebert.m@uqam.ca

Bibliographie

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

- Alexander, P. C., Neimeyer, R. A., Follette, V. M., Moore, M. K., & Harter, S. (1989). A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 479-483.
- Bagley, C., & Young, L. (1998). Long-term evaluation of group counselling for women with a history of child sexual abuse: Focus on depression, self-esteem, suicidal behaviors and social support. *Social Work with Groups*, 21(3), 63-73.
- Barker-Collo, S., & Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4(2), 95-111.
- Basu, A., Malone, J. C., Levendosky, A. A., & Dubay, S. (2009). Longitudinal treatment effectiveness outcomes of a group intervention for women and children exposed to domestic violence. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 2(2), 90-105.
- Boisvert, I., Tourigny, M., & Paquette, G. (2008). Caractéristiques associées à l'abandon de la thérapie de groupe par des adolescentes victimes d'agression sexuelle. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29(3), 133-145.
- Callahan, K. L., Price, J. L., & Hilsenroth, M. J. (2004). A review of interpersonal-psychodynamic group psychotherapy outcomes for adult survivors of childhood sexual abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(4), 491-519.
- Causey, D. L., & Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 47-59.
- Chaffin, M., & Schultz, S. K. (2001). Psychometric evaluation of the Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 401-411.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York, NY: W.W. Norton & Co.
- Daigneault, I., Hébert, M., & McDuff, P. (2009). Men's and Women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 638-647.
- De Luca, R.V., Boyes, D. A., Furer, P., Grayston, A. D., & Hiebert-Murphy D. (1992). Group treatment for child sexual abuse. *Canadian Psychology*, 33, 168-179.
- De Luca, R. V., Boyes, D. A., Grayston, A. D., & Romano, E. (1995). Sexual abuse: Effects of group therapy on pre-adolescent girls. *Child Abuse Review*, 4(4), 263-277.
- Fernandez, M. A., & Eyberg, S. M. (2009). Predicting treatment and follow-up attrition in parent-child interaction therapy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(3), 431-441.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Follette, V. M., Alexander, P. C., & Follette, W. C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 150-155.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Perceived Competence Scale for Children*. Denver, CO: University of Denver Press.

- Hébert, M., Daigneault, I., & Tourigny, M. (sous presse). Victimization sexuelle et mesures de prévention. In M. Tardif, M. Jacob & R. Quenneville (Eds.), *La délinquance sexuelle des mineurs : Théorie, évaluation et traitement*. Édition DeBoeck.
- Hébert, M., Parent, N., & Daignault, I. V. (2007). The French-Canadian version of the Self-Report Coping Scale: Estimates of reliability, validity and development of a short form. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, 2-15.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., Mc.Duff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry* 54(9), 631-636.
- 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.
- Kenny, M. C., Capri, V., Thakkar-Kolar, R. R., Ryan, E. E., & Runyon, M. K. (2008). Child sexual abuse: From prevention to self-protection. *Child Abuse Review*, 17(1), 36-54.
- Kessler, M. R., White, M. B., & Nelson, B. S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 1045-1061.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Malinosky-Rummell, R. R., & Hoier, T. S. (1991). Validating measures of dissociation in sexually abused and nonabused children. *Behavioral Assessment*, 13, 341-357.
- McCrone, P. R., Weeramanthri, T., Knapp, M. R. J., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G., & Kolvin, I. (2005). Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(1), 26-31.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 42(3), 269-278.
- Putnam, F. W., & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7(4), 204-211.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731-741.
- Ramchandani, P., & Jones, D. P. H. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children: From research findings to service provision. *British Journal of Psychiatry*, 183, 484-490.
- Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 21(7), 669-680.

- Renk, K., Donnelly, R., Roddenberry, A., & Baksh, E. (2008). Child and adolescent sexual abuse: Prevention endeavors. In C. Hilarski, J. S. Wodarski, & M. Feit (Eds.), *Handbook of social work in child and adolescent sexual abuse* (pp. 229-251). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ritcher, N. L., Snider, E., & Gorey, K. M. (1997). Group work intervention with female survivors of childhood sexual abuse. *Research on Social Work Practice, 7*, 53-69.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist, 41*(7), 813-819.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 156-183.
- Simoneau, A.-C., Hébert, M., & Tourigny, M. (2008a). Recension des études évaluatives des interventions de groupe destinées aux enfants de six à douze ans victimes d'agression sexuelle. *Revue de Psychoéducation, 37*(2), 245-288.
- Simoneau, A.-C., Hébert, M., & Tourigny, M. (2008b). Évaluation d'une intervention de groupe pour enfants de six à 13 ans victimes d'agression sexuelle. *Revue Québécoise de Psychologie, 29*(3), 27-43.
- Sitarenios, G., & Kovacs, M. (1999). Use of the CDI. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (pp. 267-298). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stevenson, J. (1999). The treatment of the long-term sequelae of child abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 40*(1), 89-111.
- St-Laurent, L. (1990). Étude psychométriques de l'inventaire de la dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 22*(4), 377-384.
- Westbury, E., & Tutty, L. M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse & Neglect, 23*(1), 31-44.
- Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(1), 24-39.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology, Research and Practice, 24*(2), 190-195.
- Wolfe, V. V. (1996). Measuring post-traumatic stress disorder: The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised. *APSAC Advisor, 9*, 25-26.
- Wolfe, V. V. (2002). *The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES-II)*. Unpublished assessment instrument. (Available from V. V. Wolfe, Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre, 346 South St., London, Ontario N6A 4G5, Canada).
- Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (4th ed.) (pp. 685-748). New York, NY: Guilford Press.

Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of Victimization Form*. Ontario, Canada: Unpublished assessment instrument, London Health Science Centre, London.

Wolfe, V.V., Wolfe, D. A., Gentile, C., & LaRose, L. (1987). *Children's Impact of Traumatic Events Scale - Revised, Unpublished Manuscript*. University of Western Ontario, London, Ontario.

Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 425-436.

EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION DE GROUPE DE COURTE DURÉE AUPRÈS D'ADOLESCENTES AGRESSÉES SEXUELLEMENT^{1, 2}

Marc Tourigny, Isabelle Boisvert et Béatrice Jacq

Introduction

Annuellement, on estime qu'environ un enfant (0-17 ans) québécois sur 1000 est agressé sexuellement et signalé à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), ce qui correspond à près de 1500 enfants chaque année (Tourigny et al., 2003). Les adolescents (13-17 ans) représentent plus de 40 % des signalements pour agression sexuelle qui s'avèrent fondés (Tourigny, Hébert, Daigneault, & Wright, 2005). Dans un tel contexte, le développement de services spécialisés pouvant répondre aux besoins des adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles est un enjeu important pour les intervenants sociaux appelés à intervenir auprès de ces jeunes.

Les victimes d'agression sexuelle souffrent de plusieurs conséquences sur les plans physique, cognitif et socioaffectif (Tyler, 2002). Plusieurs études ont évalué le fonctionnement d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles pendant l'enfance; ces études révèlent une diversité de séquelles, dont des troubles spécifiques comme la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, la dissociation, la faible estime de soi, la somatisation, les problèmes de comportement, la délinquance, l'abus de substance, la promiscuité sexuelle, la prostitution ainsi que l'agressivité et les problèmes relationnels (Forbey, Ben-Porath, & Davis, 2000; Green, Russo, Navratil, & Loeber, 1999; Grilo, Sanislow, Fehon, Martino, & McGlashan, 1999; Kendall-Tackett, Meyer-Williams, & Finkelhor, 1993; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996; Tyler, 2002).

Il existe une grande diversité d'approches en matière de traitement des enfants agressés sexuellement, tant en termes d'objectifs, de contenu, de modalités thérapeutiques que de durée de celles-ci (Glaser, 1991; Putnam, 2003). La thérapie de groupe représente l'une des modalités thérapeutiques particulièrement populaires et fréquemment utilisées (Kruczek & Vitanza, 1999; Tourigny, 1997). Cette thérapie présente des avantages économiques non négligeables comparativement à d'autres formes de thérapies, particulièrement dans le contexte social actuel où la demande de services est

1. Pour citer ce chapitre : Tourigny, M., Boisvert, I., & Jacq, B. (2011). L'efficacité d'une intervention de groupe auprès d'adolescentes agressées sexuellement. In M. Tardif (Éd.). *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes*, Cifas 2009. Textes choisis, (pp. 100-115). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. Cet article a déjà été publié dans l'Intervention, la revue de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, Numéro 129, décembre 2008 : 27-38.

élevée et les ressources limitées (Kruczek & Vitanza, 1999). De plus, l'intervention de groupe est particulièrement recommandée afin de réduire l'isolement social et la stigmatisation dont souffrent fréquemment les victimes d'agression sexuelle (Friedrich, 1997; Silovsky & Hambree-Kigin, 1994).

Les interventions de groupe peuvent varier considérablement, notamment en ce qui concerne la fréquence, le nombre et la durée des rencontres. Récemment, Paquette, Tourigny et Joly (2008) ont recensé 20 études visant à évaluer l'efficacité de ces interventions de différentes durées destinées à des adolescentes agressées sexuellement. Tous les auteurs des études recensées par Paquette et ses collaborateurs rapportent le nombre de rencontres (entre six et 26), mais peu d'entre eux précisent la durée de ces rencontres hebdomadaires, rendant ainsi difficile le calcul du nombre d'heures total de la thérapie de groupe. Dans la recension de Paquette et al. (2008), 30 % des études comportent 10 rencontres ou moins. Comme le coût de la thérapie est directement lié au nombre de rencontres et à la durée du traitement, les interventions de courte durée peuvent paraître plus avantageuses, surtout si elles peuvent s'avérer aussi efficaces que les thérapies de plus longue durée (Aoto-Sullivan, 2000).

Six études portant sur l'efficacité d'un traitement de groupe de courte durée¹ pour adolescentes agressées sexuellement ont été retenues. Les auteurs soulignent des améliorations touchant les stratégies adaptatives (Kruczek & Vitanza, 1999), l'hostilité (Mackay, Gold, & Gold, 1987), les comportements à l'école (Rolland Ashby, Gilchrist, & Miramontez, 1988), l'estime de soi (Narring & Rummel Walker, 2002; Radd Baker, 1985), l'étendue du réseau d'amis (Narring & Rummel Walker, 2002), la dépression (Narring & Rummel Walker, 2002), la compréhension des émotions (Narring & Rummel Walker, 2002), la difficulté à parler de l'agression sexuelle (James, 1977) et la relation avec la mère (Narring & Rummel Walker, 2002). Une absence d'amélioration est notée sur l'anxiété (Radd Baker, 1985), la dépression (Mackay, Gold, & Gold, 1987; Radd Baker, 1985), l'estime de soi (Mackay, Gold, & Gold, 1987), le soutien social disponible (Mackay, Gold, & Gold, 1987) et les connaissances liées à l'emploi de stratégies d'adaptation positives (Kruczek & Vitanza, 1999). On peut donc conclure que, dans l'ensemble, les études recensées démontrent certains effets positifs à la suite d'une thérapie de courte durée pour adolescentes agressées sexuellement.

Plusieurs limites méthodologiques sont toutefois associées à ces études, les principales étant le faible nombre de participantes – limitant ainsi la puissance statistique des analyses –, la faiblesse des devis de recherche pré-expérimentaux (pré-post à groupe unique), l'utilisation d'instruments non standardisés et le fait de ne mesurer que des changements statistiques sans explorer les changements cliniques. Dans ce contexte, la présente étude évalue les effets d'une intervention de groupe de neuf rencontres pour adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles, en observant les changements statistiquement et cliniquement significatifs. Elle vise aussi à combler certaines lacunes méthodologiques relevées dans la littérature.

Méthodologie

Devis de recherche

L'étude repose sur un devis quasi expérimental comportant deux temps de mesures (pré-test et post-test). Initialement, le groupe expérimental se compose d'adolescentes prises en charge par les services de protection de la jeunesse et ayant participé à une intervention en groupe fermé, d'une durée variant entre huit et 10 rencontres hebdomadaires de deux heures chacune. Cette intervention s'inscrit dans le *Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels* et vise à aider les victimes, à les soutenir et à réduire les séquelles liées à l'agression. Le programme a également pour but de responsabiliser les agresseurs, et implique les conjointes de ces derniers par des activités d'encadrement et de traitement sur les plans individuel, familial et conjugal. Le programme s'échelonne sur deux ans à raison de rencontres hebdomadaires avec la victime, la mère et le père. Le groupe de comparaison est constitué d'adolescentes prises en charge par les services de protection de la jeunesse dans une région autre que celle du groupe expérimental, mais qui n'ont pas participé à une intervention de groupe. Toutefois, les deux groupes recevaient des services réguliers de la part de leur Centre jeunesse respectif, c'est-à-dire un suivi individuel personnalisé offert à tous les jeunes pris en charge par les services de la protection de la jeunesse.

Échantillon

Les adolescentes ont été recrutées entre 2002 et 2006, à un moment ou l'autre de leur prise en charge par les services de protection de la jeunesse. Au total, 35 adolescentes (13 à 17 ans) ont fait partie du groupe expérimental. De ce nombre, 11 adolescentes (31 %) ont abandonné la thérapie ou ont été retirées du groupe, et trois n'ont pas terminé le post-test. Au total, 21 adolescentes, à partir desquelles les analyses seront effectuées, ont suivi entièrement la thérapie et ont participé aux deux temps de mesures. Ces adolescentes ont été réparties dans huit groupes qui se sont déroulés entre 2002 et 2005. Le groupe de comparaison se compose de 18 adolescentes n'ayant reçu aucun traitement de groupe. Des analyses bivariées (test t et Chi Carré) démontrent que les adolescentes ayant abandonné la thérapie de groupe ne se distinguent pas de celles l'ayant suivi jusqu'au bout en regard des variables sociodémographiques, comportementales et émotionnelles, à l'exception des variables suivantes : le sentiment de pouvoir sur sa vie, le stress post-traumatique, l'anxiété, les problèmes de la pensée et les problèmes des comportements extériorisés. Les adolescentes ayant abandonné la thérapie présentent davantage de difficultés sur ces variables que celles qui ont suivi l'ensemble de la thérapie. Si on exclut les adolescentes n'ayant pas participé aux deux temps de mesures, le taux de participation de chacune des adolescentes aux rencontres de groupe varie de 67 % à 100 %. En moyenne, les adolescentes ont participé à 91 % des rencontres de leur groupe, soit 8,69 rencontres par adolescente.

Procédures

Dans le cas du groupe expérimental, les adolescentes ont été invitées à participer à la recherche par l'une des intervenantes du groupe de traitement; dans le cas du groupe de comparaison, c'est l'intervenante sociale responsable du dossier qui sollicitait la participation de l'adolescente. Pour les adolescentes de moins de 14 ans, le consentement de l'adolescente et celui de ses parents étaient sollicités. Les entrevues d'une durée d'environ 90 minutes ont été effectuées par une assistante de recherche formée à cet effet et ont eu lieu au Centre jeunesse, dans le milieu de vie de l'adolescente ou dans un autre endroit (par exemple, à l'école).

Mesures

Le tableau 1 présente la liste des instruments de mesure utilisés dans le cadre de cette étude. Tous les questionnaires ont été remplis par les adolescentes, à l'exception du *Sexual Abuse Rating Scale* (SARS; Friedrich, 1992), qui a été rempli par l'intervenante responsable de la jeune fille.

Variable indépendante – l'intervention de groupe

La thérapie de groupe est offerte dans le cadre d'un programme d'évaluation et de traitement pour agression sexuelle du Centre jeunesse de la Mauricie – Centre du Québec. Ce programme spécialisé offre des interventions de groupe auprès des adolescentes depuis le début des années 1990. Les groupes sont fermés, c'est-à-dire que les intervenants n'acceptent plus de nouvelles participantes une fois qu'ils ont démarré. Le groupe peut néanmoins demeurer ouvert pendant quelques rencontres en raison du nombre peu élevé de participantes. Les services sont offerts aux adolescentes de 12 à 17 ans ayant vécu une agression sexuelle intrafamiliale ou extrafamiliale. Les participantes peuvent avoir été orientées vers le programme par différents organismes, comme les Centres jeunesse de la Mauricie – Centre du Québec, les Centres de santé et de services sociaux de la région et les milieux scolaires.

L'intervention se fait dans le cadre d'un groupe fermé composé de trois à huit participantes. Elle comprend environ neuf rencontres² hebdomadaires d'une durée de deux heures. L'intervention psychoéducative comporte diverses activités thérapeutiques : des discussions de groupe, des témoignages, des exercices individuels et de groupe, comme la relaxation et la visualisation. Chaque rencontre présente généralement la même structure et porte sur un thème spécifique. Par contre, les adolescentes ont toujours la liberté de présenter un sujet dont elles voudraient discuter en groupe. Les principaux thèmes abordés ont trait au dévoilement de l'agression, au cycle de l'agression sexuelle, aux conséquences des agressions sexuelles dans leur vie (symptômes), à la relation avec l'agresseur, à la sexualité, à la prévention d'une nouvelle agression sexuelle et aux relations amoureuses. Les interventions de groupe sont animées

TABLEAU 1
Questionnaires utilisés dans l'étude

| QUESTIONNAIRES (AUTEUR) | VARIABLES MESURÉES | NOMBRE DE QUESTIONS |
|---|---|---------------------|
| <i>Sexual Abuse Rating Scale</i> (SARS; Friedrich, 1992) | Caractéristiques de l'agression sexuelle (sévérité, fréquence, caractéristiques de l'agresseur) | 23 |
| Questionnaire maison | Données sociodémographiques (âge de l'adolescente, lieu de vie) | 2 |
| <i>Trauma Symptoms Checklist for Children</i> (TSC-C; Briere, 1996) | Anxiété, dépression, stress post-traumatique, préoccupations sexuelles, dissociation, colère | 54 |
| <i>Youth Self-Report and Profile</i> (YSR; Achenbach, 1991) | Problèmes intériorisés et extériorisés (anxiété, dépression, somatisation, retrait social, agressivité, délinquance, organisation de la pensée, attention, socialisation) | 112 |
| <i>Ways of Coping Questionnaire</i> (version courte : Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995; Folkman & Lazarus, 1988) | Stratégies d'adaptation (recherche de soutien social, réévaluation positive/négative des problèmes, distanciation/évitement) | 21 |
| <i>Children's Attributions and Perceptions Scale</i> (CAPS; Mannarino, Cohen & Berman, 1994) | Distorsions cognitives (sentiment d'être différent des autres, confiance interpersonnelle, responsabilisation face aux événements négatifs, crédibilité perçue) | 18 |
| <i>Inventaire de comportement d'autodestruction</i> (Sadovsky, 1995) | Comportements d'autodestruction (ex. : comportements automutilatoires ou suicidaires, troubles alimentaires, conduites dangereuses, etc.) | 21 |
| <i>Criminal and Delinquent Behaviors Questionnaire</i> (Frappier & Roy, 1995; adapté par Cinq-Mars & Wright, 1997) | Comportements délinquants et criminels (ex. : vol, arrestation policière, fugue, usage d'alcool et de drogue, prostitution, etc.) | 10 |
| Consommation de drogues et d'alcool (Frappier et Roy, 1995) | Fréquence d'utilisation, nombre de substances | 2 |
| <i>Child's Attitude toward the Mother/Father</i> (CAM/CAF; Giuli & Hudson, 1977) | Qualité de la relation parent-enfant | 25 |
| Sentiment de pouvoir (Rogers, Chamberlin, Langer, & Crean, 1997) | Optimisme, efficacité personnelle, impuissance, colère justifiée | 23 |
| <i>Questionnaire on Events from Childhood and Adolescence</i> (adapté par Thériault, Cyr, & Wright, 1996) | Occurrence des événements de vie stressants (ex. : maladie, alcoolisme des parents, décès d'un proche, etc.) | 20 |

par deux intervenants psychosociaux (généralement un homme et une femme). À la fin des neuf rencontres, le groupe se termine, mais les adolescentes peuvent participer à une seconde série semblable de neuf rencontres. Dans le cadre de cette étude, nous avons envisagé de documenter la participation des adolescentes à plus d'une série de neuf rencontres, mais, dans les faits, seulement huit des 35 adolescentes faisant partie de l'étude se sont prévaluées de cette possibilité. De plus, nous n'avons pu rencontrer que deux adolescentes pour cette deuxième série de neuf rencontres. Compte tenu du nombre trop faible de sujets, il nous a été impossible de tenir compte de cet aspect.

Objectifs de l'intervention de groupe

Les objectifs thérapeutiques sont : 1) réduire les symptômes liés à l'agression sexuelle (anxiété, dépression, baisse d'estime de soi, problèmes de comportement, difficultés

liées à la sexualité, agressivité, stress post-traumatique, difficultés scolaires) pour permettre à la victime de retrouver un mode de vie plus sain et plus fonctionnel; 2) briser l'isolement par la création de liens avec les autres participantes; 3) permettre à l'adolescente de se déculpabiliser relativement aux agressions sexuelles vécues; 4) aider les participantes à utiliser leurs ressources internes et à développer des outils qui leur permettront de mieux gérer les conséquences de l'agression sexuelle; 5) enfin, permettre à celles-ci de se réapproprier un certain contrôle et un certain pouvoir sur leur vie actuelle.

Résultats

Les 39 adolescentes de l'étude, âgées en moyenne de 15 ans (ÉT = 1,5), étaient majoritairement d'origine canadienne. Un peu plus d'une adolescente sur deux (57 %) était placée en famille d'accueil ou en centre de réadaptation, 22 % vivaient avec leur mère et seulement 8 % d'entre elles vivaient avec leurs deux parents.

Caractéristiques des agressions sexuelles

Les agressions sexuelles vécues par ces adolescentes sont sévères : il y a eu pénétration (orale, anale ou vaginale) dans 68 % des cas, les abus étaient fréquents (au moins une fois par semaine) dans 46 % des cas et la force physique a été utilisée dans 18 % des cas. Enfin, 31 % des adolescentes ont été agressées par plus d'un agresseur, et 18 % ont également vécu des abus physiques. L'identité de l'agresseur était connue dans tous les cas sauf deux (95 %). L'agresseur était un adulte dans 83 % des cas. Soixante-dix pour cent des agresseurs faisaient partie de la famille immédiate et 16 %, de la famille élargie. Au début de l'étude, les adolescentes des deux groupes ne diffèrent pas statistiquement sur l'ensemble des variables présentées au tableau 2, sauf en regard de l'âge, des agressions sexuelles perpétrées par un adulte, des agressions sexuelles perpétrées par une personne significative et celles impliquant l'usage de la force. Davantage d'adolescentes du groupe expérimental ont vécu une agression impliquant la force ($\chi^2 = 5,75$, $p < 0,05$), tandis que les adolescentes du groupe de comparaison sont plus âgées ($t = -1,996$, $p < 0,05$) et un nombre plus élevé d'entre elles ont été agressées sexuellement par un individu de 18 ans et plus ($\chi^2 = 6,44$, $p < 0,05$) et par une personne significative ($\chi^2 = 4,03$, $p < 0,05$).

TABLEAU 2
Caractéristiques sociodémographiques des participantes et des agressions sexuelles

| | ÉCHANTILLON TOTAL (N = 39) | GROUPE EXPÉRIMENTAL (N = 21) | GROUPE DE COMPARAISON (N = 18) | TESTS STATISTIQUES χ^2 |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Âge moyen (ans) de la victime | 15,0 | 14,6 | 15,5 | $t = -1,996^*$ |
| Origine ethnique | | | | |
| Canadienne | 89,7 | 85,7 | 94,4 | 1,14 |
| Asiatique | 7,7 | 9,5 | 5,6 | |
| Autochtone | 2,6 | 4,8 | 0,0 | |
| Tuteur de la victime ¹ | n = 37 | n = 19 | n = 18 | - |
| Parents | 8,2 | 10,5 | 5,6 | |
| Mère | 21,6 | 15,8 | 27,8 | |
| Placement | 56,7 | 57,9 | 55,5 | |
| Autre | 13,5 | 15,9 | 11,2 | |
| Caractéristiques liées à l'agresseur | n = 37 | n = 20 | n = 17 | |
| Personne significative | | | | |
| Oui | 88,9 | 78,9 | 100,0 | 4,03* |
| Non | 11,1 | 21,1 | 0,0 | |
| Adulte (18 ans et plus) | | | | |
| Oui | 83,3 | 68,4 | 100,0 | 6,44* |
| Non | 16,7 | 31,6 | 0,0 | |
| Famille immédiate | | | | |
| Oui | 70,3 | 60,0 | 82,4 | 2,20 |
| Non | 29,7 | 40,0 | 17,6 | |
| Famille élargie | | | | |
| Oui | 16,2 | 25,0 | 5,9 | 2,47 |
| Non | 83,8 | 75,0 | 94,1 | |
| Inconnu | | | | |
| Oui | 5,4 | 10,0 | 0,0 | 1,80 |
| Non | 94,6 | 90,0 | 100,0 | |
| Plus d'un agresseur | | | | |
| Oui | 30,6 | 40,0 | 18,8 | 1,89 |
| Non | 69,4 | 60,0 | 81,3 | |

(1) Le test du χ^2 n'est pas valide en raison du nombre de cellules dont le N est plus petit que 5.

* $p < 0,05$

| CARACTÉRISTIQUES | ÉCHANTILLON TOTAL % | GROUPE EXPÉRIMENTAL % | GROUPE DE COMPARAISON % | TESTS STATISTIQUES χ^2 |
|---|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Caractéristiques des agressions sexuelles | n = 31 | n = 19 | n = 12 | |
| Avec pénétration | | | | |
| Oui | 67,7 | 78,9 | 50,0 | 2,82 |
| Non | 32,3 | 21,1 | 50,0 | |
| Utilisation de la force | | | | |
| Oui | 17,6 | 31,6 | 0,0 | 5,75* |
| Non | 82,4 | 68,4 | 100,0 | |
| Présence d'abus physique | | | | |
| Oui | 17,6 | 22,2 | 12,5 | 0,55 |
| Non | 82,4 | 77,8 | 87,5 | |
| Plus d'une fois par semaine | | | | |
| Oui | 46,4 | 56,2 | 33,3 | 1,45 |
| Non | 53,6 | 43,8 | 66,7 | |

* $p < 0,05$

Différences entre les deux groupes au début de l'étude

Des tests de comparaison de moyennes ont été réalisés afin de vérifier si les deux groupes (expérimental et de comparaison) étaient comparables au pré-test sur l'ensemble des mesures à l'étude. Les résultats montrent qu'à l'exception de quatre variables, les adolescentes des deux groupes présentaient des profils semblables. Comparativement aux adolescentes du groupe de comparaison, les adolescentes du groupe expérimental ont davantage de difficultés en ce qui concerne l'efficacité personnelle ($F = 3,47$, $p < 0,001$), le sentiment de pouvoir global sur leur vie ($F = 14,22$, $p = 0,001$) et les troubles de comportement intériorisés ($F = 4,78$, $p < 0,05$). Toutefois, les adolescentes du groupe expérimental présentent moins de troubles de comportement en regard de l'anxiété ($F = 4,29$, $p < 0,05$) que les adolescentes du groupe de comparaison lors du pré-test.

Efficacité de l'intervention de groupe : différences statistiques

Des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées afin de vérifier l'efficacité de l'intervention de groupe. Le tableau 3 montre que les adolescentes ayant participé à l'intervention de groupe, comparativement aux adolescentes ne recevant aucun traitement de groupe, présentent des réductions significativement plus importantes en regard : 1) du stress post-traumatique, pour les échelles de dépression, de dissociation et de colère du TSC-C; 2) du sentiment de pouvoir sur leur vie, plus spécifiquement la sous-échelle de la colère justifiée; et 3) des troubles de comportement, en ce qui concerne le retrait social et les problèmes sociaux.

TABLEAU 3
Efficacité de l'intervention de groupe auprès des adolescentes victimes d'agression sexuelle

| EFFETS MESURÉS | GROUPE EXPÉRIMENTAL | | | GROUPE DE COMPARAISON | | | TEST STATISTIQUE |
|---|---------------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------|--------------|---------------------|
| | N | T1 M (ÉT) | T2 M (ÉT) | N | T1 M (ÉT) | T2 M (ÉT) | ANOVA |
| <i>Symptômes de stress post-traumatique^a</i> | | | | | | | |
| Anxiété | 21 | 55,0 (9,6) | 50,5 (7,5) | 15 | 54,1 (11,2) | 53,5 (16,0) | F(1,36) = 1,866 |
| Dépression | 21 | 54,3 (8,4) | 49,1 (7,7) | 15 | 48,1 (8,8) | 48,3 (13,6) | F(1,36) = 5,438* |
| Dissociation | 21 | 52,5 (7,9) | 47,0 (8,5) | 15 | 49,2 (6,5) | 51,1 (11,9) | F(1,36) = 7,937** |
| Stress post-traum. | 21 | 54,9 (10,9) | 50,9 (7,7) | 15 | 54,7 (10,2) | 54,0 (15,4) | F(1,36) = 1,622 |
| Colère | 21 | 48,2 (9,2) | 42,9 (6,5) | 14 | 45,9 (6,0) | 46,6 (8,1) | F(1,35) = 8,910** |
| Préoccup. sexuelles | 21 | 68,3 (21,6) | 58,5 (19,0) | 15 | 66,9 (26,2) | 66,9 (36,4) | F(1,36) = 3,280 |
| <i>Comp. autodestruct.</i> | 21 | 2,4 (2,5) | 1,9 (2,3) | 18 | 2,9 (3,0) | 2,6 (3,1) | F(1,39) = 0,055 |
| <i>Comp. antisociaux</i> | 21 | 0,9 (1,4) | 0,7 (1,5) | 18 | 0,8 (1,7) | 0,6 (1,1) | F(1,39) = 0,010 |
| <i>Consommation de substances</i> | | | | | | | |
| Nb de substances | 21 | 1,2 (1,3) | 1,3 (1,4) | 18 | 1,1 (1,2) | 1,2 (1,3) | F(1,39) = 0,008 |
| Fréquence maximale | 21 | 1,4 (1,3) | 1,3 (1,2) | 18 | 1,2 (1,2) | 1,3 (1,3) | F(1,39) = 0,522 |
| <i>Distorsions cognitives à la suite d'agressions sexuelles</i> | | | | | | | |
| Score total | 21 | 45,0 (9,5) | 43,9 (10,1) | 18 | 49,5 (10,0) | 48,3 (11,3) | F(1,39) = 0,001 |
| Différent des autres | 21 | 11,3 (3,3) | 11,1 (2,7) | 18 | 13,1 (3,4) | 13,0 (3,3) | F(1,39) = 0,012 |
| Confiance interpersonnelle | 21 | 13,1 (4,1) | 12,7 (4,3) | 18 | 13,6 (4,4) | 13,5 (4,6) | F(1,39) = 0,087 |
| Responsabilisation | 21 | 8,5 (2,7) | 8,5 (3,5) | 18 | 10,8 (3,3) | 10,4 (4,2) | F(1,39) = 0,241 |
| Crédibilité face aux autres | 21 | 12,1 (2,8) | 11,7 (3,0) | 18 | 12,0 (2,9) | 11,5 (2,4) | F(1,39) = 0,001 |
| <i>Qualité relation mère-fille</i> | 20 | 24,1 (23,4) | 18,5 (19,3) | 12 | 25,3 (19,8) | 26,3 (21,3) | F(1,32) = 1,497 |
| <i>Qualité relation père-fille</i> | 17 | 33,5 (25,4) | 30,5 (22,3) | 8 | 35,4 (29,3) | 31,6 (31,3) | F(1,25) = 0,006 |
| <i>Stratégie d'adaptation</i> | | | | | | | |
| Recherche de soutien | 21 | 9,0 (5,7) | 9,5 (5,2) | 17 | 9,1 (4,6) | 10,0 (3,3) | F(1,38) = 0,044 |
| Résolution de probl. | 21 | 8,4 (5,0) | 7,7 (4,9) | 16 | 7,1 (4,4) | 8,0 (4,1) | F(1,37) = 1,362 |
| Évitement | 21 | 8,3 (4,2) | 8,3 (4,2) | 16 | 10,3 (3,3) | 10,5 (2,9) | F(1,37) = 0,043 |
| <i>Sentiment de pouvoir (empowerment)</i> | | | | | | | |
| Score total | 21 | 2,5 (0,5) | 2,2 (0,5) | 18 | 2,8 (0,3) | 2,8 (0,4) | F(1,39) = 4,823* |
| Optimisme | 21 | 2,6 (0,7) | 2,1 (0,8) | 18 | 3,1 (0,6) | 3,0 (0,7) | F(1,39) = 2,285 |
| Colère justifiée | 21 | 2,1 (0,5) | 2,9 (0,5) | 18 | 2,0 (0,5) | 2,0 (0,4) | F(1,39) = 12,979*** |
| Efficacité perso. | 21 | 2,7 (0,9) | 1,9 (0,8) | 18 | 3,2 (0,5) | 3,1 (0,6) | F(1,39) = 11,802*** |
| Impuissance | 21 | 2,4 (0,5) | 2,4 (0,5) | 17 | 2,3 (0,4) | 2,4 (0,5) | F(1,38) = 0,236 |
| <i>Nombre événements stressants</i> | 21 | 8,4 (2,9) | 8,5 (3,7) | 18 | 10,1 (4,1) | 9,5 (4,7) | F(1,39) = 0,788 |
| <i>Troubles de comportement^a</i> | | | | | | | |
| Score total | 20 | 59,6 (8,3) | 55,2 (9,6) | 18 | 60,7 (8,2) | 59,2 (11,7) | F(1,38) = 1,901 |
| Comp. internalisés | 20 | 63,0 (6,7) | 59,1 (8,2) | 18 | 60,5 (12,8) | 60,4 (14,6) | F(1,38) = 3,894 |
| Retrait | 20 | 65,8 (8,5) | 61,1 (5,5) | 18 | 60,0 (8,8) | 62,6 (9,2) | F(1,38) = 8,934** |
| Somatisation | 20 | 60,9 (9,1) | 59,1 (6,6) | 18 | 59,3 (10,3) | 60,0 (11,4) | F(1,38) = 1,371 |
| Anxiété | 20 | 59,5 (7,0) | 57,8 (8,1) | 18 | 62,9 (11,6) | 61,3 (11,5) | F(1,38) = 0,006 |
| Prob. pensées | 20 | 58,3 (7,5) | 55,4 (5,1) | 18 | 61,1 (7,2) | 59,7 (8,6) | F(1,38) = 0,406 |
| Prob. sociaux | 20 | 60,5 (6,8) | 57,8 (6,6) | 18 | 58,2 (9,2) | 60,4 (9,1) | F(1,38) = 7,489* |
| Prob. d'attention | 20 | 56,1 (7,7) | 54,3 (6,3) | 18 | 60,4 (9,8) | 59,7 (9,5) | F(1,38) = 0,143 |
| Comp. extériorisés | 20 | 56,9 (11,0) | 53,8 (11,2) | 18 | 58,9 (7,8) | 57,5 (9,2) | F(1,38) = 0,413 |
| Délinquance | 20 | 60,0 (8,5) | 57,7 (7,5) | 18 | 61,1 (8,5) | 60,3 (7,7) | F(1,38) = 0,468 |
| Agressivité | 20 | 57,4 (7,5) | 55,7 (6,7) | 18 | 56,9 (6,7) | 56,7 (5,5) | F(1,38) = 0,761 |
| DSM Troubles affectifs | 20 | 63,6 (9,0) | 60,3 (8,4) | 18 | 62,8 (10,7) | 62,6 (11,6) | F(1,38) = 2,479 |
| DSM Troubles d'anxiété | 20 | 56,5 (5,3) | 54,8 (5,5) | 18 | 59,4 (8,1) | 58,6 (8,1) | F(1,38) = 0,463 |
| DSM Troubles somatiques | 20 | 59,1 (9,2) | 57,4 (6,9) | 18 | 57,8 (9,8) | 58,9 (10,7) | F(1,38) = 1,349 |
| DSM Déficit de l'attention/hyperact. | 20 | 55,2 (5,3) | 53,1 (4,3) | 18 | 57,2 (6,2) | 55,8 (6,0) | F(1,38) = 0,162 |
| DSM Opposition | 20 | 54,6 (5,2) | 54,1 (5,5) | 18 | 55,2 (4,7) | 55,6 (4,9) | F(1,38) = 0,394 |
| DSM Troubles de la conduite | 20 | 57,3 (7,9) | 54,7 (6,0) | 18 | 57,2 (7,4) | 55,1 (6,4) | F(1,38) = 0,066 |

* $P < 0,05$ ** $P < 0,01$ *** $P = 0,001$

a. Les résultats présentés sont les scores T

Efficacité de l'intervention de groupe : améliorations cliniques

Certains instruments de mesure utilisés comportaient un seuil clinique permettant de distinguer les répondantes qui présentent ou non un problème clinique correspondant à la variable considérée. Le tableau 4 précise, pour les instruments où nous avons des normes cliniques, la proportion d'adolescentes qui vivaient un problème clinique au début de la thérapie et à la fin de celle-ci. Les résultats montrent que pour l'ensemble des mesures, à l'exception de la délinquance et des problèmes sociaux qui demeurent stables, la proportion d'adolescentes avec un problème clinique diminue parmi celles qui ont participé à la thérapie. La baisse est particulièrement marquée pour l'anxiété, les comportements intériorisés et la relation père-fille.

Pour le groupe de comparaison, on note d'abord une diminution de la proportion d'adolescentes présentant un problème clinique à la fin de la thérapie sur plusieurs variables; toutefois, la proportion des adolescentes présentant un problème clinique de dissociation a augmenté entre le pré-test et le post-test. De plus, aucun changement clinique n'est observé pour l'anxiété, la dépression, les troubles de comportement généraux et les troubles de comportement intériorisés.

Discussion

Niveau d'implantation de l'intervention de groupe

Avant d'aborder la question des effets de l'intervention de groupe, il est important de rappeler le taux de participation observé dans le cadre de cette étude : les adolescentes ont participé à 91 % des rencontres de leur groupe. Ce résultat montre donc un niveau d'implantation du traitement particulièrement élevé et fournit un indicateur sur le fait que les adolescentes ont bel et bien reçu le traitement, ce qui n'est pas toujours démontré dans les études évaluatives auprès des enfants agressés sexuellement (Paquette et al., 2008). Non seulement le taux de participation des adolescentes permet de faire la démonstration que le traitement est bien implanté, mais il représente un indicateur intéressant concernant la capacité du traitement à répondre aux besoins des adolescentes.

Effets de l'intervention de groupe

Il est important de préciser en premier lieu que les résultats représentent les effets spécifiques d'une thérapie de groupe de neuf rencontres pour adolescentes agressées sexuellement. Toutefois, cette intervention s'inscrit dans un processus thérapeutique plus large qui cible également le parent non agresseur et l'agresseur. Ainsi, il n'est pas possible, à partir des résultats présentés, de conclure à l'efficacité du processus d'aide thérapeutique global dans lequel s'inscrit l'intervention de groupe.

Les résultats démontrent des améliorations (statistiques et cliniques) significativement plus importantes chez le groupe d'adolescentes ayant participé à l'intervention

| TABLEAU 4 | | | | |
|--|---------------------|--------|--------------------|--------|
| Proportion des adolescentes du groupe expérimental et du groupe de comparaison au-dessus du seuil clinique au pré-test et au post-test | | | | |
| | GROUPE EXPÉRIMENTAL | | GROUPE COMPARAISON | |
| | T1 (%) | T2 (%) | T1 (%) | T2 (%) |
| <i>Symptômes de stress post-traumatique</i> | | | | |
| Anxiété | 33,3 | 4,8 | 26,7 | 26,7 |
| Dépression | 14,3 | 4,8 | 6,7 | 6,7 |
| Dissociation | 9,5 | 4,8 | 0,0 | 13,3 |
| Stress post-traum. | 14,3 | 0,0 | 26,7 | 13,3 |
| Colère | 4,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Préoccup. sexuelles | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| <i>Troubles de comportement</i> | | | | |
| Score total | 30,0 | 15,0 | 33,3 | 33,3 |
| Comp. intériorisés | 40,0 | 25,0 | 33,3 | 33,3 |
| Retrait social | 10,0 | 0,0 | 11,1 | 11,1 |
| Somatisation | 15,0 | 0,0 | 11,1 | 5,6 |
| Anxiété | 10,0 | 5,0 | 27,8 | 22,2 |
| Comp. extériorisés | 25,0 | 15,0 | 27,8 | 16,7 |
| Délinquance | 10,0 | 10,0 | 11,1 | 5,6 |
| Agressivité | 10,0 | 5,0 | 5,6 | 0,0 |
| Probl. sociaux | 5,0 | 5,0 | 11,1 | 5,6 |
| Probl. d'attention | 10,0 | 0,0 | 11,1 | 5,6 |
| Probl. de la pensée | 10,0 | 0,0 | 11,1 | 5,6 |
| <i>Relation mère-fille</i> | | | | |
| | 35,0 | 25,0 | 41,7 | 25,0 |
| <i>Relation père-fille</i> | | | | |
| | 47,1 | 35,3 | 50,0 | 37,5 |

de groupe, en regard des symptômes de stress post-traumatique, du sentiment de pouvoir sur leur vie, des troubles de comportement (sauf de délinquance) et des relations parent-fille. Ces aspects sont, pour la plupart, directement abordés au cours de l'intervention de groupe et sont liés aux objectifs de celle-ci, par exemple la réduction de l'isolement social, l'amélioration du sentiment de contrôle et de pouvoir sur leur vie et la réduction de certains symptômes. D'autres études confirment les résultats obtenus quant à l'amélioration du sentiment de contrôle et de pouvoir sur la vie (Kruczek & Vitanza, 1999) ainsi que la diminution de la dépression (De Jong & Gorey, 1996). Toutefois, certains symptômes associés à l'agression sexuelle sont toujours présents après la thérapie, et certains objectifs thérapeutiques n'ont pas été atteints. Par exemple, nous n'avons pu observer d'amélioration statistiquement significative concernant les stratégies d'adaptation, le sentiment de culpabilité ou les problèmes de comportement comme les conduites autodestructrices.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette absence de résultat significatif sur certains symptômes ou objectifs thérapeutiques. Ainsi, une thérapie plus longue permettrait peut-être de travailler plus en profondeur certains aspects et, par conséquent, d'apporter des améliorations sur les différents thèmes abordés. On peut également se demander si le recrutement des adolescentes pour ce type de traitement est adapté ou non. En effet, une thérapie de groupe, qui implique surtout de la verbalisation et de l'intellectualisation des agressions, requiert que les adolescentes soient parvenues à un stade avancé dans l'élaboration du traumatisme. Par exemple, le modèle de rétablissement faisant suite à un événement traumatique d'Herman (1992) stipule qu'il est nécessaire de rétablir le sentiment de pouvoir de la victime et d'établir un environnement sécuritaire (stade 1) avant d'aborder directement le traumatisme (stade 2). Nos résultats montrent qu'un nombre important d'adolescentes de l'étude présentent des comportements autodestructeurs et un niveau de difficulté particulièrement élevé. L'absence de résultat significatif en regard des symptômes et des objectifs thérapeutiques pourrait donc être attribuable à une participation prématurée à cette forme de thérapie dans le cas de certaines adolescentes. Une troisième hypothèse est également envisagée : comme certaines adolescentes présentent un niveau de difficulté relativement bas au début de la thérapie (voir tableau 3), il est difficile de détecter des améliorations significatives à la fin de celle-ci. Ainsi, il n'est peut-être pas nécessaire d'offrir un traitement de groupe à toutes les adolescentes victimes d'agression sexuelle. Kendall-Tackett et ses collaborateurs (1993) soulignent que jusqu'à 40 % des enfants agressés sexuellement ne présentent pas de symptômes susceptibles d'être mesurés par des tests standardisés. Enfin, une dernière hypothèse suppose que certains autres facteurs non documentés dans la présente étude, reliés au processus d'aide thérapeutique, pourraient influencer l'efficacité de l'intervention. Ainsi, l'alliance thérapeutique entre les intervenants et les adolescentes, de même que les interactions entre les participantes pourraient avoir un impact positif ou négatif sur l'efficacité du groupe de thérapie. À titre d'exemple, Dishion et Andrew (1995) affirment que les contacts entre les jeunes délinquants en contexte d'intervention de groupe peuvent avoir comme effet d'augmenter la probabilité que les jeunes s'engagent dans des activités délinquantes par un effet de renforcement positif des gestes délinquants.

Forces et limites de l'étude

Cette étude suggère qu'une intervention de groupe de courte durée peut s'avérer efficace pour aider à réduire certaines séquelles de l'agression sexuelle et améliorer la santé psychologique des adolescentes agressées sexuellement. L'utilisation d'un devis quasi expérimental, bien que représentant un net avantage comparativement au devis pré- et post-traitement fréquemment utilisé pour évaluer l'intervention de groupe, présente certains risques pouvant compromettre la validité interne. Comme les adolescentes des deux groupes se distinguaient pour certaines variables liées à leur état psy-

chologique lors du pré-test et certaines caractéristiques des agressions sexuelles, il est possible que les adolescentes du groupe de traitement présentent certains traits pouvant expliquer en partie ou en totalité les résultats observés dans l'étude. Une seconde limite concerne le fait que toutes les mesures utilisées dans le cadre de l'étude sont des mesures autoadministrées aux adolescentes. L'utilisation de plusieurs sources de données (parent, professeur, autre adulte significatif) pourrait éventuellement fournir un portrait plus complet et valide.

Recommandations

Afin d'améliorer les effets de cette intervention de courte durée, quelques recommandations sont faites. Par exemple, une évaluation préalable permettrait d'ajuster le contenu de la thérapie en fonction des besoins réels des adolescentes agressées sexuellement et de l'intensité de leurs symptômes. Ainsi, les adolescentes présentant des symptômes peu nombreux ou de faible intensité pourraient n'avoir besoin que d'une intervention minimale. À l'inverse, les adolescentes ayant davantage de difficultés pourraient recevoir un soutien mieux adapté à leur situation, en tenant compte des thèmes qui nécessitent plus de temps et de travail, comme celui traitant des stratégies d'adaptation. Enfin, comme la qualité des relations avec les parents a été peu influencée par cette intervention de courte durée, il peut être intéressant d'organiser des rencontres avec les parents afin de les aider à comprendre ce que vivent leurs adolescentes, de leur fournir des moyens pour leur venir en aide et d'améliorer certains aspects conflictuels de leur relation.

Conclusion

Notre étude confirme donc ce que plusieurs recherches ont démontré, à savoir que la thérapie de groupe peut atténuer certains symptômes associés aux agressions sexuelles (voir les recensions de Finkelhor et Berliner (1995) et de Paquette et al. (2008)). Toutefois, plusieurs défis demeurent, et les prochaines études évaluatives devraient comparer la durée des thérapies de façon à préciser les caractéristiques de l'intervention (durée, fréquence, intensité, etc.) liées à une meilleure efficacité du traitement. De plus, d'autres questions doivent être résolues pour améliorer les services thérapeutiques offerts aux adolescentes agressées sexuellement : 1) est-ce que les effets du traitement se maintiennent dans le temps ? 2) quelles sont les caractéristiques des adolescentes qui bénéficient davantage de l'intervention ? 3) et quelles sont les caractéristiques des adolescentes qui abandonnent le traitement ?

Descripteurs :

Intervention de groupe // Adolescentes victimes d'abus sexuels // Intervention de groupe - Efficacité // Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels //

Abus sexuels à l'égard des adolescentes // Jeunes en difficulté // Service social des groupes

Group psychotherapy // Sexually abused teenagers // Group psychotherapy - Effectiveness // Youth - Crimes against // Problem youth // Social group work

Notes

1. Comme 30 % des études recensées dans Paquette et al. (2008) comportent 10 rencontres ou moins, nous avons retenu ce critère pour définir ce qu'est une thérapie de courte durée.

2. Le nombre de rencontres pour chacun des groupes peut varier légèrement selon le groupe et ses besoins spécifiques.

Bibliographie

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT : Department of Psychiatry, University of Vermont.

Aoto-Sullivan, S. Y. (2000). *The efficacy of short- and long-term therapy in the treatment of childhood sexual abuse: A review of the literature*. Thèse de Doctorat. Biola University, Faculty of the Rosemead School of Psychology.

Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : Présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 27 (3), 371-377.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual*. Odessa: Psychological Resources, Inc.

Cinq-Mars, C., & Wright, J. (1997). *Adaptation du Questionnaire sur les comportements délinquants et la consommation d'alcool et de drogue* (Document inédit). Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal.

De Jong, T. L., & Gorey, K. M. (1996). Short-term versus long-term group work with female survivors of childhood sexual abuse: A brief meta-analytic review. *Social Work with Groups*, 19 (1), 19-27.

Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.

Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (11), 1408-1423.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire: Research edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Forbey, J. D., Ben-Porath, Y. S., & Davis, D. L. (2000). A comparison of sexually abused and non-sexually abused adolescents in a clinical treatment facility using the MMPI-A. *Child Abuse & Neglect*, 24, 557-568.
- Frappier, J. Y., et Roy, É. (1995). *La guerre au virus du SIDA, pourquoi pas ?* Groupe de recherche sur les jeunes de la rue et l'infection du VIH. Montréal : Hôpital Sainte-Justine.
- Friedrich, W. N. (1992). *Sexual abuse rating scale*. Document inédit. Rochester, MN: Department of Pedopsychiatry, Clinique Mayo.
- Friedrich, W. (1997). Psychotherapy with sexually abused boys. In D. A. Wolfe, R. J. McMahon, & R. D. Peters (Eds), *Child abuse, new directions in prevention and treatment across lifespan*. Banff International Behavioral Science Series. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Glaser, D. (1991). Treatment issues in child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 159, 769-782.
- Green, S. M., Russo, M. F., Navratil, J. L., & Loeber, R. (1999). Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 151-168.
- Giuli, C. A., & Hudson, W. W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice: The child point of view. *Journal of Social Service Research*, 1 (1), 77-92.
- Grilo, C. M., Sanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S., & McGlashan, T. H. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 538-543.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery. The aftermath of violence: From domestic abuse to political terror* (2e éd.). New York, NY: Basic Books.
- James, K. H. (1977). Incest: The teenager's perspective. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 14 (2), 146-155.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer-Williams, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
- Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescent abuse survivor's group. *Child Abuse & Neglect*, 23 (5), 477-485.
- Mackay, B., Gold, M., & Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescent girls who have been sexually abused. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 77-84.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23 (2), 204-211.
- Narring, F., & Rummel Walker, R.-M. (2002). L'aide aux adolescentes victimes d'agression sexuelle. L'action des groupes de soutien de l'association familles solidaires. *Médecine et Hygiène*, 59, 2022-2026.

- Paquette, G., Tourigny, M., & Joly, J. (2008). L'efficacité des thérapies de groupes pour les adolescentes agressées sexuellement : Recension des écrits. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29 (3), 85-99.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year researches update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Radd Baker, C. (1985). A comparison of individual and group therapy as treatment of sexually abused adolescent females. *Dissertation Abstracts International*, 47 (10-B), 4319-4320.
- Rogers, S. E., Chamberlin, J., Langer Ellison, M., & Crean, T. (1997). A consumer- constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48 (8), 1042-1047.
- Rolland Ashby, M., Gilchrist, L. D., & Miramontez, A. (1988). A group treatment for sexually abused american indian adolescents. *Social Work with Groups*, 10 (4), 21-32.
- Sadowsky, C. M. (1995). *Self-Injurious Behaviors Questionnaire*. Document inédit. Rochester, MN: Department of Pedopsychiatrie, Mayo Clinic.
- Silverman, A. B., Reinters, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 709-723.
- Silvosky, J. F., & Hambree-Kigin, T. L. (1994). Family and group treatment for sexually abused children: A review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 3 (3), 1-20.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance et l'adolescence*. Document inédit. Département de psychologie, Université de Montréal.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : Une recension des écrits. *Revue Canadienne de Psychoéducation*, 26 (1), 39-69.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., & Wright, J. (2005). *Portrait québécois des signalements pour abus sexuels faits à la Direction de la protection de la jeunesse*. Rapport de recherche. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Boucher, J., & Larrivée, M.-C. (2003). *Quebec incidence study of reported child abuse, neglect, abandonment and serious behaviour problems (QIS)*. Montréal: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 567-589.

LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ET LE RÉTABLISSEMENT DES ADOLESCENTS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE EN TRAITEMENT POUR LEUR PROBLÈME DE CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES¹

Magali Dufour, Karine Bertrand, Natacha Brunelle et Isabelle Beaudoin

La victimisation sexuelle est considérée comme un des facteurs de risque au développement de problèmes de consommation de substances. Jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées aux liens pouvant exister entre la victimisation sexuelle et le rétablissement des adolescents en centre de traitement pour problème de consommation. Cette étude, réalisée auprès de 180 adolescents en centre de traitement, a pour objectif de décrire le profil clinique des adolescents victimes d'agression sexuelle dans l'enfance lors de leur admission en traitement, d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique de ces victimes et de mesurer leurs progrès thérapeutiques trois et six mois après leur admission en traitement. Les résultats de cette étude permettent de constater que 43,5 % des jeunes filles et 7,3 % des garçons ont été agressés sexuellement dans leur vie. Lors de l'admission en traitement, les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, présentent des problèmes de drogue plus sévères du point de vue clinique de leur intervenant comparativement aux non-victimes. Les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance présentent aussi plus d'affects dépressifs, de comportements suicidaires, de préoccupations au niveau de leur poids, de comportements d'automutilation et de problèmes de confiance en soi. Toutefois, malgré cette détresse plus importante, il n'existe aucune différence entre les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance et les non-victimes dans leur capacité à créer une alliance thérapeutique. Enfin, tous les adolescents ont bénéficié du traitement en ce qui a trait aux problèmes de drogue : une diminution de la gravité de leurs problèmes est soutenue pendant les six mois de suivi. Toutefois, le devis de cette étude limite la généralisation de ces résultats à long terme.

Mots-clés : adolescents, problème de consommation, agression sexuelle, rétablissement, alliance thérapeutique.

1. Pour citer ce chapitre : Dufour, M., Bertrand, K., Brunelle, N., & Beaudoin, I. (2011). La relation thérapeutique et le rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle en traitement pour leur problème de consommation de substances psychotropes. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis* (pp. 116-137). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

Problématique

La violence sexuelle vécue pendant l'enfance, de par sa prévalence et ses conséquences, est une des problématiques inquiétantes de notre société. Au Québec, les données d'une enquête populationnelle récente réalisée auprès des adultes indiquent que la prévalence des agressions sexuelles vécues durant l'enfance (0 à 17 ans) serait de 18,2 % chez les femmes et de 9,5 % chez les hommes (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006). En outre, plus du tiers (36 %) des personnes ayant participé à cette enquête rapportent avoir vécu au moins une forme ou l'autre de violence (physique, psychologique ou sexuelle) durant son enfance.

La victimisation sexuelle est considérée comme un des facteurs de risque au développement de problèmes de santé mentale et à de multiples conséquences à court et long terme (Beitchman et al., 1992; Grella, Stein, & Greenwell, 2005; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Kendler et al., 2000; Nelson et al., 2002; Molnar, Buka, & Kessler, 2001). De fait, les agressions sexuelles pendant l'enfance sont souvent associées au développement de problèmes de dépression, d'anxiété et de troubles de stress post-traumatique, et ce, tant chez les adolescents que chez les adultes (Kendler et al., 2000; Langeland, Drajer, & van den Brick, 2004; Molnar et al., 2001). De même, les problèmes de consommation de substances sont souvent observés chez ces victimes, tant dans la population générale qu'en centre de traitement (Chen, Tyler, Whitbeck, & Hoyt, 2004; Duncan et al., 2008; Glover, Janikowski, & Benshoff, 1996; Jarvis, Copeland, & Walton, 1998; Kilpatrick et al., 2000; Langeland & Hartgers, 1998; Miller & Downs, 1995; Molnar et al., 2001; Nelson et al., 2002; Pedersen & Skronnal, 1996; Vadiparti et al., 2006; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris., 1997). Le fait d'avoir vécu une agression sexuelle augmente entre 1,5 et trois fois la probabilité de développer un problème de dépendance à l'alcool (Kilpatrick et al., 2000; Molnar et al., 2001; Nelson et al., 2002). De plus, le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle au cours de l'enfance est un prédicteur significatif d'un problème d'abus ou de dépendance au cannabis, et ce, même en tenant compte de la violence physique, des variables génétiques et environnementales, du genre, de la dépendance ou de l'abus à l'alcool et des troubles de conduite (Duncan et al., 2008).

Les victimes d'agression sexuelle et la consommation

À l'instar de la victimisation sexuelle, les conduites addictives représentent aussi un problème de santé publique très inquiétant. L'usage abusif de substances psychoactives à l'adolescence est un phénomène particulièrement préoccupant compte tenu des enjeux développementaux neurobiologiques et sociaux associés à cette période (Patton & Viner, 2007). Chez les adolescents, des enquêtes épidémiologiques québécoises (Guyon & Desjardins, 2005), canadiennes (Canadian Centre on Substance Abuse, 1996) et américaines (Johnstone, O'Malley, & Bachman, 2003) indiquent que la prévalence des problèmes d'alcool et d'autres drogues était en hausse depuis le début des années 1990. Malgré une certaine stabilisation observée depuis le début des

années 2000, le portrait demeure préoccupant. Au Québec, 7 % des jeunes au secondaire démontrent des signes d'utilisation problématique (ou à risque) de substances psychoactives, tandis que 6,5 % nécessitent un traitement (Dubé & Fournier, 2007). Les études américaines signalent des prévalences similaires, puisqu'environ 5 % des adolescents présentent une problématique de consommation de drogues illicites suffisamment sérieuse pour mener à un diagnostic d'abus de substances (Sussman, Skara, & Ames, 2008).

Bien que relativement peu d'études se soient intéressées à la double problématique agression-consommation chez les adolescents en traitement, les résultats disponibles soulignent la prévalence élevée des problèmes de victimisation chez ces jeunes (Cavaola & Schiff, 2000; Grella & Joshi, 2003; Hawke, Jainchill, & De Leon, 2000). Par exemple, dans le projet DATOS réalisé dans 23 centres de traitement des États-Unis, 59 % des adolescentes et 39 % des adolescents avaient un historique de violence physique et/ou sexuelle survenu avant leur admission pour le traitement de la toxicomanie (Grella & Joshi, 2003). Les études rétrospectives réalisées auprès des adultes en traitement pour un problème de consommation rapportent des prévalences semblables d'agression sexuelle durant l'enfance (Burgdof, Chen, Walker, Porowski & Herrell, 2004; Miller, Down, & Testa, 1993; Pirard, Sharon, Kang, Angarita, & Gastfrient, 2005). En fait, entre 45 et 75 % des femmes et près du quart des hommes ont été victimes d'agression sexuelle durant leur enfance (Pirard et al., 2005). Bref, les prévalences d'agression sexuelle observées en centre de traitement pour problème de dépendance s'avèrent au moins systématiquement le double que celles rencontrées dans la population générale.

Les liens entre l'agression sexuelle lors de l'enfance et la consommation de substances

L'association entre l'histoire d'agression sexuelle et les problèmes de consommation est relativement peu comprise par les chercheurs (Sartor et al., 2007; Jarvis et al., 1998; Wilsnack et al., 1997). De fait, l'étiologie d'un problème de consommation est fort complexe, notamment en raison des nombreux facteurs pouvant être impliqués, tant au niveau de l'individu, du contexte que de la substance (Spooner, 1999). Par ailleurs, certains facteurs de risque semblent avoir de l'influence uniquement à une période spécifique du développement d'un problème (Sartor et al., 2007). Par exemple, les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance s'initient de façon plus précoce à la consommation que les non-victimes (Hawke et al., 2000; Sartor et al., 2007). En outre, selon une étude auprès d'un échantillon de filles jumelles, la victimisation sexuelle influencerait davantage l'initiation à la consommation que le développement du problème de dépendance (Sartor et al., 2007). Or, certains auteurs concluent à partir d'une recension des écrits que l'initiation précoce est particulièrement inquiétante, puisqu'elle est souvent liée à des problèmes plus sérieux, notamment en ce qui a trait

à la dépendance, aux symptômes de sevrage, aux problèmes légaux et comportementaux (Dennis, Babor, Roebuck, & Donaldson, 2002). Bref, une multitude de facteurs de risque, dont fait partie la victimisation sexuelle, peuvent contribuer au développement d'une problématique de consommation.

Selon Cavailo et Schiff (1989), la consommation d'alcool et de drogues serait « la première stratégie de protection pour affronter le trauma de l'agression ». En permettant à la victime de « gérer » sa colère, sa tristesse, sa honte et sa culpabilité, la consommation d'alcool et de drogues s'avèrerait une façon efficace de s'« automédicamentiser » (Chen et al., 2004; Cole & Putnam, 1992; Harrison, Felkerson, & Beebe, 1997; Harrison, Hoffman, & Edwall, 1989; Herman, 1992). En fait, la consommation d'alcool ou de substances psychoactives (SPA) deviendrait un mécanisme d'adaptation ou de « coping » qui aurait pour fonctions d'atténuer la détresse, de régulariser l'excitation physiologique et de contrôler les conséquences émotives et interpersonnelles de l'agression (Harrison et al., 1989; Miller & Downs, 1995; Rohsenow, Corbett, & Devine, 1988). D'ailleurs, les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, dans leurs récits, mentionnent fréquemment avoir consommé afin de combattre leurs sentiments de stigmatisation et d'impuissance (Jarvis et al., 1998). De même, les résultats de Hurley (1990) auprès de victimes d'inceste soulignent que la consommation d'alcool est perçue comme un moyen efficace permettant de réprimer ou d'altérer les émotions négatives, de faciliter les rencontres sociales, d'augmenter l'estime de soi et de surmonter les difficultés sexuelles. À l'inverse, les survivantes non-alcooliques perçoivent l'alcool comme une menace à leur capacité d'être en contrôle. Bref, l'utilisation de l'alcool permettrait non seulement d'atténuer la souffrance liée à l'agression, mais aussi d'échapper aux problèmes familiaux (Harrison et al., 1989).

D'autres théories ont aussi été proposées pour expliquer cette association. Par exemple, les substances psychoactives pourraient aider les victimes à satisfaire quelques-uns de leurs besoins interpersonnels. En effet, les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance ont souvent de la difficulté à vivre une relation intime et à faire confiance aux autres. Or, l'utilisation de substances, par leur fonction de désinhibition, serait un moyen efficace, selon les victimes, de vaincre ces barrières et de créer de nouvelles amitiés (Singer, Song, & Ochberg, 1994). Par ailleurs, puisque les victimes vivent un fort sentiment de stigmatisation (Dufour & Nadeau, 2000), il est possible qu'elles soient attirées vers d'autres groupes de pairs différents, dont ceux rencontrés au sein de la sous-culture de la drogue. L'alcool et les drogues favoriseraient ainsi l'identification à des pairs déviants, dont la consommation de substances, souvent fréquente et abusive, régule les rapports sociaux au sein du groupe d'amis (Chen et al., 2004; Miller & Downs, 1995).

Enfin, une dernière hypothèse suggère que le lien entre l'alcool et les agressions sexuelles durant l'enfance s'expliquerait par le fait que la consommation d'alcool permettrait d'anesthésier la souffrance psychologique (Miller & Downs, 1995). Ce mécanisme, appelé *dissociation induite chimiquement* (Briere & Runtz, 1993), faciliterait le

contrôle des symptômes intrusifs liés à l'agression, tels les cauchemars et l'insomnie. De plus, cette dissociation induite par les substances psychoactives (SPA) favoriserait l'inhibition psychologique des souvenirs de l'agression, permettant de garder ceux-ci hors de l'expérience consciente et prévenant ainsi leur intégration dans le champ de conscience nécessaire à la guérison (Herman, 1992). Cette dissociation induite par les drogues serait probablement renforcée, chez les adolescentes, par le fait qu'elle permet d'éviter l'anxiété et la dysphorie (Briere & Conte, 1994). Enfin, cette dissociation permettrait à certaines victimes de survivre aux agressions sexuelles prévalant encore dans leur famille (Roesler & Dafler, 1993). Bref, quelle que soit la fonction de l'alcool et des drogues, les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance semblent très vulnérables aux nombreux effets de ces substances.

L'impact d'une agression sexuelle durant l'enfance sur le rétablissement des victimes

Jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées aux liens entre la victimisation sexuelle et le rétablissement des personnes en centre de traitement pour des problèmes de consommation (Burgdorf et al., 2004; Grella & Joshi, 2003; Pirard et al., 2005). De même, très peu d'études se sont attardées à décrire les différences entre les victimes et les non-victimes adolescentes lors de leur admission en traitement de la toxicomanie. Pourtant, une meilleure compréhension de la souffrance des victimes en lien avec leur consommation de substances permettrait de dégager des pistes en vue d'adapter les traitements à leurs besoins particuliers.

Chez les adultes en traitement, le portrait clinique à l'admission est plus sévère pour les personnes ayant été victimisées. La gravité des problèmes est présente non seulement sur le plan de la consommation, mais aussi dans les sphères de la santé mentale, de l'emploi, de la famille et du fonctionnement général (Burgdorf et al., 2004; Pirard et al., 2005). Toutefois, tant les victimes que les non-victimes semblent bénéficier de façon égale du traitement en ce qui a trait à la problématique de consommation d'alcool et de drogues (Burgdorf et al., 2004; Pirard et al., 2005).

Les rares études auprès des adolescents en centre de traitement de la toxicomanie soulignent aussi une importante détresse chez les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, ainsi que de multiples problématiques associées (Grella & Joshi, 2003; Hawke et al., 2000). Ainsi, Grella et Joshi (2003) rapportent que chez les victimes d'agressions (physiques ou sexuelles), on observe une prévalence plus élevée de dépression, de troubles de la conduite et du trouble d'hyperactivité. De plus, les adolescents et adolescentes agressés présentent des problèmes plus sévères de dépendance à l'alcool et au cannabis, ainsi qu'une fréquence de consommation de cocaïne, d'amphétamine et d'hallucinogène plus importante. Malgré des problèmes de dépendance plus graves lors de l'admission en traitement, les victimes d'agressions ne diffèrent pas des non-victimes quant à la proportion de personnes abstinentes un mois après le début du traitement (Grella & Joshi, 2003). L'étude de Hawke et de ses collabora-

teurs (2000) fait état de résultats similaires. Les adolescents qui ont vécu une agression sexuelle pendant l'enfance présentent, à leur admission en traitement, des problèmes de drogues et de psychopathologie plus sévères.

Toutefois, certains auteurs craignent que les succès en traitement ne se maintiennent pas à long terme, particulièrement lorsque les expériences d'agression n'ont pas été abordées lors de la thérapie (Janikowski & Glover, 1994). Dans le même sens, une étude récente observe que les adolescents en traitement de la toxicomanie ayant été exposés à un traumatisme tendent à abandonner précocement leur traitement (Jaycox, Ebener, Damesek, & Becker, 2004). Dans sa recension sur les enjeux en traitement des survivants de traumatisme, Stewart (1994) souligne la propension des adolescents à abandonner le traitement par crainte de revivre le traumatisme, mais aussi en raison des difficultés à faire confiance à un adulte et à créer une alliance thérapeutique. En effet, la persistance en traitement et l'alliance thérapeutique constituent des variables non spécifiques au traitement qui semblent déterminantes dans le processus thérapeutique. Ainsi, dans l'étude de DATOS (Hser et al., 2001), le traitement est davantage efficace chez les adolescents qui demeurent plus longtemps en traitement. Cependant, près des trois quarts demeurent moins de trois mois en traitement (Hser et al., 2001). Par ailleurs, l'alliance thérapeutique constitue la variable qui explique le plus grand pourcentage de variance du changement thérapeutique chez les adultes dans des domaines d'intervention variés (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). On connaît toutefois peu l'influence de cette variable chez les adolescents en traitement pour leur toxicomanie. Une étude auprès d'adolescents en traitement pour abus de cannabis montre que l'alliance thérapeutique telle qu'évaluée par l'adolescent prédit la diminution de consommation de cannabis à trois et six mois (Diamond et al., 2006). Dans l'étude de DATOS, une relation positive avec l'intervenant s'avère déterminante pour les jeunes en traitement pour abus de substances ayant été agressés sexuellement ou physiquement (Grella & Joshi, 2003). En effet, bien qu'un historique de maltraitance entraîne de moins bons résultats thérapeutiques, les jeunes ayant développé une bonne relation avec leur intervenant réussissent aussi bien que les jeunes n'ayant pas été agressés (Grella & Joshi, 2003).

Malheureusement, d'autres études s'intéressant au suivi post-traitement sont nécessaires afin de mieux comprendre le portrait clinique des victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance, ainsi que leur rétablissement.

Cette étude a donc trois objectifs :

1. Décrire le profil clinique d'adolescents victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance lors de leur admission en traitement et le comparer au profil des autres adolescents en traitement n'ayant pas été victimes d'agression sexuelle au cours de l'enfance;
2. Évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique des victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance et la comparer à celle des adolescents n'ayant pas été victimes;

3. Mesurer les progrès thérapeutiques des victimes d'agression sexuelle durant l'enfance trois et six mois après leur admission en traitement comparativement au progrès des autres jeunes non victimes.

Devis de l'étude

Cette étude fait partie d'une plus large recherche réalisée auprès d'adolescents ayant un problème de consommation et suivant une thérapie dans un centre de traitement interne ou externe (Bertrand, Ménard, Richer, Lemieux, & Ledoux, 2009). Cette plus large étude évaluative, qui repose sur un devis mixte, comporte des données longitudinales et a été menée en milieu naturel. Les données ont été recueillies lors de trois temps de mesure différents : l'admission en traitement dans un centre de réadaptation (T0) ainsi que les suivis de trois et six mois après l'admission (T1 et T2). Ce type de devis permet de documenter la contribution de plusieurs variables sur l'évolution des adolescents en traitement de la toxicomanie. De plus, le choix de mener une étude en milieu naturel, en collaboration avec les milieux de pratique, a l'avantage d'augmenter la validité externe des résultats de cette recherche (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff & Mamodhousen, 2007). Tous les adolescents de l'étude et un de leurs parents ont signé un formulaire de consentement afin d'y participer. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (CERT) et par le Comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), accrédités par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour les projets impliquant des mineurs.

Échantillon

L'échantillon principal est constitué de 180 participants âgés entre 14 et 18 ans, dont 90 proviennent d'un centre de traitement externe et 90 proviennent d'un centre de traitement résidentiel. L'âge moyen des participants est de 15,6 ans ($ÉT = 1,1$) lors de leur admission en traitement. Les adolescents représentent environ 61,1 % de l'échantillon, et les adolescentes environ 38,9 %. Ces proportions sont les mêmes pour les deux centres de traitement.

Lors des deuxième et troisième temps de mesure, certains participants ont refusé d'être contactés à nouveau; ainsi, 135 jeunes ont participé au suivi de trois mois et 113 ont participé au suivi de six mois. Une attention particulière a été accordée à l'attrition dans le cadre de cette étude. Des analyses comparatives ont été effectuées pour chacun des centres afin d'identifier d'éventuelles différences entre les jeunes qui ont quitté l'étude au T1 ou au T2 et les jeunes qui y sont restés en ce qui concerne l'ensemble des variables sociodémographiques et la consommation initiale de drogues. Les analyses comparatives n'ont démontré aucune différence chez les jeunes des deux centres quant aux variables sociodémographiques et à leur consommation initiale de drogues.

Instruments et mesures

L'*indice de Gravité d'une Toxicomanie pour les Adolescents* (IGT-ADO) (Landry, Guyon, Bergeron, & Provost, 2002) a été rempli par un intervenant lors de l'admission en traitement, et un agent de recherche a complété la version abrégée lors des deux suivis. L'IGT-ADO est un instrument adapté du *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan, Luborsky, O'Brien, & Woody, 1980) et validé auprès d'adolescents québécois s'exprimant en français par Landry et ses collègues (2002). Il évalue 10 sphères de la vie des adolescents : la consommation d'alcool et de drogues, la santé physique, les occupations (école, travail et loisir), l'état psychologique, les relations interpersonnelles, les relations familiales et le système social et judiciaire. Cet instrument permet de mesurer la gravité des problèmes présentés dans chacune des sphères par l'entremise d'un score composé standardisé (variant de 0 à 1), ainsi que les besoins de traitement.

Les variables d'agression sexuelle, physique et verbale ont été mesurées à partir des trois questions intégrées dans la section *État psychologique* de l'IGT-ADO. Ces questions ont été posées lors de l'admission en traitement et portent sur les différentes expériences de victimisation dans les 30 derniers jours et dans la vie.

L'alliance thérapeutique a été évaluée peu après l'admission en traitement, après la deuxième rencontre avec l'intervenant principal, à l'aide du *California Psychotherapy Alliance Scales patient-version* (CALPAS) (Gaston, 1991), traduit en français par l'équipe du RISQ (Nadeau, Landry, & Cournoyer, 2001). L'alliance thérapeutique est représentée par cinq échelles pour lesquelles des scores sont attribués à la fois aux adolescents et aux intervenants : 1) la capacité de faire le travail thérapeutique; 2) l'engagement du patient; 3) le consensus au niveau du travail thérapeutique; 4) la compréhension du thérapeute; et 5) le score global. Les scores de ces échelles varient de 1 à 7.

Analyses

Afin de répondre aux trois questions de recherche de l'étude, des analyses descriptives et des analyses de comparaison ont été effectuées. Dépendamment de la nature des variables, des tests de comparaison de moyennes (test-t), des tableaux croisés (chi-carré et Fisher) et des ANOVA à mesures répétées seront présentées. Toutes les analyses sont effectuées avec le logiciel PASW Statistics 18 (de SPSS). Les indicateurs de force de chacune des analyses ont été insérés dans les tableaux (*phi* pour les analyses de chi-carré, *t* pour les analyses de comparaison de moyennes et *F* pour les ANOVA). Il est à noter que 102 participants ont participé aux trois temps de mesure de l'étude et que les ANOVA présentés ici sont effectués sur ces 102 participants uniquement.

Résultats

Les expériences de victimisation

Parmi l'ensemble des participants, 21,2 % ont été victimes d'agression sexuelle, 36,2 % d'agression physique et 59,8 % d'agression verbale dans leur vie (voir Tableau 1). Les adolescentes ont été agressées sexuellement et verbalement en plus grande proportion que les garçons dans leur vie (respectivement 43,5 % et 7,3 % pour l'agression sexuelle, et 72,5 % et 51,8 % pour l'agression verbale). Au cours des 30 derniers jours, elles ont été significativement plus nombreuses à être victimes d'une agression verbale (39,1 % contre 12,7 %). Elles étaient aussi plus nombreuses que les garçons à avoir été victimes d'agression physique récemment (30 derniers jours) et dans leur vie, et ce, de façon marginalement significative.

TABLEAU 1
Expérience de victimisation récente (30 derniers jours) et dans la vie, selon le genre

| TYPE D'AGRESSION | TOUS % (n=180) | FILLES % (n=90) | GARÇONS % (n=90) | VALEUR p (filles vs garçons) |
|--------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------------------|
| Agression sexuelle | | | | |
| À vie | 21,2 | 43,5 | 7,3 | ≤0,001 |
| 30 jours | 0,6 | 1,4 | 0 | n.s. |
| Agression physique | | | | |
| À vie | 36,2 | 44,9 | 30,6 | 0,052 |
| 30 jours | 2,8 | 5,7 | 0,9 | 0,079 ^a |
| Agression verbale | | | | |
| À vie | 59,8 | 72,5 | 51,8 | 0,006 |
| 30 jours | 22,9 | 39,1 | 12,7 | ≤0,001 |

^a Test exact de Fisher

Le portrait clinique lors de l'admission en traitement

Les problèmes de consommation d'alcool et de drogues

Sur le plan des problèmes d'alcool, les participants qui ont été agressés sexuellement sont semblables à ceux qui n'ont pas été agressés, tant au plan de la gravité (score composé à l'IGT-ADO) que du nombre de jours de consommation ou du besoin d'aide estimé par l'adolescent ou l'intervenant (voir Tableau 2).

En ce qui a trait à leur consommation de drogues lors de l'admission en traitement, les participants qui ont été agressés sexuellement présentent un portrait semblable aux non-victimes, tant sur le plan du nombre de jours de consommation de chacune des huit sortes de drogues qu'au niveau de la gravité de la consommation mesurée par le score de l'IGT-ADO (voir Tableau 2). Toutefois, l'estimation de la gravité de la consommation de drogues par l'intervenant est significativement plus élevée pour le groupe qui a été agressé sexuellement que pour l'autre groupe ($t = -3,478$, $p \leq 0,001$). De même, les adolescents victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance ont estimé avoir davantage besoin d'aide quant à leur consommation de drogues que ceux qui

n'ont pas été victimisés de la sorte ($t = -1,866$, $p = 0,064$), mais cette différence est marginalement significative.

TABLEAU 2

Comparaison des portraits de consommation d'alcool et de drogues lors de l'admission en traitement chez les victimes et non-victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance

| CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES | MOYENNES DES NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | MOYENNES DES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | t | P |
|---|--|--|--------|-------|
| Alcool | | | | |
| Gravité de la consommation | 0,10 | 0,14 | -1,045 | n.s. |
| Nombre de jours de consommation | 2,69 | 2,90 | -0,286 | n.s. |
| Besoin d'aide selon le jeune | 0,63 | 0,87 | -1,162 | n.s. |
| Estimation de la gravité de la consommation par l'intervenant | 1,19 | 1,34 | -0,780 | n.s. |
| Drogue | | | | |
| Gravité de la consommation | 0,21 | 0,22 | -0,929 | n.s. |
| Nombre de jours de consommation : | | | | |
| Cannabis | 14,90 | 12,56 | 1,088 | n.s. |
| Hallucinogène | 1,21 | 2,82 | -1,464 | n.s. |
| Héroïne | 0,00 | 0,05 | -1,433 | n.s. |
| Barbiturique | 0,04 | 0,00 | 0,621 | n.s. |
| Benzodiazépine | 0,55 | 0,85 | -0,468 | n.s. |
| Cocaïne | 0,55 | 1,46 | -1,078 | n.s. |
| Méthamphétamine/speeds | 3,33 | 3,95 | -0,567 | n.s. |
| Inhalant/solvant/volatil | 0,13 | 0,08 | 0,243 | n.s. |
| Besoin d'aide selon le jeune | 2,84 | 3,21 | -1,866 | 0,064 |
| Estimation de la gravité de la consommation par l'intervenant | 2,73 | 3,05 | -3,478 | 0,001 |
| Nombre total de jours de consommation, toutes substances confondues | 23,56 | 24,67 | -0,248 | n.s. |

La santé mentale

Des tests de chi-carré ont d'abord été effectués sur les variables dichotomiques concernant les problèmes de santé mentale que les participants ont pu avoir dans leur vie et dans les 30 jours qui ont précédé l'admission en traitement (voir Tableau 3). Dans leur vie, les participants qui ont été victimes d'agression sexuelle ont présenté dans une plus grande proportion les symptômes suivants : affects dépressifs ($\phi=0,269$), faible confiance en soi ($\phi = 0,212$), préoccupation quant au poids ($\phi = 0,237$), pensées suicidaires ($\phi = 0,231$), tentatives de suicide ($\phi = 0,247$) et automutilation ($\phi = 0,254$). De façon marginalement significative, ces participants étaient aussi plus nombreux dans leur vie à rapporter un manque de concentration ($\phi=0,136$).

Au cours des 30 jours qui ont précédé l'admission en traitement, les participants qui ont été victimes d'agression sexuelle ont été significativement plus nombreux que ceux qui n'ont pas été agressés sexuellement à être préoccupés par leur poids ($\phi=0,276$). De façon marginalement significative, ils ont été plus nombreux à avoir des affects dépressifs ($\phi = 0,126$) et à être méfiants ($\phi = 0,125$).

TABLEAU 3

Comparaison des victimes et des non-victimes d'agression sexuelle durant l'enfance quant aux indicateurs de problèmes psychologiques au cours de la vie et à l'admission en traitement.

| PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE | PÉRIODES | % NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | % VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | Phi | p |
|---|----------|---|---|--------|-------|
| Dépression | À vie | 48,2 | 81,1 | 0,269 | 0,000 |
| | 30 jours | 38,8 | 53,8 | 0,126 | 0,094 |
| Anxiété | À vie | 32,6 | 36,8 | 0,037 | n.s. |
| | 30 jours | 32,1 | 42,1 | 0,086 | n.s. |
| Manque de concentration | À vie | 30,5 | 46,2 | 0,136 | 0,067 |
| | 30 jours | 40,4 | 43,6 | 0,026 | n.s. |
| Hallucinations | À vie | 13,7 | 12,8 | 0,010 | n.s. |
| | 30 jours | 8,5 | 5,1 | 0,052 | n.s. |
| Préoccupé par son poids | À vie | 24,8 | 51,3 | 0,237 | 0,001 |
| | 30 jours | 14,2 | 41,0 | 0,276 | 0,001 |
| Méfiance | À vie | 24,1 | 28,2 | 0,039 | n.s. |
| | 30 jours | 16,3 | 28,2 | 0,125 | 0,093 |
| Pensées suicidaires | À vie | 34,0 | 61,5 | 0,231 | 0,002 |
| | 30 jours | 12,1 | 15,4 | 0,041 | n.s. |
| Tentatives de suicide | À vie | 20,0 | 46,2 | 0,247 | 0,001 |
| | 30 jours | 2,9 | 0,0 | -0,079 | n.s. |
| Automutilation | À vie | 28,4 | 57,9 | 0,254 | 0,001 |
| | 30 jours | 7,1 | 5,3 | -0,030 | n.s. |
| Manque de confiance | À vie | 36,2 | 61,5 | 0,212 | 0,004 |
| | 30 jours | 29,8 | 41,0 | 0,099 | n.s. |
| Médication pour problème psychologique | À vie | 22,0 | 20,5 | -0,015 | n.s. |
| | 30 jours | 10,6 | 5,1 | -0,078 | n.s. |
| PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ MENTALE | | MOYENNES NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | MOYENNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | t | P |
| Nb consultations dans un hôpital pour problèmes psy. | | 0,41 | 1,06 | -1,245 | n.s. |
| Nb jours problèmes psy. dans les 30 derniers jours | | 10,43 | 12,28 | -0,947 | n.s. |
| Gravité problèmes psy. dans les 30 derniers jours | | 0,26 | 0,32 | -1,807 | 0,072 |
| Préoccupation de l'adolescent quant à ces problèmes psy. | | 1,92 | 2,39 | -1,776 | 0,077 |
| Besoin d'aide pour ses difficultés psy. | | 1,44 | 2,32 | -3,044 | 0,003 |
| Estimation de la gravité des problèmes psy. selon l'intervenant | | 2,09 | 2,61 | -2,840 | 0,005 |

Des tests de comparaison de moyennes (test-t) ont été réalisés sur les variables continues concernant les problèmes de santé mentale. Les victimes d'agression sexuelle et leur intervenant estiment qu'ils ont un plus grand besoin d'aide pour leurs problèmes psychologiques que les non-victimes (respectivement, $t = -3,044$; $t = -2,840$). De façon marginalement significative, la gravité des problèmes psychologiques et la préoccupation des adolescents quant à leurs problèmes psychologiques est plus élevée chez ceux qui ont été agressés sexuellement que chez ceux qui ne l'ont pas été (respectivement, $t = 1,807$; $t = 1,776$).

La gravité des problèmes dans sept sphères de leur vie

Lors de l'admission en traitement, la gravité des problèmes de santé physique, des problèmes de relations interpersonnelles ou familiales, ainsi que des problèmes socio-judiciaires, scolaires, au travail et dans les loisirs est similaire pour les victimes d'agression sexuelle et ceux qui ne l'ont pas été (voir Tableau 4).

TABLEAU 4

Comparaison de la gravité des problèmes dans sept sphères de la vie lors de l'admission en traitement

| GRAVITÉ DES PROBLÈMES... | MOYENNES NON-VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | MOYENNES VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE | t | P |
|--------------------------|---|---|--------|------|
| De santé physique | 0,21 | 0,21 | -0,103 | n.s. |
| Interpersonnels | 0,20 | 0,22 | -0,485 | n.s. |
| Familiaux | 0,34 | 0,29 | 0,884 | n.s. |
| Socio-judiciaires | 0,20 | 0,17 | 0,862 | n.s. |
| Scolaires | 0,30 | 0,27 | 0,550 | n.s. |
| Au travail | 0,05 | 0,09 | -1,536 | n.s. |
| Dans les loisirs | 0,18 | 0,24 | -1,086 | n.s. |

Le portrait clinique après trois et six mois

Afin de comparer les progrès thérapeutiques des victimes d'agression sexuelle trois et six mois après leur admission en traitement aux progrès des autres jeunes qui n'ont pas été agressés sexuellement, des analyses de variance à mesures répétées (ANOVA) ont été effectuées (voir Tableau 5). Le premier facteur considéré représente les deux groupes (avoir ou non été agressé sexuellement). Le deuxième facteur, qui est répété, représente les trois temps de mesure (admission en traitement et suivis de trois et six mois).

Le tableau 5 montre que les termes d'interactions sont tous non significatifs. Le facteur groupe n'est pas non plus significatif, ce qui signifie que les participants qui ont été agressés sexuellement ne sont pas différents de ceux qui n'ont pas été agressés quant à la gravité de leurs problèmes d'alcool, de drogues et psychologiques et quant au nombre de jours qu'ils consomment, et ce, peu importe le temps de mesure.

TABLEAU 5

Résultats des analyses de variance à mesures répétées quant aux progrès thérapeutiques des victimes et des non-victimes d'agression sexuelle trois et six mois après leur admission en traitement

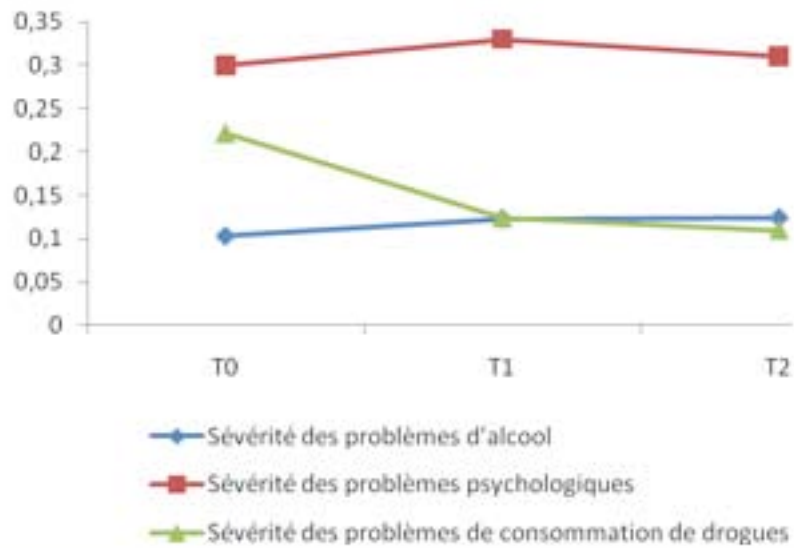
| | GRAVITÉ DES PROBLÈMES DE CONSOMMATION D'ALCOOL | | | GRAVITÉ DES PROBLÈMES DE CONSOMMATION DE DROGUES | | | NOMBRE DE JOURS DE CONSOMMATION | | | GRAVITÉ DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES | | |
|--------------------------------|--|-------------------|------|--|----|--------|---------------------------------|-------------------|--------|--------------------------------------|----|-------|
| | F | dl | p | F | dl | p | F | dl | p | F | dl | p |
| Groupe (non-victimes/victimes) | 0,01 | 1 | n.s. | 0,011 | 1 | n.s. | 0,041 | 1 | n.s. | 1,32 | 1 | n.s. |
| Temps | 0,59 | 2 | n.s. | 41,78 | 2 | ≤0,001 | 20,72 | 1,61 ^a | ≤0,001 | 3,461 | 2 | 0,033 |
| Groupe* Temps | 0,00 | 1,99 ^a | n.s. | 0,26 | 2 | n.s. | 0,174 | 1,61 ^a | n.s. | 2,27 | 2 | n.s. |

^aSelon le test de Mauchly's, cette variable ne respecte pas le test de sphéricité de la variance. On a donc utilisé la correction de Huynh-Feldt.

Toutefois, indépendamment du groupe, les résultats démontrent une amélioration significative quant à la gravité des problèmes de drogue ($p \leq 0.001$) et quant au nombre de jours de consommation ($p \leq 0.001$). De façon plus spécifique, le graphique 1 démontre que la gravité de la consommation de drogues diminue significativement entre l'admission en traitement (T0) et le suivi de trois mois ($p \leq 0,001$). Entre les suivis de trois et six mois, on observe un maintien des gains, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de changement significatif. De façon similaire, le nombre de jours de consommation par mois diminue significativement entre l'admission en traitement et le suivi de trois mois ($p \leq 0.001$), mais demeure stable par la suite ($p = 0,389$) (graphique 2). La gravité des problèmes psychologiques varie aussi de façon significative, indépendamment du groupe (graphique 1). C'est toutefois une augmentation significative de la gravité de ces problèmes qui survient entre l'admission en traitement et le suivi de trois mois ($p \leq 0.05$), suivie d'une certaine stabilité ($p = 0,481$). La gravité des problèmes de consommation d'alcool demeure quant à elle stable tout au long du suivi (entre l'admission en traitement et le suivi de trois mois : $p = 1,000$; entre les suivis de trois et six mois : $p = 1,000$) (graphique 1).

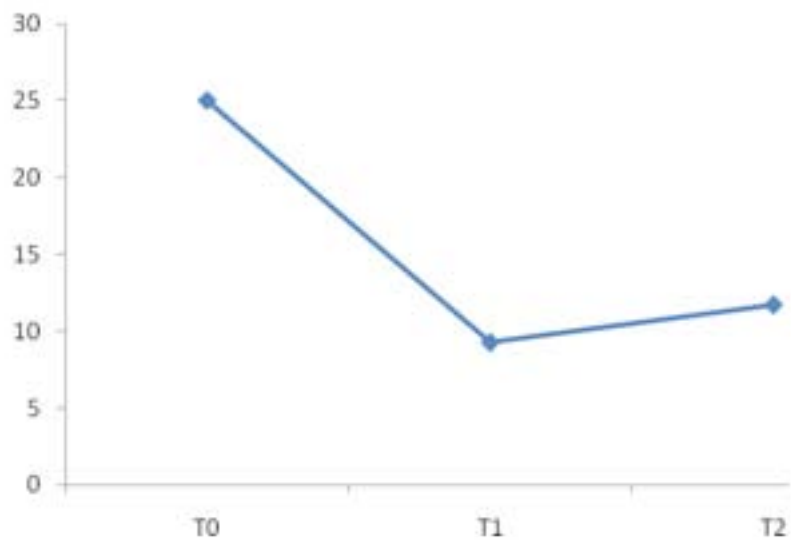
GRAPHIQUE 1

Gravité moyenne des problèmes de consommation d'alcool et de drogues et des problèmes psychologiques aux trois temps de mesure pour tout l'échantillon



GRAPHIQUE 2

Nombre moyen de jours de consommation aux trois temps de mesure pour tout l'échantillon



L'alliance thérapeutique

Il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont été agressés sexuellement et ceux qui ne l'ont pas été quant à l'alliance qu'ils ont pu développer avec leur thérapeute (voir Tableau 6). Par ailleurs, tous les adolescents perçoivent une meilleure alliance thérapeutique que leurs intervenants, et ce, pour toutes les échelles.

TABLEAU 6

Comparaisons entre les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance et les non-victimes quant à l'alliance thérapeutique, selon la vision de l'adolescent et du thérapeute

| | VISION DE L'ADOLESCENT | | | | VISION DU THÉRAPEUTE | | | |
|--|--|--|--------|------|--|--|--------|------|
| | Moyennes non-victimes d'agression sexuelle | Moyennes victimes d'agression sexuelle | t | p | Moyennes non-victimes d'agression sexuelle | Moyennes victimes d'agression sexuelle | t | p |
| Capacité de faire le travail thérapeutique | 5,16 | 5,07 | 0,401 | n.s. | 4,73 | 5,04 | -1,401 | n.s. |
| Engagement du patient | 5,68 | 5,82 | -0,697 | n.s. | 5,07 | 5,22 | -0,592 | n.s. |
| Consensus en ce qui a trait au travail thérapeutique | 6,12 | 6,28 | -0,971 | n.s. | 5,62 | 5,49 | 0,656 | n.s. |
| Compréhension du thérapeute | 6,56 | 6,44 | 1,037 | n.s. | 6,06 | 5,97 | 0,641 | n.s. |
| Score global | 5,90 | 5,88 | 0,179 | n.s. | 5,37 | 5,43 | -0,350 | n.s. |

Discussion

Les résultats de cette étude auprès d'adolescents en centre de traitement pour un problème de consommation permettent de prendre conscience du nombre important de jeunes qui ont été victimisés dans leur vie. Bien que d'autres études rapportent des prévalences semblables (Grella & Joshi, 2003 ; Hawke et al., 2000), force est de constater que de nombreux jeunes entrent en centre de traitement avec un passé de violence. Parmi ces jeunes, dont la moyenne d'âge est de 15,6 ans, presque une jeune fille sur deux (43,5 %) et plus d'un garçon sur 20 (7,3 %) ont été agressés sexuellement dans leur vie. Ces adolescents ont aussi vécu, et plusieurs vivent encore, de la violence physique ou verbale. Au cours des 30 jours précédant leur admission en traitement, 39 % des filles et 13 % des garçons rapportent avoir vécu de la violence verbale. Ces prévalences de victimisation, toutes plus élevées que celles rencontrées dans la population générale, soulignent l'importance de tenir compte de ce passé, non seulement lors de l'évaluation mais aussi dans tout le processus thérapeutique (Langeland et al., 2004). De plus, le fort niveau de violence verbale rapporté par ces adolescents renforce la nécessité d'utiliser des stratégies d'intervention systémique où l'ensemble de la famille sera impliqué dans le rétablissement, ce qui est d'ailleurs reconnu comme une

« meilleure pratique » dans le domaine (Bertrand, Beaumont, Durand, & Massicotte, 2006; Williams & Chang, 2000).

Par ailleurs, cette étude permet aussi de constater un profil clinique à l'admission en traitement différent pour les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance, comparativement aux non-victimes. Ainsi, même si la problématique de consommation d'alcool des victimes d'agression sexuelle ne se distingue pas de celle des non-victimes, leur consommation de drogue semble, à leurs yeux et à ceux de leur intervenant, plus problématique et nécessitant plus de soins. En fait, en cohérence avec la théorie de l'automédication (Cavalo & Schiff, 1989; Chen et al., 2004), il est possible que ces jeunes utilisent des drogues pour anesthésier leur souffrance, pour s'intégrer à des pairs différents, mais aussi pour survivre aux situations d'agressions, particulièrement verbales, ayant toujours cours. À l'inverse, il est aussi possible que cette consommation de drogues les place dans des situations à risque, notamment sur le plan de la revictimisation sexuelle (Evans & Sullivan, 1995; Gladstone et al., 2004; Miller & Guidry, 2001), mais aussi sur le plan de la victimisation émotionnelle – les parents ne sachant trop comment aider le jeune consommateur.

Les différences observées entre les groupes de victimes d'agression sexuelle durant l'enfance et de non-victimes ne se limitent pas à la gravité perçue des problèmes de drogues. En fait, la différence majeure entre ces deux groupes se situe sur le plan de la santé mentale. Tel qu'observé dans d'autres études (Grella & Joshi, 2003; Hawke et al., 2000; Molnar et al., 2001; Nelson et al., 2002), les victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance rapportent davantage d'affects dépressifs, de comportements suicidaires, de préoccupations au niveau de leur poids, de comportements d'automutilation et de problèmes de confiance en soi. De plus, les intervenants estiment que les problèmes psychologiques des victimes sont plus sévères que ceux des non-victimes. Pour leur part, les adolescents victimes estiment qu'ils ont un plus grand besoin d'aide. Ce portrait clinique, associé à une détresse psychologique plus importante chez les adolescents victimes, n'est pas étonnant compte tenu de l'historique de victimisation antérieur. Cependant, l'ampleur et la diversité des symptômes de détresse psychologique observés soulignent la nécessité d'intervenir au niveau de la santé mentale lors du traitement pour toxicomanie. Par ailleurs, l'absence d'amélioration au niveau des problèmes de santé mentale après trois et six mois de traitement renforce la recommandation d'offrir de l'aide spécialisée intégrée à l'offre des services en toxicomanie. Les séquelles de l'agression sexuelle ne sont pas les seuls éléments spécifiques à considérer, mais elles constituent certainement un élément majeur à cibler pour une proportion importante des filles en traitement de la toxicomanie.

Même si les victimes d'agression sexuelle durant l'enfance ont souvent vécu un fort sentiment de trahison affectant leur confiance en elles et envers les autres (Dufour & Nadeau, 2000), elles ont été en mesure de créer une alliance thérapeutique. En fait, le niveau d'engagement thérapeutique est le même pour les victimes que pour les autres adolescents. Bien que ces résultats semblent étonnants, ils pourraient s'expliquer en

partie par la souffrance associée au vécu d'agression. Ainsi, cette détresse et le besoin d'avoir de l'aide par rapport à son traumatisme faciliteraient probablement la recherche d'aide et, d'une façon indirecte, l'engagement initial en traitement. En outre, on peut émettre l'hypothèse que les jeunes victimes d'agression sexuelle durant l'enfance ont possiblement un plus grand historique d'utilisation des services psychosociaux. Ces expériences auprès de services d'aide pourraient faciliter la création d'un lien de confiance avec un professionnel de la santé.

Au niveau du rétablissement, tous les adolescents bénéficient du traitement en ce qui a trait au problème de drogues. En fait, malgré une gravité plus élevée selon leur intervenant, aucune différence ne semble exister entre les victimes et les non-victimes quant à la diminution du nombre de jours de consommation. Toutefois, pour tous ces adolescents, six mois plus tard, les bénéfices associés au traitement semblent légèrement diminuer. Les victimes d'agression sexuelle semblent donc, à court terme, se rétablir de la même façon que les autres adolescents. Cependant, ces données ne permettent pas d'observer leur trajectoire à long terme et de mesurer l'influence de l'expérience de victimisation et des problèmes de santé mentale qui n'ont pas été ciblés. Toutefois, on pourrait espérer qu'un traitement spécialisé en toxicomanie appliqué précocement lors de l'adolescence pourrait les protéger contre de futures expériences de victimisation. Les bénéfices substantiels observés au niveau de la consommation soulignent aussi l'importance de détecter les problèmes de consommation chez l'ensemble des victimes d'agression sexuelle et de les référer aux centres spécialisés en dépendance.

Enfin, les résultats de cette étude doivent être interprétés dans le contexte de ses limites. Tout d'abord, il aurait été intéressant d'évaluer de façon plus détaillée la nature, l'intensité et la gravité des sévices sexuels, physiques et psychologiques vécus par ces adolescents. Une meilleure compréhension de leur expérience de victimisation permettrait de nuancer les résultats et de s'assurer que le groupe de non-victimes n'a jamais vécu d'agression sexuelle. De même, des instruments de mesure spécifiques à l'évaluation des conséquences des agressions, comme le *Trauma Symptoms Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996), aurait aussi permis une meilleure description du portrait clinique des victimes. Par ailleurs, l'attrition aux suivis limite également la généralisation de ces données, malgré l'absence de différences entre ceux qui ont abandonné l'étude et les autres lors de leur admission en traitement.

Néanmoins, cette étude permet de démontrer que plusieurs adolescents en centre de traitement ont un passé de victimisation. Qui plus est, ces adolescents victimes d'agression sexuelle présentent des problèmes de consommation et de santé mentale sévères nécessitant une intervention spécialisée. Le portrait clinique différent présenté par les victimes d'agression sexuelle remet en question l'approche unique (*one size fits all*) souvent préconisée par les centres de traitement. Ces premiers résultats laissent donc présager que des services s'adressant à la victimisation et à la santé mentale doivent être intégrés aux traitements pour la toxicomanie. Ces nouveaux services

devront cependant faire l'objet d'une évaluation rigoureuse. Enfin, d'autres études devront aussi s'intéresser aux liens complexes entre la victimisation et les problèmes de consommation. Par ailleurs, des recherches longitudinales incluant des suivis à long terme et s'intéressant à la trajectoire de rétablissement des adolescents victimes d'agression sexuelle qui ont aussi un problème de consommation s'avèrent également nécessaires.

Bibliographie

Beitchman, J. H, Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118.

Bertrand, K., Beaumont, C., Durand, G., & Massicotte, L. (2006). Les services de réadaptation offerts par les CRPAT aux jeunes et à leur entourage dans le cadre du programme dépendances. Pratiques gagnantes et offre de services de base. Montréal, Québec : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).

Bertrand, K., Ménard, J.-M., Richer, I., Lemieux, A., & Ledoux, C. (2009). *Adolescents et traitement de la toxicomanie*. Rapport de recherche remis au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Briere, J., & Conte, J. (1994). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 21-31.

Briere, J., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 312-330.

Burgdorf, K., Chen, X., Walker, T., Porowski, A., & Herrell, J. M. (2004). The prevalence and prognostic significance of sexual abuse in substance abuse treatment of women. *Addictive Disorders & their Treatment*, 3(1), 1-13.

Canadian Centre on Substance Abuse/Centre Canadien de Lutte à la Toxicomanie (1996). Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire, 1985-1991-1996. Dans *Aperçu de l'État de Santé de la Population de l'Outaouais*. Ottawa : Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Cavaiola, A. A., & Schiff, M. M. (2000). Psychological distress in abused, chemically dependent adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 10(2), 81-92.

Chen, X., Tyler, K. A., Whitbeck, L. B., & Hoyt, D. R. (2004). Early sexual abuse, street adversity, and drug use among female homeless and runaway adolescents in the Midwest. *Journal of Drug Issues*, 34(1), 1-22.

Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 174-184.

Dennis, M., Babor, T., Roebuck, M. C., & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: The case for recognizing and treating marijuana use disorders. *Addiction*, 97(Suppl.1), S4-S15.

- Diamond, G. S., Liddle, H. A., Wintersteen, M. B., Dennis, M. L., Godley, S. H., & Tims, F. (2006). Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *The American Journal on Addictions*, 15(Suppl. 1), 26-33.
- Dubé, G., & Fournier, C. (2007). Consommation d'alcool et de drogues. In G. Dubé et autres (Éds.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaires*, 2006 (pp. 83-124). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Dufour, M. H., & Nadeau, L. (2000). Sexual Abuse: A comparison between resilient victims and drug addicted victims. *Violence and Victims*, 16 (6), 655-672.
- Duncan, A. E., Sartor, C. E., Scherrer, J. F., Grant, J. D., Heath, A. C., Nelson, E. C., Jacob, T., & Bucholz, K. K. (2008). The association between cannabis abuse and dependence and childhood physical and sexual abuse : Evidence from an offspring of twins design. *Addiction*, 103(6), 990-997.
- Evans, K., & Sullivan, J. M. (1995). *Treating addicted survivors of trauma*. New York, NY: Guilford Publication.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 68-74.
- Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhem, K., & Austin, M-P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women : An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425.
- Glover, N. M., Janikowski, T. P., & Benschoff, J. J. (1996). Substance abuse and past incest contact. A national perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(3), 185-193.
- Grella, C. E., & Joshi, V. (2003). Treatment processes and outcomes among adolescents with a history of abuse who are in drug treatment. *Child Maltreatment*, 8(1), 7-18.
- Grella, C. E., Stein, J. A., & Greenwell, L. (2005). Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(1), 43-53.
- Guyon, L., & Desjardins, L. (2005). L'alcool, les drogues et les jeux de hasard chez les élèves du secondaire. In Institut de la statistique du Québec, Direction Santé Québec (Éd.), *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Harrison, P. A., Fulkerson, J. A., & Beebe, T. J. (1997). Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 21(6), 529-539.
- Harrison, P. A., Hoffmann, N. G., & Edwall, G. E. (1989). Differential drug use patterns among sexually abused adolescent girls in treatment for chemical dependency. *The International Journal of the Addictions*, 24(6), 499-514.
- Hawke, J. M., Jainchill, N., & De Leon, G. (2000). The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 9(3), 35-49.

- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S.-C., Fletcher, B. W., Brown, B. S., & Anglin, M. D. (2001). DATOS ADO: An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 689-695.
- Hurley, D. L. (1990). Incest and the development of alcoholism in adult female survivors. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(2), 41-56.
- Janikowski, T. P., & Glover, N. M. (1994). Incest and substance abuse: Implications for treatment professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(3), 177-183.
- Jarvis, T. J., Copeland, J., & Walton, L. (1998). Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction*, 93(6), 865-875.
- Jaycox, L. H., Ebener, P., Damesek, L., & Becker, K. (2004). Trauma exposure and retention in adolescent substance abuse treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(2), 113-121.
- Johnstone, L. D., O'Malley, R. M., & Bachman, J. G. (2003). *Monitoring the future national results on adolescent drug use: Overview of key findings 2002*. Bethesda, MD: National Institute on drug abuse (NIDA).
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence : Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19-30.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J., & Provost, G. (2002). Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et Addictologie*, 24(1), 7-13.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den Brink, W. (2004). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(3), 441-447.
- Langeland, W., & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: A review. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(3), 336-348.
- Lecompte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implication pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., & Woody, G. E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168(1), 26-33.

- Miller, B. A., & Downs, W. R. (1995). Violent victimization among women with alcohol problems. In M. Galanter (Ed), *Recent developments in alcoholism : Women and alcoholism* (vol. 12, pp. 81-101). New-York, NY: Plenum press.
- Miller, B. A., Downs, W. R., & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, supp. 11, 109-117.
- Miller, D., & Guidry, L. (2001). *Addictions and Trauma Recovery : Healing the body, mind and spirit*. New York, NY: Norton, W.W. & company, Inc.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology : Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Nadeau, L., Landry, M., & Cournoyer, L.-G. (2001). *Étude descriptive et évaluative d'un programme d'intervention sur la comorbidité toxicomanie troubles mentaux*. Montréal, Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives General Psychiatry*, 59(2), 139-145.
- Patton, G. C., & Vinner, R. (2007). Adolescent health 1. Pubertal transitions in health. *Lancet*, 369 (9567), 1130-1139.
- Pedersen, W., & Skronnal, A. (1996). Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 91(4), 565-581.
- Pirard, S., Sharon, E., Kang, S., Angarita, G., & Gastfriend, D. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 57-64.
- Rohsenow, D. J., Corbett, R., & Devine, D. (1988). Molested as children: A hidden contribution to substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5(1), 13-18.
- Roesler, T. A., & Dafler, C. E. (1993). Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: Alcohol and drug use in adult survivors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(6), 537-543.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Bucholz, K. K., McCutcheon, V.V., Nelson, E. C., Waldron, M., & Heath, A. C. (2007). Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development : Findings from a female twin sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 139-144.
- Singer, M. I., Song, L.-Y., & Ochberg, B. (1994). Sexual victimization and substance abuse in psychiatrically hospitalized adolescents. *Social Work Research*, 18(2), 97-103.
- Spooner, C. (1999). Causes and correlates of adolescent drug abuse and implications for treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18(4), 453-475.
- Stewart, M. (1994). Adolescents in a therapeutic community : Treatment implications for teen survivors of traumatic experiences. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 409-419.

Sussman, S., Skara, S., & Ames, S. L. (2008) Substance abuse among adolescents. *Substance Use and Misuse*, 43(12-13), 1802-1828.

Tourigny, M., Gagné, M.-H., & Chartrand, M.-E. (2006). Prévalence et co-occurrence des mauvais traitements envers les enfants dans la population québécoise. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 97(2), 109-113.

Vaddiparti, K., Bogetto, J., Callahan, C., Abdallah, A. B., Spitznagel, E. L., & Cottler, L. B. (2006). The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 451-459.

Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 7(2), 138-166.

Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: National survey findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 264-271.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhousen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process*, 46(3), 301-316.

DES PÈRES NON AGRESSEURS FACE AU DÉVOILEMENT D'UNE AGRESSION SEXUELLE PAR LEUR ENFANT : CHOC, RUPTURE ET SOUTIEN¹

Marie-Alexia Allard, Mireille Cyr et Mylène Fernet

Problématique

L'abondante littérature relative aux agressions sexuelles envers les enfants démontre que ce phénomène a fait l'objet, au cours des 30 dernières années, de nombreuses recherches scientifiques. En effet, être victime d'une agression sexuelle (AS) durant l'enfance est un facteur de risque souvent associé à des troubles psychologiques sévères à court et à long terme (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993 ; Putnam, 2003). Il convient alors pour les chercheurs et les praticiens de s'intéresser aux facteurs de protection qui pourraient diminuer les séquelles psychologiques des enfants victimes d'AS. Dans le cadre d'une recension des écrits scientifiques portant sur les réactions des parents à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant, Elliott et Carnes (2001) concluent que le soutien parental est généralement associé à une meilleure santé mentale chez les enfants victimes de violence sexuelle. Ils ajoutent qu'il est important de tenir compte du traumatisme secondaire que peuvent vivre les parents à la suite du dévoilement de l'AS vécue par leur enfant, puisque la détresse psychologique peut influencer la capacité à soutenir leur enfant.

Toutefois, les connaissances acquises dans ce domaine sont le plus souvent obtenues auprès des mères. Cette quasi-absence d'études portant spécifiquement sur les pères d'enfant victime d'AS s'appuie sur le postulat selon lequel les agressions sexuelles sont plus souvent commises par le père. Or, la plus récente étude d'incidence au Québec a révélé que seulement 16 % des cas d'agression sexuelle envers les enfants impliquent un inceste père-fille (Tourigny et al., 2002). En d'autres termes, dans 84 % des cas, le père pourrait jouer un rôle significatif dans l'adaptation psychologique, sociale et physique de son enfant à la suite de cette agression. Ainsi, il apparaît nécessaire et pertinent de s'intéresser davantage au vécu et au rôle du père dans un contexte d'AS.

1. Pour citer ce chapitre : Allard, M.-A., Cyr, M., & Fernet, M. (2011). Des pères non agresseurs face au dévoilement d'une agression sexuelle par leur enfant : Choc, rupture et soutien. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 138-164). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

Objectifs et contexte de l'étude

L'objectif général de ce chapitre consiste à décrire le vécu de pères non agresseurs ayant un enfant victime d'agression sexuelle sous l'angle de leurs réactions au dévoilement de l'AS et du soutien spécifique à l'AS offert par les pères.

Prévalence et incidence des agressions sexuelles

Les résultats d'une enquête portant sur la prévalence et les conséquences à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance révèlent qu'un adulte québécois sur six (16 %) indique avoir vécu de la violence sexuelle pendant son enfance, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans. Plus précisément, 22 % des femmes et 10 % des hommes rapportent avoir été victimes de sévices sexuels dans leur enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Dans le cadre d'une recension des écrits sur la prévalence de l'AS aux États-Unis, Putman (2003) fait état de taux comparables, puisque 12 à 35 % des femmes et 4 à 9 % des hommes rapportent avoir vécu une AS pendant l'enfance. Par ailleurs, chez les enfants québécois, le taux d'incidence des agressions sexuelles jugées fondées indique que sur 1000 enfants, 4,3 filles et 1,7 garçon sont victimes d'AS (Tourigny et al., 2002). L'ampleur du phénomène soutient la pertinence de s'intéresser aux conséquences des AS sur la santé mentale des enfants ainsi qu'aux facteurs susceptibles de favoriser leur bien-être.

Conséquences des AS sur les enfants

L'agression sexuelle durant l'enfance est un événement complexe et traumatisant pouvant entraîner des conséquences au plan psychologique chez les victimes à court, moyen et long terme. De nombreuses recherches se sont penchées sur les conséquences de l'AS sur les enfants. Plusieurs symptômes témoignant de problèmes intériorisés (par exemple : sentiments dépressifs, anxiété, plaintes somatiques, retrait social et syndrome de stress post-traumatique) et de problèmes extériorisés (par exemple : comportements agressifs et sexualisés, abus de substance) ont été observés chez les enfants victimes d'AS (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, et al., 1991, 1992; Briere & Elliott, 1994; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Kendall-Tackett, et al., 1993; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001; Putnam, 2003).

Ces troubles, aux manifestations multiples (Webster, 2001), sont graves par la souffrance qu'ils engendrent chez les enfants victimes d'AS. Toutefois, certains facteurs peuvent moduler la sévérité des symptômes tels que les caractéristiques de l'agression (par exemple : durée et sévérité des gestes sexuels vécus, relation entre la victime et l'agresseur, violence associée), l'état de santé psychologique de l'enfant avant l'agression, le fonctionnement familial des victimes et les stratégies d'adaptation (coping) utilisées pour faire face à la situation (Beitchman et al., 1991; Briere & Elliott, 1994; Elliott & Briere, 1992; Kendall-Tackett et al., 1993; Thériault, Cyr, & Wright, 2003;

Wright, Lussier, Sabourin, & Perron, 1999). Parmi ces facteurs, le soutien parental, et plus particulièrement celui offert par la mère, peut jouer un rôle crucial facilitant l'ajustement de la victime (Cyr et al., 2002).

Réactions parentales à la suite du dévoilement

Apprendre que son enfant a été victime d'AS est une expérience bouleversante et un facteur de stress important (Elliott & Carnes, 2001). Les parents réagissent de différentes manières à cette situation inattendue. La détresse psychologique, le trouble de stress post-traumatique et la dépression font partie des difficultés les plus souvent rapportées dans les études sur le sujet (Elliott & Carnes, 2001). Les parents d'enfants victimes d'AS rapportent significativement plus de symptômes de détresse psychologique que les parents qui n'ont pas un enfant victime d'AS (Kelley, 1990; Manion et al., 1996). Concernant les symptômes de stress post-traumatique, Dyb et ses collaborateurs (2003) mettent en évidence que 33,3 % des parents rapportent des niveaux élevés de symptômes intrusifs et 25,6 % des niveaux élevés de symptômes d'évitement quatre ans après le dévoilement de l'AS. Les réactions des parents à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant s'apparentent à un traumatisme secondaire (Banyard, Williams, & Siegel, 2004; Manion et al., 1996; Runyan et al., 1992).

Réactions maternelles. Plusieurs études ont confirmé qu'une proportion élevée des mères d'enfants victimes d'AS (entre 43,5 % et 65 %) signalent la présence de symptômes de détresse psychologique importants à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant (Cyr, McDuff, & Wright, 1999; Deblinger, Steer, & Lippmann, 1999; Hébert, Daigneault, Collin-Vézina, & Cyr, 2007; Kelley, 1990; Newberger, Gremy, Wateraux, & Newberger, 1993). De plus, Manion et al. (1996) démontrent que les mères des enfants victimes d'AS présentent un niveau de détresse psychologique plus élevé que les mères dont les enfants n'ont pas d'antécédents d'AS.

Réactions paternelles. Seulement deux études se sont intéressées spécifiquement à la santé mentale des pères d'enfants victimes d'AS (Kelley, 1990; Manion et al., 1996). Ces pères semblent vivre davantage de détresse psychologique que les pères dont les enfants n'ont pas d'antécédents d'AS (Manion et al., 1996). De plus, bien que Kelley (1990) ainsi que Manion et al., (1996) mettent en évidence le fait que les mères expérimentent davantage de symptômes de stress post-traumatique que les pères, seul Kelley (1990) souligne que les pères vivent davantage de détresse émotionnelle associée à des symptômes dépressifs que les mères.

Notons que les résultats de ces études sur la détresse psychologique des parents à la suite du dévoilement de l'AS de leur enfant doivent être interprétés avec prudence. En effet, les méthodologies utilisées ne permettent pas de déterminer si ces symptômes sont directement imputables au traumatisme vécu par leur enfant (Cyr, Zuk, & Payer, sous presse). D'autres facteurs, comme être sans emploi, vivre un deuil, être en instance de séparation ou de divorce ou encore avoir été victime de mauvais traitements

pendant l'enfance ou à l'âge adulte peuvent également avoir une influence sur la santé mentale des parents d'enfants victimes de violence sexuelle. Toutefois, il est important de garder en tête que les parents d'enfants victimes d'AS représentent une population fragile et vulnérable, et qu'une proportion importante d'entre eux peut souffrir, entre autres, de symptômes anxio-dépressifs et de stress post-traumatique. Il est donc important de tenir compte du traumatisme secondaire que peuvent vivre les parents après le dévoilement de l'AS vécue par leur enfant, et ce, d'autant plus que la détresse psychologique peut influencer la capacité à soutenir l'enfant (Elliott & Carnes, 2001).

Soutien parental et adaptation de l'enfant

Les parents peuvent être considérés comme un facteur de protection appartenant à l'environnement familial de l'enfant (Spaccarelli, 1994). Par leur soutien, les parents jouent un rôle primordial dans le fonctionnement psychologique de leur enfant, en augmentant leurs capacités à faire face au traumatisme et en les protégeant des effets négatifs sur la santé physique et mentale (Cutrona & Russell, 1990). Ainsi, les parents peuvent être des facteurs de protection qui contribuent à la diminution des séquelles psychologiques des enfants victimes d'AS.

Soutien maternel. Habituellement, c'est la mère qui reçoit en premier les confidences de l'enfant victime d'agression sexuelle (Hooper, 1992). Les réactions d'une mère face à un enfant qui dévoile une AS sont d'une importance capitale. Les premières études sur le soutien maternel et l'ajustement des victimes d'AS proposaient une définition unidimensionnelle opérationnalisée en une question afin de mesurer si les mères croient ou non leur enfant après le dévoilement (Sirles & Franke, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1997). À présent, les recherches dans ce domaine souhaitent évaluer différentes dimensions du soutien parental. Thériault et al. (1997) distinguent deux catégories de soutien dans le domaine des AS.

La première catégorie renvoie au soutien maternel en réponse au dévoilement de l'agression. Le soutien maternel spécifique à la situation d'AS tient compte des dimensions suivantes : croire les allégations de l'enfant, le protéger de l'agresseur, contacter des services professionnels pour lui venir en aide et lui apporter un soutien émotif (Cyr et al., 2002; Everson, et al., 1989; Heriot, 1996; Thériault et al., 1997). Thériault et al., (2003) ont mis en évidence que le soutien émotif de la part de la mère (par exemple, la disponibilité maternelle permettant l'expression du vécu de l'AS subie par l'enfant sans le blâmer) est une dimension importante lors du dévoilement de l'AS, puisqu'il permet une réduction des symptômes d'anxiété. Alaggia (2002), dans une étude qualitative réalisée auprès de 10 mères d'enfants ayant subi une AS, insiste également sur l'importance du soutien émotif en réponse au dévoilement, c'est-à-dire l'importance que la mère reconnaisse la sévérité de la situation d'agression et la détresse psychologique de l'enfant.

Thériault et al. (2003, p. 1293) concluent après l'examen de plusieurs recherches que la deuxième catégorie de soutien est généralement définie « par le niveau d'affection ou d'acceptation exprimé et l'aide apportée lorsque l'enfant vit une difficulté ». Ce soutien n'est pas spécifique à la situation d'agression, il réfère donc à un soutien maternel général (Thériault et al., 2003). Le soutien maternel général semble correspondre à deux des dimensions du modèle de Cutrona et Russell (1990), soit l'aide tangible et le soutien émotif. L'aide tangible (instrumentale et matérielle) consiste à rendre des services et à fournir une aide matérielle et concrète. Le soutien émotif peut être considéré comme l'expression d'affects positifs, de sentiments de réassurance et de réconfort lors d'événements de vie difficiles. Puisque l'AS est un événement à la fois indésirable et incontrôlable, le soutien émotif apparaît comme une dimension primordiale dans le soutien apporté par le parent à son enfant victime d'AS. Alaggia (2002) souligne qu'il existe un manque de clarté et de précisions dans la conceptualisation du soutien dans le domaine des AS. Par conséquent, certaines des mesures utilisées pour évaluer le soutien social ne sont pas toujours adaptées et ne reflètent peut-être pas toutes les dimensions de ce construit (Thériault et al., 1997).

De nombreux articles scientifiques démontrent les effets généralement positifs du soutien social sur la santé psychologique et physique d'un individu (Bruchon-Schweitzer, 2002). En effet, le soutien social, et en particulier le soutien social perçu, contribue à diminuer l'apparition de différents problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété ou encore les tentatives de suicide (Bruchon-Schweitzer, 2002). Dans le domaine des AS, l'effet protecteur du soutien social est scientifiquement reconnu. Dans le cadre de leur synthèse des écrits portant sur le soutien social et les conséquences d'une agression sexuelle, Billette, Guay et Marchand (2005) rapportent plusieurs résultats de recherches mettant en évidence l'importance des réactions de l'entourage sur l'ajustement des adultes victimes d'agression sexuelle. Plus précisément, Ullman (1999) indique que ce sont les réactions négatives comme blâmer la victime ou ne pas la croire qui ont le plus d'effets dévastateurs sur la santé psychologique des victimes. Une méta-analyse récente (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003) met en évidence que le soutien social perçu après un traumatisme comme une agression sexuelle est un facteur important dans l'apparition des symptômes de stress post-traumatique. Par ailleurs, le conjoint des adultes victimes d'AS apparaît comme une personne clé dans le rétablissement des victimes (Billette et al., 2005).

Concernant la violence sexuelle à l'endroit des enfants, de nombreux chercheurs s'entendent pour dire que le soutien maternel contribue à la santé mentale des enfants victimes d'AS et qu'il constitue un facteur essentiel dans leur adaptation à court et à long terme (Adams-Tucker, 1982; Elliott & Carnes, 2001; Esparza, 1993; Heriot, 1996; Johnson & Kenkel, 1991; Kendall-Tackett et al., 1993; Morrison & Clavenna-Valleroy, 1998; Pellegrin & Wagner, 1990; Thériault et al., 1997; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999; Ullman, 2003). Le soutien maternel est associé à des taux moins élevés de détresse psychologique (Goodman, et al., 1992), et plus particulièrement à moins

de symptômes dépressifs et anxieux, moins de troubles de comportements ainsi qu'à un niveau plus élevé de compétences sociales (Adams-Tucker, 1982; Feiring, Taska, & Lewis, 1998; Spaccarelli & Fuchs, 1997; Spaccarelli & Kim, 1995). Inversement, les enfants victimes de sévices sexuels qui reçoivent peu de soutien maternel présentent davantage de troubles intériorisés, et particulièrement des symptômes dépressifs et anxieux (Spaccarelli & Fuchs, 1997).

Soutien paternel. Dans leur recension des écrits sur le rôle du père, Cyr et Allard (sous presse) remarquent que le peu de connaissances à l'égard du rôle des pères comme facteur de protection ne se limite pas au domaine de l'agression sexuelle et des autres mauvais traitements envers les enfants, mais traduit un état plus général de la littérature scientifique où les pères sont encore peu représentés. Dans leur analyse de la documentation scientifique portant sur les contributions des influences parentales à la psychopathologie des enfants, Phares et Compas (1992) observaient que 26 % des résultats des études publiées entre 1984 et 1992 analysaient séparément les effets maternels et paternels, et seulement 1 % des résultats des études étaient basés uniquement sur le père. Cette situation a peu changé au cours des dernières années, puisqu'en 2006, Cassano, Adrian, Veits et Zeman rapportaient une proportion similaire d'études où les données des mères et des pères sont analysées séparément (28 %), et toujours seulement 1 % des études portant exclusivement sur les pères. Ces résultats suggèrent donc que les études portant spécifiquement sur les pères comme facteurs de protection continuent d'être peu nombreuses encore aujourd'hui.

Dans le domaine spécifique des agressions sexuelles, le rôle du père est encore moins documenté. À notre connaissance, quatre études seulement ont documenté spécifiquement le soutien du père et son impact pour l'enfant agressé sexuellement. Guelzow, Cornett et Dougherty (2002) ont réalisé une étude rétrospective auprès d'un échantillon de 188 étudiantes, âgées en moyenne de 21 ans. Vingt-trois pour cent des étudiantes ont mentionné avoir été victimes d'AS pendant leur enfance. Les résultats obtenus démontrent, entre autres, que l'utilisation de stratégies d'adaptation (coping) centrées sur l'émotion (par exemple, l'auto-accusation) agit en tant que médiateur de la relation entre le soutien paternel et l'estime de soi chez les étudiantes victimes d'AS dans l'enfance. En d'autres termes, le fait de percevoir peu de soutien paternel favorise l'utilisation de stratégies centrées sur l'émotion, lesquelles diminuent l'estime de soi. Schreiber et Lyddon (1998) observent que la perception des soins et de l'implication paternelle des survivantes d'AS était associée à moins de symptômes à l'âge adulte. Toutefois, ces deux études présentent des lacunes méthodologiques, dont un biais rétrospectif important qui limite l'interprétation et la généralisation des résultats. L'étude prospective de Waterman et Kelly (1993), menée auprès de 82 enfants agressés sexuellement, démontre que les enfants présentent davantage de symptômes anxieux lorsque le père offre peu de soutien à l'enfant. Dans leur étude prospective auprès de 79 enfants agressés sexuellement, Parent-Boursier et Hébert (sous presse) observent que la perception de la sécurité d'attachement à la figure paternelle, c'est-à-dire le

fait que l'enfant perçoive son père comme disponible et attentif à lui, contribue à la prédiction des comportements intériorisés. De plus, les mêmes auteurs mettent en évidence dans cette étude que le père contribue de façon positive à l'estime de soi des enfants victimes d'AS.

La majorité des recherches ont prioritairement porté sur les réactions des mères et le soutien maternel offert aux enfants victimes d'agression sexuelle. Par conséquent, les connaissances sur le vécu et le rôle du père non agresseur auprès de son enfant sont à peu près inexistantes. Malgré ce manque de connaissances, retenons que le soutien paternel contribue à l'amélioration de l'estime de soi des victimes d'AS dans l'enfance ainsi qu'à la diminution des symptômes d'anxiété, et que les pères, tout comme les mères, sont affectés psychologiquement par le dévoilement de l'AS de leur enfant. Ainsi, il apparaît nécessaire et pertinent de s'intéresser au père dans un contexte d'AS. La présente étude tentera d'apporter sa contribution à ce domaine peu exploré.

Méthodologie

Au regard des objectifs de la présente recherche et de l'état d'avancement des connaissances actuelles dans ce domaine, nous privilégions un devis de recherche qualitatif. La méthodologie qualitative permettra d'explorer le vécu des pères face à l'AS de leur enfant dans ses multiples facettes, ses dynamiques et sa complexité.

Participants

Les pères d'enfants victimes d'AS constituent la population cible de la présente étude. Une démarche d'échantillonnage de type théorique a été privilégiée. Cette stratégie d'échantillonnage permet de sélectionner un groupe d'individus en raison de leur pertinence théorique à l'égard de l'objet d'étude et non à des fins de représentativité de la population étudiée (Laperrière, 1997). Le choix d'un échantillonnage approprié à l'objet d'étude permet d'assurer la crédibilité des résultats (Drapeau, 2004). La présente recherche cible des pères biologiques non agresseurs âgés de plus de 18 ans, d'origines ethniques diverses et capables de s'exprimer en français. Les pères devaient avoir un enfant (garçon ou fille) victime d'AS extra ou intrafamilial âgé entre 4 et 12 ans et avoir vécu le dévoilement de l'AS. Dans le contexte de cette recherche, l'agression sexuelle commise envers les enfants peut prendre différentes formes, incluant des gestes allant de l'exhibitionnisme au viol. Elle est définie comme suit :

Un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent(e), portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'agresseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1998, p.150).

Des critères d'exclusion ont été appliqués : avoir commis une AS ou une autre forme de maltraitance envers un enfant (physique ou psychologique) et être atteint d'une psychopathologie grave (par exemple, un diagnostic de psychose).

Déroulement de la recherche

Les participants ont été recrutés au Centre d'Expertise Marie-Vincent (CEMV) de Montréal et au Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF) de Gatineau. Ces centres ont pour mission de fournir une aide spécialisée aux enfants victimes d'AS et à leurs familles. Le recrutement a comporté deux étapes : la présentation de la recherche par une intervenante ou une assistante de recherche des centres sollicités et la prise de contact par l'étudiante responsable du projet sur le terrain.

L'intervenante ou l'assistante de recherche étaient chargées de présenter une brève description de l'étude (objectifs, pertinence et confidentialité) au père, puis de lui demander son consentement pour transmettre ses coordonnées personnelles à l'étudiante responsable du projet. Les pères qui ont signé le formulaire ont ensuite été contactés par téléphone afin que la nature de la recherche leur soit expliquée précisément. L'étudiante a proposé aux participants de les rencontrer pour une entrevue individuelle d'une durée approximative de 1 heure 30 minutes. Ils ont été informés que l'entrevue allait être enregistrée sur support audio dans le but de pouvoir retranscrire intégralement et fidèlement leurs propos. Selon leurs disponibilités, les pères ont été rencontrés soit à l'Université de Montréal, soit au CIASF, soit à leur domicile. La participation à cette étude a été faite sur une base strictement volontaire et les pères ont signé un formulaire de consentement précisant les objectifs de ce projet de recherche, sa procédure, ses avantages et ses inconvénients. Il a clairement été indiqué au participant son droit de refuser de participer à l'étude sans aucune répercussion sur les services auxquels la famille a droit. Afin de favoriser la participation et d'indemniser les participants pour les dépenses encourues (frais de déplacement, gardiennage, etc.), une compensation financière de 30 dollars leur a été fournie à la suite de leur collaboration. Les données recueillies ne comportent aucune information nominale concernant le participant ou les personnes qu'il a nommées. Un prénom fictif a été attribué à chaque participant et inscrit sur le questionnaire sociodémographique et le verbatim afin de préserver son identité. Par conséquent, toutes les informations fournies par les participants ont été analysées de façon anonyme et confidentielle et ont été traitées globalement. Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Montréal.

Méthode de collecte des données

Afin de rendre compte de l'expérience des participants, les données ont été recueillies au cours d'entrevues individuelles semi-dirigées. Cette méthode de collecte est particulièrement recommandée lorsqu'il s'agit de s'intéresser à la signification que

les personnes donnent à leurs expériences et d'obtenir une compréhension approfondie d'un phénomène donné (Savoie-Zajc, 2003). Cette technique est donc un instrument d'accès privilégié à l'expérience des participants (Poupart, 1997). Dans le contexte de l'AS, plusieurs auteurs ont également privilégié cette méthode de cueillette de données pour étudier des thèmes comme les trajectoires relationnelles et sexuelles d'adultes victimes d'AS pendant l'enfance (Tardif, Fernet, Proulx-Boucher, & Parent, 2005), le contexte du dévoilement d'une AS (Alaggia, 2004, 2005; Alaggia & Kirshenbaum, 2005; Alaggia & Turton, 2005; Jensen et al., 2005) ou encore le soutien offert par la mère à la suite du dévoilement d'une AS (Alaggia, 2001, 2002; Alaggia & Turton, 2005). Un canevas d'entrevue a été développé à partir de la littérature sur le rôle du père et sur les agressions sexuelles afin de recueillir, auprès des pères, des données pertinentes sur l'objet d'étude. Les thèmes qui ont été abordés en entrevue sont les suivants : le vécu affectif et les réactions paternelles à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle ; les réponses et actions pour aider l'enfant à faire face au traumatisme ; la perception du rôle de père et de la relation à l'enfant. Un court questionnaire socio-démographique a été administré aux pères des enfants victimes d'AS afin de recueillir des informations descriptives (âge, origine ethnique, statut marital, nombre d'enfants, niveau de scolarité, emploi, revenu familial, âge de l'enfant, niveau de scolarité de l'enfant, type d'agression sexuelle vécue par l'enfant, lien avec l'agresseur, etc.).

Analyse des données

Les données recueillies lors des entrevues ont fait l'objet d'une analyse de contenu rigoureuse et systématique s'appuyant sur les étapes d'analyse proposées par Van der Maren (2004). La démarche consiste au codage du matériel, à l'examen et au traitement des données codées.

Le codage. Afin de comprendre la signification globale des entrevues, une lecture approfondie des transcriptions a été réalisée. Ensuite, la première étape, qui consiste en la codification des données, a permis de découper minutieusement l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial et à qualifier ces « unités de sens » par un mot ou une expression (Paillé, 1994). Nous avons privilégié l'utilisation du codage mixte, dans lequel la liste préalablement formée à partir du cadre théorique et des données recensées dans la littérature scientifique peut être modifiée par l'ajout ou la suppression de nouveaux codes émergeant du matériel (Van der Maren, 2004).

L'examen des données codées. Cette étape permet de porter les « unités de sens » à un niveau conceptuel plus large en dégagant les aspects les plus importants du phénomène étudié. Tout au long de cette étape, nous avons mis en relation les données recueillies dans les entrevues et les éléments théoriques émergents en rédigeant des mémos d'analyse. En effet, face à l'importance des réactions affectives, comportementales, cognitives ou encore physiologiques des pères et à leur impact sur la relation père-enfant, nous nous sommes centrés sur les pistes théoriques qui s'y rattachent.

À ce propos, la littérature sur le deuil s'est avérée particulièrement pertinente pour soutenir l'interprétation des données empiriques (Bacqué & Hanus, 2000; Detraux, Di Duca, & Van Cutsem, 2001; Héту, 1989; Zech, 2006). De plus, le modèle sur le soutien spécifique à l'agression sexuelle proposé par plusieurs chercheurs (Cyr et al., 2002; Everson et al., 1989; Heriot, 1996; Thériault et al., 1997) nous a permis d'identifier les différentes dimensions du soutien dans le discours des pères. Afin de coder le matériel recueilli, une approche par phrase ou par paragraphe a été privilégiée, permettant ainsi de mettre en évidence l'idée principale émergeant d'un extrait d'entrevue. Cette méthode permet qu'une unité de sens puisse être présente dans différentes catégories (Bardin, 2003) et considérée selon sa propriété à éclairer l'objet d'étude (Manseau, 1990).

Le traitement des données codées. Au cours de cette étape, les thèmes identifiés à l'étape précédente ont été regroupés de façon à pouvoir faire des liens entre eux sous différentes catégories conceptuelles. Les catégories conceptuelles ont été illustrées par les citations correspondantes, extraites du discours des pères.

La codification du matériel empirique a été supportée par le logiciel ATLAS-ti (v5). L'utilisation d'un logiciel adapté permet de traiter les données de manière souple et rapide, tout en maintenant une vision holistique et dynamique de celles-ci (Lessard-Hébert, Goyette, & Boutin 1996).

Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon préliminaire comprend 12 pères âgés de 28 à 50 ans (âge moyen de 36,6 ans, ÉT = 6,8) ayant un ou deux enfants victimes d'agression sexuelle. Neuf des participants sont d'origine québécoise et trois sont de diverses origines (haïtienne, mexicaine et nicaraguayenne). Concernant la composition de la famille des participants, quatre pères sont mariés ou conjoints de fait avec la mère de l'enfant victime. Huit pères sont séparés ou divorcés. Parmi ces pères, la moitié est à la tête d'une famille monoparentale et l'autre moitié vit dans une famille reconstituée. Cinq pères ont la garde principale de leur enfant. Pour deux pères, la garde principale a été attribuée à la mère de l'enfant, et pour un père, la garde de l'enfant est mixte. Au moment de l'étude, sept des participants sont sur le marché du travail, trois sont au chômage, un bénéficie de l'aide sociale et un père est au foyer. Trois pères mentionnent avoir été victimes d'agression sexuelle durant leur enfance ou à l'âge adulte.

Les treize enfants victimes sont âgés de 4 à 13 ans (âge moyen de 8,6 ans, ÉT= 2,9). Dix enfants sont des filles et trois sont des garçons. Les agresseurs étaient des membres de la famille immédiate (n=7), élargie (n= 4) ou encore des personnes connues de la famille (n=2). Dans la présente étude, la sévérité de l'agression est définie selon la codification de Russell (1983). L'AS moins sévère de niveau 1 est une expérience sexuelle qui implique un contact physique sur les vêtements ou une expérience sans contact physique comme l'incitation à une activité sexuelle ou de l'exhibitionnisme.

L'AS sévère de niveau 2 est une expérience sexuelle qui implique un contact physique sous les vêtements mais sans pénétration ou force, comme des caresses ou des frottements. Enfin, l'AS très sévère de niveau 3 implique un contact physique avec pénétration digitale, orale ou anale. Concernant le niveau de sévérité de l'agression sexuelle vécue par les enfants de cette étude, une AS a été considérée comme moins sévère, trois comme sévères et neuf comme très sévères.

Résultats

Le contenu des 12 entrevues, réalisées auprès de pères ayant un enfant victime d'AS, a été regroupé en trois catégories conceptuelles principales :

1. Vivre le dévoilement de l'AS de son enfant : une épreuve douloureuse et souffrante ;
2. Le dévoilement : une rupture dans la relation père-enfant ;
3. Au-delà de la rupture : croire, protéger, soutenir et aider son enfant à faire face à l'AS.

Les catégories conceptuelles apparues au cours de l'analyse seront illustrées par des citations significatives issues du discours des participants. Dans le but d'alléger le texte, seuls quelques extraits seront présentés. Par conséquent, le nombre de citations insérées dans le texte ne correspondra pas systématiquement au nombre de pères ayant exprimé un vécu, un ressenti ou encore un point de vue.

1. Vivre le dévoilement de l'AS de son enfant : une épreuve douloureuse et souffrante

Cette première catégorie regroupe les réactions affectives, cognitives et comportementales des pères autour du dévoilement de l'AS par leur enfant. Ainsi, elle met en lumière la variabilité des réactions paternelles, témoignant très souvent d'un vécu traumatique associé à un retentissement psychologique sur la vie relationnelle, professionnelle, conjugale ou encore familiale des pères ayant participé à cette étude.

Des pères affectés : choc, détresse, culpabilité et colère

Le choc : des pères bouleversés. Il apparaît dans le discours paternel que le dévoilement de l'AS est un moment de choc, source la plupart du temps d'une certaine sidération et confusion. En effet, apprendre que son enfant a été victime d'AS est un événement dramatique, vécu douloureusement par les pères. À la suite du dévoilement, tous les pères interrogés racontent l'intensité du choc ressenti. Pour certains pères, l'annonce du dévoilement s'apparente à l'annonce du décès de leur enfant. Xavier, père d'une fillette de 5 ans, évoque avec émotion son ressenti lors du dévoilement : « J'me suis senti très bouleversé dans le sens que pour moi, c'était la fin du monde. C'était la chose la plus grave qui aurait pu arriver à mon enfant. Au même titre que la mort ». Pour Octavio, père d'une petite fille de 7 ans, l'annonce du dévoilement

TABEAU 1
Caractéristiques des pères et de leurs enfants victimes d'AS

| Père (prénom fictif) | Âge | Origine ethnique | Composition de la famille | Répartition de la garde de l'enfant | Vicime d'AS | Enfant (prénom fictif) | Sexe | Âge | Lien avec agresseur | Niveau de sévérité de l'AS |
|----------------------|-----|------------------|---------------------------|---------------------------------------|-------------|------------------------|------|-----|--------------------------------|----------------------------|
| Richard | 32 | Québécois | Monoparentale | Garde principale | non | Pauline | F | 12 | Personne connue | 2 |
| Marc | 34 | Québécois | Intacte | - | non | Élodie | F | 4 | Membre de la famille immédiate | 3 |
| Xavier | 33 | Haïtien | Monoparentale | Garde principale | non | Léa | F | 5 | Membre de la famille immédiate | 3 |
| Jean-Paul | 32 | Québécois | Reconstituée | Garde principale | non | Cynthia | F | 8 | Membre de la famille élargie | 1 |
| Guillaume | 33 | Québécois | Monoparentale | Garde principale | non | Julie | F | 10 | Membre de la famille immédiate | 3 |
| Christian | 42 | Québécois | Intacte | - | non | Laura | F | 10 | Membre de la famille élargie | 3 |
| Bernard | 37 | Québécois | Intacte | - | non | Paul | M | 5 | Personne connue | 2 |
| Guy | 32 | Québécois | Reconstituée | Moitié/moitié | non | Alexandra | F | 11 | Membre de la famille élargie | 2 |
| Pedro | 38 | Mexicain | Reconstituée | 1 jour par semaine chez le père | oui | Cecilia | F | 9 | Membre de la famille immédiate | 3 |
| Octavio | 28 | Nicaraguayen | Monoparentale | Voit sa fille 1 ou 2 fois par semaine | oui | Bianca | F | 7 | Membre de la famille immédiate | 3 |
| Charles | 48 | Québécois | Intacte | - | non | Yves | M | 13 | Membre de la famille élargie | 3 |
| | | | | | non | Jérémie | M | 7 | Membre de la famille immédiate | 3 |
| Michel | 50 | Québécois | Reconstituée | Garde principale | oui | Béatrice | F | 11 | Membre de la famille immédiate | 3 |

implique également une soudaine proximité avec la mort : « Là, quand elle a raconté ça, je le sais pas, on aurait dit qu'on était en train de me dire qu'ils avaient trouvé un corps qui se faisait...qu'ils l'avaient trouvé démembré ».

Diverses manifestations psychologiques propres à un traumatisme sont rapportées par la majorité des pères rencontrés. Les répercussions psychologiques sont décrites en termes de choc émotionnel provoquant un état de sidération. En effet, plusieurs pères disent « être à terre », « être abasourdi », « être détruit » ou encore « s'être effondré » à la suite du dévoilement. Bien que la majorité des pères croit leur enfant, l'état de choc rend difficile l'intégration du dévoilement comme un événement réel. Marc, père d'une fillette de 4 ans victime d'AS par son grand-père paternel, raconte ce moment de confusion et d'hésitation à croire son enfant à la suite duquel il est entré dans un état de choc : « J'avais comme un doute aussi encore, j'tais mêlé entre le doute pis le choc [...], elle a dit "moi j'ai touché au pénis de grand-papa", fait que c'était clair là, fait que là j'étais comme abasourdi ».

Associés à ce choc émotionnel, des symptômes dissociatifs sont rapportés par certains pères, dont Xavier et Octavio : « J'me rappelais des paroles de Léa, le dévoilement... Moi j'étais pas à 100 %, ouais. J'étais chancelant, j'étais loin, moi non plus, rien n'allait plus pour moi là » ; « Juste pour te dire c'était comment dans des moments comme ça, quand tu vois du noir c'est vraiment du noir là [...] Il y avait plus de logique, il y avait plus rien [...] Non, vraiment moi j'étais déjà, mentalement, j'étais déjà comme 4-5 coins de rue plus loin. Physiquement. Ça suivait pas ».

La colère : des pères enragés. La majorité des pères évoquent la colère et la rage ressenties lors du dévoilement, comme Octavio : « J'étais comme un chien en cage ». Dans un premier temps, cette colère se manifeste par un besoin de se défouler, de manière physique, de la tension interne, comme en témoignent les discours de Michel et de Richard : « J'ai bûché dans le mur pis j'ai bûché d'aplomb » ; « J'avais le goût de tout casser là, de frapper quelqu'un ». Très rapidement, la colère se dirige contre l'agresseur, et des pensées agressives à son égard font surface. Jean-Paul évoque avec colère ses pensées violentes dirigées contre l'agresseur de sa fille âgée de 8 ans : « S'il avait été devant moi, je le frappais jusqu'à temps que je sois tanné de le frapper. Pis c'était ma première réaction pis je me disais, ben ça va valoir la peine s'il meurt que j'aille faire de la prison parce qu'y recommencera pas, tu sais ».

La moitié des pères ayant participé à l'étude expriment alors leur désir de vengeance envers l'agresseur, comme Octavio : « Je sacre mon camp, je m'en vais le tuer. Je m'en foutais complètement de c'est-tu la bonne chose à faire, la mauvaise chose à faire ». Toutefois, aucun n'est passé à l'acte. La prise de conscience des besoins de leur enfant semble les avoir aidés à se contrôler. Bien que Guillaume se soit rendu au domicile de l'agresseur, il semblerait que le fait de réaliser que sa jeune fille de 10 ans puisse avoir besoin de son soutien l'ait empêché de passer à l'acte : « Juste de rentrer chez eux pis d'y sacrer une bonne volée. C'était plus de se venger tout de suite mais le temps qu'on [passe] à chercher des moyens ou des façons de se venger, on perd

du temps avec l'enfant, tu sais». Le témoignage de Guy reflète également cette lutte entre désir de vengeance et prise de conscience des besoins de l'enfant : « Mais j'avais mon côté diable qui essayait d'empiéter sur mon ange. Mais mon ange l'a remporté là, mais tu sais j'ai eu beaucoup de contrôle [...] Ma fille va avoir besoin de moi probablement plus que jamais, après ou durant le processus ». Ajoutons que plusieurs pères ont trouvé des exutoires pour exprimer sainement leur colère, comme le sport.

Parfois, à la place du désir de vengeance, c'est un sentiment de déception ou encore de trahison qui apparaît lorsque l'agresseur est un membre de la famille immédiate, comme dans la situation de Marc, dont le propre père est l'agresseur de sa petite fille âgée de 4 ans : « Tu te sens vraiment moins que rien, c'était un échec, t'sais tu te fais trahir par ta propre famille ».

Après le choc et la colère : des pères face à leur détresse émotionnelle. Lors du dévoilement, les pères sont soumis à un stress de haut niveau et peuvent, à cette occasion, développer des difficultés psychopathologiques variées. En effet, après l'état de sidération consécutif au dévoilement, la moitié des pères racontent avoir ressenti diverses émotions qui s'apparentent à des symptômes anxio-dépressifs pouvant être accompagnés d'un sentiment de vide. Christian, père d'une jeune fille de 10 ans, évoque les sentiments dépressifs suivant le dévoilement : « Ça m'a vraiment mis à terre, j'ai eu beaucoup de culpabilité, énormément de colère, de tristesse, pas d'énergie, aucun plaisir à la vie ». Pour Michel, père d'une préadolescente de 11 ans, la sensation d'étouffement, signe manifeste d'une anxiété envahissante, l'oblige à sortir de son véhicule sur la route entre le poste de police et son domicile : « J'étais en train d'étouffer. C'est comme si quelqu'un me serrait le cou là. Je pouvais pu respirer ». Le sentiment de vide peut également venir s'ajouter aux symptômes anxieux et dépressifs, comme en témoigne le discours de Marc : « J'me sentais vide [...] j'ai atteint le vide, le vide de te sentir inutile dans la société, de te sentir brisé dans ta famille ». Octavio, jeune père de 28 ans, évoque quant à lui avoir eu de la difficulté à exprimer ses émotions durant cette période : « J'étais en train de pleurer comme un malade à l'intérieur là, mais ça ne sortait pas ».

De plus, en lien avec l'anxiété, les difficultés de sommeil (par exemple, insomnie) et les symptômes somatiques (pression dans la poitrine, nausées, etc.) sont fréquemment rapportés chez ces pères. Deux pères, Marc et Octavio, évoquent avoir eu des pensées suicidaires durant la période entourant le dévoilement de l'AS vécue par leurs petites filles, témoignant ainsi de leur profonde détresse et de leur désespoir. « J'vais me tirer une balle » ; « Ce temps-là tu y penses souvent à tout finir là [...] Ce n'est pas facile lutter contre l'envie de t'en sortir. Pis par le suicide... [C'est une solution que vous aviez envisagée pour mettre fin à la douleur que vous ressentiez?] Oui. Oh oui, oui ».

Un sentiment de culpabilité : « Et si j'avais été plus présent? ». Certains pères ont exprimé avoir ressenti un sentiment de culpabilité. Ils se sentent responsables de l'agression sexuelle vécue par leur enfant et se font de nombreux reproches, comme Guillaume, qui s'est rendu compte tardivement des AS répétées vécues par sa fille de

10 ans : «Je pense je me serais battu moi-même». Pedro, père d'une jeune fille de 9 ans, évoque également ce sentiment de culpabilité et d'échec de n'avoir pas pu protéger son enfant, qui vivait chez sa mère au moment de l'AS : «Mes émotions sont très fortes, comme si j'avais échoué, j'avais fait une erreur aussi parce que peut-être, peut-être que si Cecilia avait été avec moi, une chose comme ça ne serait jamais arrivée».

Des pères préoccupés et profondément blessés dans leur estime de soi

Images intrusives : des pères traumatisés. Chez les participants en proie à une grande détresse émotionnelle, des symptômes de stress post-traumatique sont également rapportés. Plusieurs pères décrivent avoir eu beaucoup de pensées et d'images intrusives au sujet de l'agression vécue par leur enfant. En effet, ils s'imaginent, malgré eux, les actes sexuels vécus par leur enfant. Ces pensées intrusives contribuent à accentuer leur détresse, comme en témoigne le discours de Xavier : «J'essayais toujours d'imaginer l'agression qui s'était passée [...] J'avais des images qui défilaient ou j'avais des pensées négatives tout le temps, tout le temps».

Diminution de l'estime de soi : des pères blessés. Pour certains pères, comme Marc, la blessure narcissique est tellement grande que le dévoilement est vécu comme un échec personnel : «C'était vraiment une déception totale. C'était vraiment plus ça qui vient te chercher pis qui vient te rabaisser au plus bas niveau là [...] Moi j'tais rendu un moins que rien là t'sais, c'était rendu ça [...] comme si j'avais échoué ma vie [...] c'est comme un échec carrément, t'sais tu le sens c'est en même temps personnel pis en même temps social».

Des pères à la recherche d'aveux et d'explications : confronter l'agresseur de leur enfant

À la suite du dévoilement, plusieurs pères vont confronter l'agresseur de leur enfant afin d'obtenir un aveu de ce dernier, de comprendre pourquoi une AS a été commise ou encore le menacer ou se venger. Le témoignage de Guillaume illustre cette envie irrépressible de se venger de l'agresseur : «Moi j'étais stationné devant chez-eux pour y faire mal là [...] Moi je voulais guérir [...] Je suis parti tout seul avec mes gants pis une couple d'appareils [...] j'ai pleuré devant sa porte. J'ai resté une demi-heure de temps pis je me battais contre moi-même». Christian a confronté l'agresseur quelques minutes après l'AS de sa fille. Il raconte avoir voulu obtenir des aveux et comprendre pourquoi l'agresseur avait commis de tels gestes envers sa fille âgée de 10 ans au moment de l'agression : «Là je lui ai parlé. Je lui ai demandé pourquoi [...] Là il m'a vraiment dit qu'il avait agressé ma fille. Je lui ai demandé pourquoi. Pis il a pas été capable de répondre. Il s'est juste excusé [...] J'étais pas capable de conduire. Non, je me sentais pas capable, j'étais trop en colère. Là j'ai comme éclaté dans le véhicule».

Des pères face aux multiples répercussions du dévoilement sur leur vie professionnelle, conjugale, familiale et sociale

La majorité des pères mentionnent avoir éprouvé des difficultés professionnelles, conjugales, familiales ou sociales à la suite du dévoilement de l'AS. Par exemple, Marc évoque son arrêt de travail après le dévoilement : « J'ai pu être capable de travailler pendant un mois et demi ». Jean-Paul met davantage l'accent sur les difficultés conjugales ressenties à la suite du dévoilement : « C'est sûr que ça amène certaines frictions [avec ma conjointe] ». Xavier raconte qu'il a restreint ses activités sociales après les aveux de sa petite fille : « En relâchant mes activités personnelles, en coupant, j'gardais mon cercle d'amis mais c'était pas mal limité même que ça soit pour les sorties, pour les activités là c'était tout coupé, tout mon temps je le consacrais qu'à Léa ». Parfois, le dévoilement de l'agression sexuelle arrive à un moment où les pères sont confrontés à diverses difficultés dans leur vie, comme une rupture amoureuse, le deuil d'un proche ou encore une perte d'emploi. L'accumulation de ces événements de vie difficiles plonge les pères dans une grande détresse et favorise un climat familial tendu, comme en témoigne le discours de Bernard : « Une accumulation de plusieurs situations, familiales puis professionnelles qui a faite que là ma bulle, ma balloune a pété là. Puis j'étais pu capable de fonctionner là [durant cinq semaines] ».

2. Le dévoilement : une rupture dans la relation père-enfant

Cette deuxième catégorie conceptuelle regroupe les propos illustrant comment le dévoilement de l'AS contribue à modifier la qualité de la relation père-enfant ainsi que la perception des enfants par les pères. Cette étude s'inspire du concept de « rupture biographique » (Bury, 1982). Le dévoilement de l'AS agirait comme un « élément rupture » dans la trajectoire de vie des pères. Cette notion permet de rendre compte à la fois du choc provoqué par le dévoilement ainsi que des bouleversements suscités dans la relation père-enfant.

La majorité des pères rencontrés signalent que le dévoilement de l'AS marque une rupture dans la relation père-enfant. Certains pères en parlent en termes de « détachement » ou encore de « coupure ». Cette modification dans la relation est en partie liée à la situation de malaise provoquée par l'AS. Le malaise est ressenti par les pères tant au niveau du contact physique avec l'enfant que des soins primaires à prodiguer. Jean-Paul évoque ce malaise lors des jeux avec sa fille : « Ça a changé la façon de jouer avec elle... mettons la chatouiller dans l'intérieur des cuisses. Là j'essaie le moins possible... je me sens un peu mal à l'aise ». Xavier ressent un malaise lors des soins à donner à sa petite fille, tout particulièrement le moment du bain et des toilettes : « Maintenant y'a un malaise qui s'est installé, ça change le contact avec l'enfant ».

En plus d'être confrontés à des changements relationnels avec leurs enfants, les pères doivent faire face au deuil de leur enfant, que l'AS a fait grandir « prématurément », et à la douleur que cela occasionne. Chacun des pères a exprimé à sa manière

ce changement dans la perception de leur enfant. Voici quelques extraits qui illustrent cette douloureuse perception des pères : « Y'a pu la brillance d'innocence que tu vois dans les yeux d'un enfant » (Jean-Paul) ; « Je ne la vois plus comme une petite fille. Elle a vieilli plus vite que prévu [...] Ça fait mal » (Christian) ; « Elle a grandi prématurément, son innocence a été volée » (Xavier).

Comme mentionné précédemment, le dévoilement de l'AS entraîne un malaise dans la relation père-enfant qui contribue à créer une coupure ou encore un détachement entre le père et son enfant. Toutefois, ce détachement semble être également lié à l'état émotionnel des pères à la suite du dévoilement de l'AS. En effet, l'état psychologique des pères joue un rôle important dans l'implication de ces derniers auprès de leur enfant. Les pères les plus affectés décrivent une période suivant le dévoilement durant laquelle ils semblent avoir été moins disponibles et peut-être moins sensibles aux besoins de leur enfant, comme en témoigne le discours de Marc : « Mon rôle de père, y'a été peut-être instable, peut-être que ma fille a pas senti ça nécessairement, mais j'me suis trouvé un peu différent parce que mes pensées étaient ailleurs ». Outre l'état émotionnel, c'est parfois l'attitude de l'enfant qui devient un frein à l'implication, comme dans le cas de Christian, dont la petite fille a rejeté l'aide qu'il souhaitait lui apporter : « Le bout qui m'a fait vraiment mal, c'est ma fille, c'est quand elle m'a mis dans le même paquet que tous les hommes [...] Parce que je suis supposé d'aider pis en réalité je me sentais mis à part. Je me sentais diminué, inutile dans mon rôle de père ». Ainsi, il semblerait que plusieurs facteurs tels que l'état psychologique des pères, le malaise suscité par l'AS et l'attitude de l'enfant puissent contribuer à créer un détachement dans la relation père-enfant.

3. Au-delà de la rupture : croire, protéger, soutenir et aider son enfant à faire face à l'AS

Cette deuxième catégorie conceptuelle regroupe les différentes formes de soutien, spécifiques à l'agression sexuelle et à ses conséquences, telles que rapportées par les pères ayant participé à cette étude. Ainsi, le discours des pères met en évidence le fait que malgré les difficultés psychologiques et relationnelles provoquées par le dévoilement de l'AS, la majorité des pères ayant participé à cette étude croient leur enfant à la suite du dévoilement, le protègent de l'agresseur, le soutiennent émotionnellement et recherchent des services professionnels adaptés à la situation d'abus afin de lui venir en aide.

Croire le dévoilement de l'enfant : entre doute et certitude.

Les pères, après une courte période de doute et de questionnements, croient les révélations concernant l'AS dont leur enfant a été victime. Tel qu'illustré précédemment, l'état de choc et de confusion provoqué par l'annonce brutale du dévoilement pourrait venir altérer la prise de conscience de la situation d'agression vécue par l'en-

fant, comme en témoignent les propos de Xavier : « Lorsque j'ai appris, j'avais pas voulu croire [...], ça a pris un bon moment et puis ça a pris plusieurs dévoilements [...] jusqu'à temps qu'à un moment donné, y'a eu un événement qui a fait en sorte que j'avais plus le choix d'y croire ». Pour Christian, c'est lorsque sa petite fille lui explique elle-même l'agression qu'elle vient tout juste de vivre qu'il réalise, sans hésitation, la situation : « Le premier effet c'est je pouvais pas le croire [...] puis elle l'a expliqué dans ses propres mots [...] Et c'était tellement vrai que je pouvais pas ne pas le croire ».

Protéger l'enfant de l'agresseur : assumer son rôle d'autorité et mettre des limites.

La plupart des pères perçoivent qu'ils sont capables de protéger leur enfant de l'agresseur, lui offrant ainsi un sentiment de sécurité, comme le mentionne Guillaume : « Je suis son poteau de sécurité [...] donc tout repose sur moi [...] J'suis son père, y est solide, la sécurité c'est moi ». Protéger son enfant, c'est veiller à ce que des mesures claires soient prises et respectées pour empêcher les contacts entre l'agresseur et l'enfant, comme le démontre l'attitude de Christian : « On s'attend d'eux-autres qu'y respectent juste une chose, c'est que [l'agresseur] soit pas là. [Vous avez mis des limites claires?] Oui. Et à travers toute la famille. ». Protéger son enfant, c'est également exprimer son désaccord vis-à-vis des actes commis. Ainsi, Marc exprime clairement son désaccord à l'égard des multiples agressions sexuelles perpétrées par son père sur sa petite fille de 4 ans : « J'suis le père, ça fait que j'me fermerai pas les yeux. T'sais mon devoir c'est de protéger ». Seul un père, Charles, indique ne pas avoir initié de démarches pour empêcher les contacts avec l'agresseur : « Est-ce que vos enfants le côtoient encore? Une fois de temps en temps ». L'agresseur est un membre de la famille élargie, et la crainte d'un conflit familial semble être la raison qui l'empêche de dévoiler la situation et ainsi protéger ses enfants.

Soutenir son enfant : écouter et rassurer, favoriser l'estime de soi et la confiance en soi.

La plupart des pères offrent du soutien émotif à leur enfant en lui montrant notamment qu'il n'est pas responsable de l'AS : « On essaie d'y faire comprendre que non, c'est pas de sa faute » (Guy). De plus, certains pères se disent présents pour rassurer leur enfant, l'écouter et respecter son rythme et ses besoins d'en parler ou pas, comme l'attestent les propos de Guy : « Si elle a besoin de parler, qu'elle vienne me voir, je veux pas m'avancer puis aller en parler avec elle. Je veux attendre qu'elle soit prête ». Certains pères se disent attentifs à ce que vit l'enfant et l'encouragent à exprimer son vécu relativement à l'AS. Ainsi, Xavier se montre disponible pour écouter et normaliser les émotions vécues par sa fillette : « Je lui demande comment elle se sent dans son petit cœur, comment elle va [...] Je dis : t'as le droit d'être en colère, t'as le droit d'être choquée ». Par ailleurs, le soutien de valorisation à travers les activités père-enfant semble être une manière pour Xavier de soutenir son enfant : « Pour passer au travers, d'en

parler, de se sentir écouté, d'avoir un traitement c'est bien, mais aussi d'essayer de se valoriser, j'ai fait faire des activités pour qu'elle puisse s'accomplir, ça l'aide beaucoup [...] elle est contente, elle est fière, ça lui fait aussi un autre sujet à parler». Le père peut également avoir un rôle primordial à jouer en réintroduisant l'enfant parfois devenu craintif dans le monde extérieur, comme le laissent entendre les propos de Jean-Paul : «l'aider à avancer, à évoluer, à ne pas se refermer sur elle-même [...] à se socialiser avec le monde».

Aider son enfant à faire face à l'AS : à la recherche de services professionnels.

Afin d'aider leur enfant à faire face à l'agression, tous les pères rencontrés dans le cadre de cette étude jouent un rôle actif dans la recherche d'information et de services professionnels, comme le montre le discours de Guillaume : «J'ai pris le maximum d'aide pour ma fille... Le plus de services possible». La plupart des pères s'impliquent dans les rencontres organisées par les différents centres venant en aide aux enfants victimes d'AS et à leurs parents.

Discussion

L'objectif de ce chapitre était de présenter les résultats préliminaires des données recueillies au cours d'entretiens semi-dirigés auprès de pères non agresseurs ayant un enfant victime d'AS. L'impossibilité d'obtenir une saturation empirique en raison du nombre restreint de participants constitue la principale limite de l'étude. Il est donc important de considérer les résultats de cette étude dans le contexte d'une étude exploratoire en cours de réalisation. Toutefois, ces résultats préliminaires permettent d'obtenir certains constats qui seront approfondis par l'inclusion de nouveaux participants.

À l'annonce soudaine du dévoilement de l'AS de leur enfant, les pères vivent en premier lieu un choc psychologique. Le choc est décrit par les pères en termes d'expérience proche de l'annonce du décès d'un enfant, d'état de sidération et de dissociation. Cette première phase de choc est généralement observée à l'annonce du décès d'un proche ou encore à l'annonce d'un diagnostic de maladie grave ou d'un handicap (Bacqué & Hanus, 2000; Detraux, Di Duca, & Van Cutsen, 2001). Bien que l'enfant victime d'AS ne soit pas décédé et que le terme de deuil ne soit pas directement nommé par les pères, les types de réactions qui vont suivre le choc psychologique ainsi que leur enchaînement dans la trajectoire de vie des pères nous amènent à penser qu'ils vivent un processus comparable à celui vécu par les endeuillés. En effet, comme le mentionnent Cyr, Zuk et Payer (sous presse), les parents d'enfants victimes d'AS vivent une «blessure affective profonde» pouvant parfois s'apparenter au processus de deuil que vivent les parents confrontés au décès tragique de leur enfant. Associé à cet état de choc, on retrouve généralement une période de déni de la réalité (Bacqué & Hanus, 2000). Les pères de notre étude ont effectivement eu tendance, pendant une courte

période de temps, à refuser de croire les propos de leur enfant tant l'événement leur semblait improbable. Selon Héту (1989, p.142), la négation « est une démarche saine dans la mesure où elle agit comme un filtre protecteur permettant un ajustement progressif à la réalité ». Elle permet ainsi de s'adapter à la nouvelle situation que les pères sont en train de vivre. La diminution progressive et rapide du déni amène les pères à reprendre contact avec la réalité. Ils sont alors envahis par un sentiment intense de colère et de rage, tout comme les personnes endeuillées (Zech, 2006). Toutefois, leur colère se dirige vers l'agresseur. Cette colère est associée à un désir de vengeance et à un besoin de confronter l'agresseur afin d'obtenir des aveux ou encore de comprendre pourquoi de tels actes ont été perpétrés sur leur enfant. Le désir de vengeance est probablement sous-tendu par un besoin d'atténuer la douleur et de restaurer l'image d'un père protecteur. En effet, les pères sont atteints à la fois en tant qu'hommes et en tant que pères, puisque l'AS est souvent vécue comme une blessure narcissique et un échec personnel. Progressivement, la plupart des pères sont confrontés à une profonde détresse émotionnelle caractérisée par des sentiments dépressifs réactionnels et de l'anxiété. Ils vivent beaucoup de culpabilité pour ne pas s'être rendu compte plus tôt des sévices subis par leur enfant. La majorité des pères ont vécu une ou plusieurs de ces difficultés durant quelques semaines ou plusieurs mois. Durant cette période, ils sont confrontés à la perte symbolique de l'enfant dit « naïf et innocent ». Effectivement, Bacqué et Hanus (2000, p.3) évoquent qu'« il y a aussi des deuils qui ne sont pas liés à la mort mais à la perte ».

Comme illustré précédemment, le vécu des pères qui apprennent soudainement l'AS dont leur enfant a été victime s'apparente à celui des personnes qui reçoivent le diagnostic d'une maladie grave, par exemple. Selon Pillot (1991), l'annonce de la maladie grave est vécue comme une crise qui bouleverse les repères, les rôles, les relations ou encore les rapports affectifs entre les membres de la famille. Par conséquent, une prise de distance devient nécessaire afin de permettre un rééquilibrage progressif à la nouvelle situation (Scharer, 2003). Lorsque les pères évoquent la présence d'un mouvement de détachement, voire de coupure, dans la relation père-enfant à la suite du dévoilement, nous pouvons faire l'hypothèse que ce mouvement est certainement lié au processus de deuil qui demande aux pères une réadaptation à la suite de cet événement qui s'inscrit soudainement dans leur vie. Compte tenu que la majorité des réactions vécues par les pères ayant participé à cette étude ainsi que leur enchaînement s'apparentent au vécu des personnes endeuillées, la piste théorique du deuil nous apparaît très pertinente et très utile à la compréhension des réactions et des comportements des pères. Elle devra faire l'objet d'une analyse plus approfondie et plus détaillée.

Malgré la souffrance ressentie et la perception d'une coupure dans la relation avec l'enfant, la majorité des pères ayant participé à cette étude rapportent avoir joué un rôle actif auprès de leur enfant victime d'AS. En effet, ils disent avoir cru les révélations de leur enfant et avoir démontré clairement leur désapprobation vis-à-vis des gestes

commis par l'agresseur. De plus, la majorité des pères mentionnent avoir empêché les contacts entre l'agresseur et l'enfant. Ils semblent s'être montrés disponibles pour l'écouter et le rassurer et avoir insisté sur le fait qu'il n'était pas à blâmer pour l'AS. Enfin, ils ont cherché activement de l'information et des services pour lui venir en aide. Ces quatre dimensions composant le soutien spécifique à l'AS (croire l'enfant, le protéger de l'agresseur, le soutenir émotionnellement et chercher des services professionnels) ont été mises en lumière auprès des mères d'enfants victimes d'AS (Cyr et al., 2002; Everson et al., 1989; Heriot, 1996; Thériault et al., 1997). Ainsi, les résultats préliminaires obtenus dans le cadre de cette étude indiquent que les pères rencontrés sont capables de se comporter avec sensibilité et d'émettre des comportements appropriés en réponse aux besoins de leurs enfants victimes d'AS. Ces résultats nous amènent également à penser que le père d'un enfant ayant subi une AS ne doit plus être considéré comme un « collaborateur oublié » (Lamb, 1975), mais davantage comme un co-acteur du rétablissement de l'enfant, au même titre que la mère. Par ailleurs, de nouvelles dimensions qui n'ont pas été considérées à ce jour dans les études scientifiques sur les AS se dégagent du discours des pères et permettent de saisir certaines spécificités du comportement paternel. Ces dimensions concernent deux nouvelles formes de soutien qui favorisent l'estime de soi et la confiance en soi, souvent fragiles chez les enfants victimes d'AS. La première dimension touche au soutien de valorisation à travers les activités père-enfant. Le père favorise l'estime de soi de l'enfant en l'encourageant à faire des activités et à prendre des risques, participant ainsi activement à son bien-être. Il n'est pas surprenant de voir les pères comme compagnons de jeu, puisque selon Frascarolo (1997), ils consacrent davantage de temps aux activités ludiques par rapport aux autres activités que les mères. La deuxième dimension renvoie à la réintroduction de l'enfant, devenu craintif et méfiant, dans le monde extérieur. En effet, il est important que les pères puissent stimuler l'enfant à explorer à nouveau son environnement. À ce sujet, les travaux menés par Paquette (2004) mettent en évidence le fait que les pères jouent un rôle important pour encourager l'enfant à explorer les situations du monde extérieur, favorisant ainsi sa confiance en lui et ses relations sociales. Le Camus (2000, p.43) définit le père comme une « rampe de lancement » favorisant le développement des compétences sociales. De plus, Paquette (2004) souligne que le jeu physique (par exemple, se chatouiller) est une caractéristique centrale du comportement paternel. En effet, les jeux physiques de qualité entre le père et l'enfant sont associés à de meilleures relations avec les pairs et à une meilleure régulation émotionnelle qui, en retour, influence positivement les habiletés sociales, l'estime et le contrôle de soi (Amato, 1994; MacDonald & Parke, 1984; Parke, 1994). Toutefois, dans le cadre de notre étude, rappelons que plusieurs pères évoquent le malaise suscité par le contact physique lors des jeux pères-enfants après le dévoilement de l'AS. Ainsi, il convient de se demander comment l'absence ou la réduction de ces contacts physiques pourrait modifier la relation père-enfant et, par conséquent, le rétablissement de l'enfant. Ces

pistes de réflexion nous incitent à approfondir l'analyse de ces dimensions, notamment en lien avec la théorie existante sur les spécificités du comportement paternel.

Conclusion

Cette étude exploratoire en cours de réalisation permet un enrichissement des connaissances sur l'expérience des pères d'enfants victimes d'AS. En effet, ces résultats préliminaires permettent de mieux comprendre l'impact de l'AS sur les pères ainsi que sur la relation avec leur enfant en termes de rupture, de réadaptation et de soutien à la suite du dévoilement d'une AS. Ces nouvelles connaissances devraient permettre d'améliorer les pratiques cliniques et les programmes d'intervention destinés aux parents d'enfants victimes d'AS. Concrètement, les résultats de cette étude pourraient fournir aux chercheurs et aux cliniciens des pistes pour évaluer de manière plus efficace les attitudes parentales lors du dévoilement de l'AS. De plus, ils pourront donner lieu à des interventions visant à encourager et à développer chez les parents des interactions favorisant le bien-être psychologique et le rétablissement de leur enfant.

Bibliographie

- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood : A report on 28 children. *American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1252-1256.
- Alaggia, R. (2001). Cultural and religious influences in maternal response to intrafamilial child sexual abuse : Charting new territory for research and treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(2), 41-60.
- Alaggia, R. (2002). Balancing acts : Reconceptualizing support in maternal response to intrafamilial child sexual abuse. *Clinical Social Work Journal*, 30(1), 41-56.
- Alaggia, R. (2004). Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1213-1227.
- Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse : A gender analysis. *Journal of Loss & Trauma*, 10(5), 453-470.
- Alaggia, R., & Kirshenbaum, S. (2005). Speaking the unspeakable : Exploring the impact of family dynamics on child sexual abuse disclosures. *Families in Society*, 86(2), 227-234.
- Alaggia, R., & Turton, J. V. (2005). Against the odds : The impact of woman abuse on maternal response to disclosure of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(4), 95-113.
- Amato, P. R. (1994). Father-child relations, mother-child relations and offspring psychological well-being in adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 1031-1042.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2000). *Le deuil*. Paris, France : PUF
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9 (3), 223-238.

- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris, France : PUF.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 537-556.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & et al. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2005). Le soutien social et les conséquences psychologiques d'une agression sexuelle : Synthèse des écrits. *Santé Mentale au Québec*, 30(2), 101-120.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54-69.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. Paris, France : Dunod.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Cassano, M., Adrian, M., Veits, G., & Zeman, J. (2006). The inclusion of fathers in the empirical investigation of child psychopathology: An update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 583-589.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Cyr, M., & Allard, M.-A. (sous presse). Le rôle du père non-agresseur auprès de l'enfant agressé sexuellement : Un acteur négligé. Presses de l'Université du Québec.
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants abusés sexuellement : Santé mentale, stress et adaptation. *Santé Mentale au Québec*, 2, 191-216.
- Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Thériault, C. (2002). Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente. *Revue de Psychoéducation et d'Orientation*, 31(2), 319-337.
- Cyr, M., Zuk, S., & Payer, M. (sous presse). Le profil des parents dont les enfants sont agressés sexuellement. Presses de l'Université du Québec.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 4(1), 13-20.
- Detraux, J.-J., Di Duca, M., & Van Cutsem, V. (2001, avril). De l'annonce de la déficience à l'accordage parents-professionnels autour de la situation de handicap. Essai de compréhension des facteurs favorisant la bientraitance des familles. Communication présentée au VIII^e Congrès International de l'AIFREF. Saint-Sauveur des Monts (Québec).
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10, 79-86.
- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N., & Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: Impact on parents. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 939-950.

- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child : A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women : Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16(3), 391-398.
- Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. *Issues in Mental Health Nursing*, 14(1), 85-107.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyon, D. K., Edelson, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197- 207.
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(2), 240-260.
- Fergusson, D. M., Horwood, L., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1365-1374.
- Frascarolo, F. (1997). Les incidences de l'engagement paternel quotidien sur les modalités d'interaction ludique père-enfant et mère-enfant. *Enfance*, 3, 381-387.
- Goodman, G. S., Taub, E. P., Jones, D. P., England, P., Port, L.K., Rudy, L., et al. (1992). Testifying in criminal court : Emotional effects on child sexual assault victims. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57(5), 1-142.
- Guelzow, J. W., Cornett, P. F., & Dougherty, T. M. (2002). Child sexual abuse victims' perception of paternal support as a significant predictor of coping style and global self-worth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(4), 53-72.
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 805-811.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*. 54(9), 631-636.
- Heriot, J. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 181-194.
- Héту, J.-L. (1989). *Psychologie du mourir et du deuil*. Montréal, Canada : Méridien
- Hooper, C.-A. (1992). *Mothers surviving child sexual abuse*. New York, NY: Tavistock/Routledge.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse : A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1395-1413.
- Johnson, B. K., & Kenkel, M. B. (1991). Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse & Neglect*, 15(3), 293-305.

- Kelley, S. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. *Nursing Research*, 39(1), 25–29.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Lamb, M. E. (1975). Fathers : Forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18(4), 245-266.
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : Démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Montréal, Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris, France : Odile Jacob.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative : Fondements et pratiques*. Montréal, Canada : Éditions Nouvelles.
- MacDonald, K., & Parke, R. D. (1984). Bridging the gap : Parent-child play interaction and peer interactive competence. *Child Development*, 55(4), 1265-1277.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse : Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1095-1109.
- Manseau, H. (1990). La méthodologie qualitative. In *L'abus sexuel et l'institutionnalisation de la protection de la jeunesse*. Sillery, Canada : Presse de l'Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Morrison, N. C., & Clavenna-Valleroy, J. (1998). Perceptions of maternal support as related to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(1), 23-40.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children : Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 92-102.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 23, 147-181.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17-36.
- Paquette, D. (2004). La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*, 2, 205-225.

- Parent-Boursier, D., & Hébert, M. (sous presse). La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants après le dévoilement d'une agression sexuelle. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*.
- Parke, R. D. (1994). Progress, paradigms, and unresolved problems: A commentary of recent advances in our understanding of children's emotions. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 157-169.
- Pellegrin, A., & Wagner, W. G. (1990). Child sexual abuse : Factors affecting victims' removal from home. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 53-60.
- Phares, V., & Compas, B. E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology : Make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 111(3), 387-412.
- Pillot, J. (1991). Soutien des familles dans l'accompagnement. *JALMALV*, 27, 13-26.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, J-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Montréal, Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N. & Whitcomb, D. (1992). Maternal support for child victims of sexual abuse : Determinants and implications (90-CA-1368), National Center on Child Abuse and Neglect.
- Russell, D. E. H. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 133-146.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. In B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 293-316). Sainte-Foy, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Schaerer, R. (2003, juin). Le malade et sa famille face à la maladie grave. 9e congrès de la SFAP. Nice, France.
- Schrieber, R., & Lyddon, W. J. (1998). Parental bonding and current psychological functioning among childhood sexual abuse survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 358-362.
- Sirles, E. A., & Franke, P. J. (1989). Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 13(1), 131-139.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362.
- Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls : Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(1), 24-35.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Tardif, M., Fernet, M., Proulx-Boucher, K., & Parent, G. (2007). Des hommes ayant été victimes d'agressions sexuelles pendant l'enfance : La qualification affective du lien agresseur-victime.

In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières*, Cifas 2005. Textes choisis (pp. 133-150). Montréal, Canada : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1997). Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel : Conceptualisation, effets et facteurs associés. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(3), 147-167.

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1291-1309.

Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Trocmé, N., Hélie, S., et al. (2002). Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ). Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929-945.

Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 343-358.

Ullman, S. E. (2003). Social reactions to child sexual abuse disclosures: A critical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(1), 89-121.

Van der Maren, J.-M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Waterman, J., & Kelly, R. J. (1993). Mediators of effects on children: What enhances optimal functioning and promotes healing? In J. Waterman, R. Kelly, M. Oliveri, & J. McCord (Eds.), *Behind the playground walls, sexual abuse in preschools* (pp. 222-239). New York, NY: Guilford Press.

Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in the Schools*, 38(6), 533-547.

Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S., & Perron, A. (1999). L'abus sexuel à l'endroit des enfants. In D. E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot, & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, approche intégrative* (pp. 615-639). Montréal, Canada : Gaëtan Morin éditeur.

Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil : Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Sprimont, Belgique : Mardaga.

IMPLICATIONS DU PARDON DANS LES SITUATIONS D'AGRESSIONS SEXUELLES¹

Stéphanie Chiaramello, Mireille Cyr, Martine Hébert et Sophie Boucher

Depuis de nombreuses années, la psychologie des victimes dans le domaine des agressions sexuelles (AS) s'est intéressée aux mères d'enfants ayant été agressés sexuellement du fait du rôle joué par leur soutien dans le rétablissement de leurs enfants (Elliott & Carnes, 2001 ; Everson, Hunter, Runyan, Edelsohn, & Coulter, 1989 ; Heriot, 1996 ; Hooper, 1992 ; Sas, Hurley, Hatch, Malla, & Dick, 1993). Pour offrir ce soutien, ces mères doivent être disponibles pour leurs enfants suite au dévoilement. Toutefois, ces mères sont souvent des victimes secondaires, puisque le dévoilement de l'AS de leur enfant provoque une situation de crise et de bouleversements. Cet état de crise prend la forme d'un ensemble de symptômes présentés par les mères d'enfants agressés sexuellement (Cyr, McDuff, & Wright, 1999 ; Deblinger, Hathaway, Lippman, & Steer, 1993). Ce constat indique que ces mères pourraient bénéficier d'interventions visant à réduire l'impact psychologique du dévoilement de l'AS de leur enfant. Celles-ci seront alors susceptibles d'offrir un meilleur soutien maternel aux enfants. Parmi les solutions recherchées pour diversifier et améliorer la prise en charge spécifique de ces mères, le pardon fait partie des voies à explorer, puisque les mères sont des victimes indirectes de cette AS.

Ce document a pour objectif de présenter l'intérêt du pardon dans la compréhension des AS et du soutien maternel mais aussi les principales limites de ce processus dans ces situations traumatiques dont l'écueil principal est l'empressement à pardonner.

Avant d'aborder cette section, il sera tout d'abord nécessaire de définir précisément ce qu'est le processus de pardon.

Introduction au pardon

Selon Subkoviak et al. (1995), le pardon se caractérise par l'abandon du ressentiment et de la colère à l'égard de l'offenseur mais aussi par le fait pour la personne offensée de se souvenir qu'elle a elle-même pu bénéficier un jour, dans d'autres cir-

1. Pour citer ce chapitre : Chiaramello, S., Cyr, M., Hébert, M., & Boucher, S. (2011). Implications du pardon dans les situations d'agression sexuelle. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 165-179). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. Étant donné le peu de littérature sur le sujet du pardon, nous avons souhaité publier ce manuscrit afin d'avoir accès à un état des connaissances sur cette question qui est étudiée depuis peu par les chercheurs.

constances, du pardon. Le pardon peut suivre une blessure profonde, personnelle, durable, laquelle peut être de nature morale et psychologique, émotionnelle ou physique (Kolnai, 1973-1974; Murphy, 1982; Murphy & Hampton, 1988; Smedes, 1984). Longtemps stigmatisé, voire caricaturé, par son imprégnation théologique originelle (McCullough & Worthington, 1999), le concept de pardon est aujourd'hui considéré non seulement comme un concept théologique et philosophique, mais également comme un concept psychologique, neuropsychologique, interpersonnel et géopolitique (Leach & Lark, 2004). Ainsi, au cours de la dernière décennie, les chercheurs ont accordé un intérêt grandissant à ce concept, notamment pour ses effets positifs en matière de santé psychique.

Effets positifs du pardon

Le processus de pardon engendre des retombées positives sur la santé de l'offensé (Enright, Mullet, & Fitzgibbons, 2001). Il pourrait alors conduire à un espoir d'apaisement des douleurs et de la souffrance personnelle, un désir de libération du passé, une quête de paix intérieure. Il semble important de retenir que le pardon puisse engendrer une possible reconstruction de soi en favorisant la disparition des émotions négatives qui suivent l'offense (Kaplan, 1992; Roberts, 1995). Le phénomène de pardon aurait pour conséquences positives des changements opérant dans les domaines affectif, cognitif et comportemental (Enright & Fitzgibbons, 2000; Enright, Gassin, & Wu, 1992; Enright et al., 2001). En effet, la présence d'émotions négatives qui peuvent suivre une offense subie sont abandonnées (Richards, 1988) au profit d'émotions plus neutres, voire positives, comme l'empathie et la compassion (Cunningham, 1985; North, 1987). Par ailleurs, les jugements dépréciant l'offenseur ou les projets aspirant à le condamner sont déçus (Enright et al., 1992), laissant place à des pensées plus positives. En ce sens, le pardon pourrait se concevoir comme un processus interne qui transforme la personne (Enright et al., 2001) et par lequel la personne cesse de stagner dans son état de victime. Si le pardon présente des bienfaits au niveau intra-individuel, il comporte également un intérêt pour les relations inter-individuelles et contribue ainsi à l'équilibre social.

Le pardon, acteur de l'équilibre social

Le pardon pourrait par ailleurs se concevoir comme un processus essentiel à l'équilibre social, sans lequel la consolidation de l'harmonie au sein des groupes serait en péril (Lefranc, 2002). Cette réalité prosociale que revêt le pardon s'impose comme une nécessité vitale à la cohésion sociale universelle, un acte pacificateur des relations qui serait recherché par celui qui ne veut plus souffrir pour dépasser le traumatisme suivant l'offense. Le pardon s'inscrit alors dans des processus contribuant à la régulation fonctionnelle de toute société. Si le processus de pardon agit au niveau intra-individuel et inter-individuel, il peut contribuer à la pacification des relations au sein d'une

sphère spécifique, souvent chargée émotionnellement. En effet, la famille nécessite fréquemment l'intervention du pardon. Elle est également un haut lieu d'apprentissages et de transmission intergénérationnelle qui détermine la capacité de la personne à pardonner, réglant ses relations inter-individuelles.

Le pardon intrafamilial

Lorsque la question des relations mères-enfants est abordée, il est possible de s'interroger sur la dimension intergénérationnelle en matière de pratique de pardon. En effet, la recherche menée par Paleari, Regalia et Fincham (2003) s'est intéressée précisément à la disposition au pardon intrafamilial à travers les générations, auprès d'adolescents et de leurs parents. Un climat relationnel positif et des relations affectives de qualité entre les parents et leurs adolescents sont liés positivement avec des réactions affectives négatives de la part des adolescents face aux transgressions parentales. Cela signifie que plus leurs relations sont de bonne qualité, plus les adolescents sanctionnent leurs parents lorsque ces derniers ont des comportements négatifs ou transgressifs. Ainsi, les adolescents évitent moins les conflits avec leurs parents et ils sont moins disposés à les pardonner. Les chercheurs comprennent alors que ces adolescents sont libres d'exprimer leur désaccord, leur mécontentement et leur colère, n'hésitant pas à s'exprimer concernant les comportements négatifs de leurs parents. Ces réactions négatives de la part des adolescents reflèteraient leur investissement et leur engagement dans la relation avec leurs parents. Par ailleurs, l'étude de Mullet, Rivière et Munoz Sastre (2006) a étudié la pratique du pardon à l'intérieur des familles. Ces auteurs ont observé que la tendance au ressentiment des enfants était liée négativement à la disposition à pardonner de leurs mères. Autrement dit, moins la mère présente une forte capacité de pardon et plus son enfant a la possibilité d'éprouver du ressentiment en cas d'offenses. Les auteurs ont également pu montrer qu'il existe un lien positif entre la volonté de vengeance des jeunes adultes et la volonté de vengeance de leurs pères. Ainsi, plus la capacité générale à se venger des pères est grande, plus leurs enfants devenus jeunes adultes auront une forte capacité générale à se venger. Les auteurs en déduisent qu'une attention particulière devrait être accordée à l'environnement familial concernant les apprentissages en matière de tendance au ressentiment et à la vengeance. Les pratiques parentales et le rôle que joue la mère auprès de son enfant peuvent également être observés dans les situations graves et sévères d'offenses, comme les AS. Il importe alors de se représenter les mécanismes en jeu au sein des familles dans de telles situations ainsi que l'impact positif du soutien maternel sur l'amélioration de la récupération physique et psychique de son enfant.

Le rôle du soutien maternel dans la réparation de l'enfant AS

Tout d'abord, certains chercheurs (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Kruczek & Vitanza, 1999) ont pu mettre en évidence le rôle de facteurs pouvant influen-

cer la récupération psychique et morale des personnes agressées sexuellement. Certaines de ces variables (attributions de blâme et culpabilité, qualité du soutien maternel pour les enfants) pourraient être conçues comme amenuisant ou aggravant les symptômes de la victime. Les chercheurs se sont donc interrogés sur les déterminants pouvant réduire les séquelles de l'enfant, tels que le soutien maternel offert à l'enfant victime, de façon à améliorer son adaptation ultérieure.

Le soutien maternel est un processus complexe et, selon les auteurs, sa définition peut inclure différents aspects. Le soutien maternel peut se définir uniquement par l'aspect affectif et aidant, exprimé par la mère, ainsi qu'une fréquence élevée d'échanges positifs (Esparza, 1993; Lovett, 1995; Spaccarelli & Kim, 1995; Thériault, Cyr, & Wright, 1997). Un soutien maternel plus spécifique à la situation d'AS peut se définir par quatre dimensions : croire les allégations de l'enfant, lui démontrer qu'il n'est pas responsable de l'AS, entreprendre des actions pour le protéger de l'agresseur (par exemple, ne pas le laisser avec l'agresseur sans surveillance) et faire appel à des services pour venir en aide à l'enfant, comme la psychothérapie (Everson et al., 1989; Leifer, Shapiro, & Kassem, 1993; Morrow & Sorell, 1989; Thériault et al., 1997). Alors que certaines études montrent que la qualité et la nature du soutien maternel sont dépendantes des caractéristiques de l'agression sexuelle subie par l'enfant (Cyr, Wright, McDuff, & Perron, 2002; Heriot, 1996; Runyan et al., 1992), d'autres recherches comme celle de Bolen et Lamb (2004) n'établissent pas de liens entre les deux.

À la suite du dévoilement de l'AS, le parent non agresseur représente souvent la première source potentielle de soutien aidant et protecteur pour l'enfant. La façon de réagir du parent devant ces révélations pourrait donc avoir un impact important sur le bien-être de la jeune victime. Une recension des écrits menée par Elliott et Carnes (2001) indique à ce propos que les réactions de la mère au moment du dévoilement de l'AS sont fondamentales pour l'enfant. Souvent, elles sont les premières à recevoir les confidences des enfants et à pouvoir les protéger, les assister dans les étapes judiciaires et de soins psychiques ou physiques (Thériault, Cyr, & Wright, 2003).

Cependant, le dévoilement de l'AS de leur enfant constitue pour les mères un événement de vie stressant susceptible de provoquer une situation de crise. Par ailleurs, il existe de nombreux facteurs affectant le soutien maternel, certains de ces facteurs pouvant rendre la mère moins disponible pour son enfant victime. Parmi ceux-ci, le niveau de détresse psychologique de la mère suite au dévoilement constitue un facteur d'influence du soutien maternel offert. Ainsi, les mères peuvent présenter divers symptômes psychologiques, tels qu'un état de stress post-traumatique (Davies, 1995; Hubbard, 1989; Kelley, 1990), ainsi que d'autres symptômes majeurs découlant de la victimisation secondaire. Certains chercheurs et cliniciens (Manion, McIntyre, Firestone, Ligezinska, Ensom, & Well, 1996; Runyan et al., 1992) ont en effet étiqueté ces possibles réactions maternelles comme une victimisation secondaire, puisque la mère n'est pas une cible directe de l'AS mais en est tout de même profondément bouleversée à cause du lien qui l'unit à la victime. De plus, prendre connaissance de l'AS de

leur enfant peut entraîner chez certaines une détresse émotionnelle profonde (Elliott & Carnes, 2001). Le déni ou encore la non-croyance des faits commis envers leur enfant sont des réactions semblables à celles de parents qui ont vécu la perte de leur enfant. De nombreuses recherches concernant ces mères (Cyr et al., 1999; Deblinger, Lippmann, Stauffer, & Finkel, 1994; Friedrich, 1991; Newberger, Gremy, Wateriaux, & Newberger, 1993; Runyan et al., 1992) et les parents d'enfants agressés sexuellement (Davies, 1995; Kelley, 1990; Manion et al., 1996) indiquent que ceux-ci obtiennent des scores plus élevés de détresse psychologique que des mères ou des parents de groupe témoin. Bien que les chercheurs aient montré que le niveau de détresse psychologique générale diminue significativement quelques mois après le dévoilement (Kelley, 1990; Newberger et al., 1993), 55 % des mères et 52 % des parents d'enfants agressés sexuellement présentent des symptômes psychologiques persistants. Ainsi, l'état de santé psychique des parents influencerait donc la capacité de gestion émotionnelle de leurs enfants victimes, affectant par conséquent la capacité de ces derniers de faire face aux événements (Lewin & Bergin, 2001). Enfin, des symptômes tels que la dépression parentale peuvent réduire l'énergie physique et psychique des parents, essentielle à un cadre de surveillance, de protection, de communication et de réponses émotionnelles de qualité et adaptées à leur enfant. Par ailleurs, la présence de niveaux d'anxiété élevés chez les parents détériore leurs habiletés communicatives en raison de leurs émotions négatives (Briere & Elliott, 1994; Herman, 1992).

En lien avec cela, les psychologues évoquent fréquemment l'importance de l'histoire d'AS dans la vie de la mère au cours de son enfance, venant mettre en évidence la transmission de la violence sexuelle ainsi qu'une résonance émotionnelle au niveau de son vécu (Jacobs, 1994; Collin-Vézina & Cyr, 2007). Des études ont ainsi montré qu'environ la moitié des mères d'enfants agressés sexuellement ont elles-mêmes été victimes d'AS durant leur enfance (Cyr et al., 1999; Deblinger et al., 1994; Faller, 1988; Hébert, Daigneault, Collin-Vézina, & Cyr, 2003; Leifer et al., 1993; Runyan et al., 1992). Par conséquent, les mères ayant une telle histoire traumatique peuvent présenter des difficultés à gérer de façon satisfaisante les émotions négatives de leurs enfants, indépendamment de leur volonté de bien le faire. Cependant, il n'existe pas de consensus autour de ces résultats. Des études (Draucker, 2001; Woodward & Joseph, 2003) mentionnent des résultats contredisant les difficultés maternelles relatives à leur vécu d'AS. En effet, leur histoire d'AS leur permettrait au contraire de mettre en place des stratégies positives autoprotectrices de façon à éviter les situations difficiles pouvant actualiser les symptômes liés à l'état de victime. De la même façon, des résultats contradictoires ont été constatés concernant les antécédents d'AS des mères liés à leur soutien maternel (Cyr et al., 2002; Deblinger et al., 1993; Elliott & Carnes, 2001; Runyan et al., 1992). Par exemple, Runyan et al. (1992) ont observé que ces mêmes mères pouvaient proposer un soutien maternel plus riche à leurs enfants victimes du fait précisément de leur vécu douloureux.

Ces résultats nous amènent à nous interroger sur la diminution des troubles que présentent certaines mères de façon à améliorer leur capacité à soutenir et à protéger leurs enfants à la suite d'une AS. La question de la réparation psychique de ces mères est alors apparue essentielle dans le but d'une reconstruction psychique d'elles-mêmes et, par extension, de leur permettre d'offrir un soutien maternel approprié et de meilleure qualité. Compte tenu des retombées positives du pardon en matière d'affaiblissement des symptômes, celui-ci peut représenter une tentative de solution à la souffrance de ces mères et de leurs enfants victimes. Ainsi, la victimisation secondaire engendrant des symptômes dont la sévérité peut varier en fonction de l'histoire d'AS fait du pardon un construit intéressant pour alléger les souffrances des mères et les rendre davantage disponibles pour leurs enfants. Le pardon se révèle également être un concept pertinent compte tenu du rôle de la pratique maternelle dans les apprentissages de l'enfant en matière de pardon, de vengeance et de ressentiment.

Avant d'aborder la réparation interne par le pardon, l'écueil majeur que représente le pardon hâtif dans les situations spécifiques d'AS sera présenté. Le processus de pardon peut ainsi présenter des limites, voire parfois des effets pervers. Il n'est donc plus possible de parler de pardon authentique et véritable, mais davantage de simulacre de pardon.

Le pardon hâtif dans le cas de traumatismes graves : l'exemple des AS

De manière à mieux comprendre les mécanismes psychiques qui sous-tendent le pardon et le simulacre de pardon, l'exemple des traumatismes graves tels que les AS permettra de mieux saisir les enjeux concrets dans ces situations. L'intérêt s'est donc porté sur les enjeux d'une démarche réparatrice chez les mères dont l'enfant a été victime d'AS, ainsi que chez leurs enfants victimes. La question du pardon se pose ainsi fréquemment lorsque le vécu traumatique des AS est abordé (Seron, Denis, Vaillant, & Bacqué, 2007). Précisément, ces situations de traumatismes exigent de faire une distinction entre un pardon véritable et un empressement à pardonner à l'agresseur.

Le pardon hâtif des mères

L'empressement à pardonner à l'agresseur de leur enfant représenterait pour certaines mères le témoignage d'une pensée fortement troublée et aux prises avec les désordres et l'ambivalence émotionnels et cognitifs. En effet, la présence de sentiments de culpabilité et de responsabilité pourrait favoriser un pardon hâtif accordé à l'agresseur et ainsi représenter un simulacre de pardon (Seron et al., 2007). Un pardon accordé hâtivement pourrait être qualifié de simulacre de pardon, s'opposant par définition à un pardon véritable.

Certaines mères d'enfants ayant été agressés sexuellement se trouveraient aux prises avec la responsabilité de la séparation conjugale dans les cas où le conjoint serait l'agresseur. Ces mères pourraient éprouver une pression émotionnelle et affective à

cause d'une séparation devenue nécessaire. La séparation conjugale viendrait alors témoigner d'une reconnaissance des agressions perpétrées sur son enfant, permettant en même temps la protection de ce dernier et du reste de la fratrie. Cette décision de rupture sentimentale pourrait être indépendante des sentiments de la mère pour son conjoint. La mère pourrait donc être confrontée à un sentiment d'ambivalence. À cela s'ajouteraient des situations où les enfants pourraient réclamer la présence de leur père. D'autres facteurs favoriseraient chez la mère un empressement à pardonner son conjoint agresseur, comme la dépendance affective ou le manque d'autonomie matérielle et financière (Seron et al., 2007). Pour l'ensemble de ces raisons et pour retrouver un équilibre familial mis à mal par le dévoilement, certaines mères s'empresseraient donc de pardonner à l'agresseur ; cet acte prendrait alors l'aspect d'un pardon, mais relèverait uniquement d'un simulacre de pardon. Enfin, l'agresseur pourrait également se plaindre auprès de sa conjointe ou tenter de la manipuler en essayant de la sensibiliser à sa condition de justiciable. Par conséquent, un pardon hâtif de ces mères ne constituerait pas un pardon véritable et intrinsèquement mûri, ce qui pourrait nuire à la récupération de l'enfant victime. Ce dernier pourrait comprendre et intérioriser le pardon comme une dénégation de son vécu douloureux (Seron et al., 2007).

Si la mère peut s'empresser de pardonner à l'agresseur à cause des enjeux affectifs intrafamiliaux, il arrive également que l'enfant victime accorde son pardon de façon hâtive.

Simulacre de pardon chez la victime dans les situations d'AS

La question du pardon peut ainsi s'imposer comme une nécessité ou une évidence à l'endroit des victimes. Il est cependant important, de la même façon que pour leurs mères, de procéder à une distinction entre ce qui relève d'un pardon authentique et ce qui est de l'ordre de son simulacre. En effet, l'enfant victime pourrait se situer dans un semblant de pardon à cause d'une emprise paternelle, le père agresseur souhaitant être pardonné. L'enfant victime pourrait être également affecté par les difficultés et la détresse de sa mère et de sa fratrie (Seron et al., 2007). Il se pourrait aussi qu'il éprouve une forte culpabilité d'avoir « détruit » une cohésion familiale. Ce qui semblerait alors être l'expression du pardon destiné au père agresseur serait en réalité motivé par le désir illusoire de reconstruction parentale (Seron et al., 2007).

Si le principal écueil à éviter pour l'enfant serait de produire un pardon hâtif, l'agresseur devrait exprimer une demande de pardon véritable et authentique pour qu'elle puisse faciliter la réparation de la victime.

L'authenticité de la demande de pardon

Subséquemment à une demande de pardon de la part de l'agresseur, il paraît essentiel de veiller à ce que l'enfant ne soit pas contraint d'accorder son pardon, d'autant

qu'une telle demande ferait porter une responsabilité supplémentaire sur l'enfant victime. De plus, la jeune victime pourrait se trouver dans l'impossibilité de pardonner à son agresseur ; celle-ci pourrait alors être exposée aux reproches et à une culpabilisation de la part de sa fratrie, éventuellement de sa mère. Cependant, notons que l'authenticité d'une demande de pardon de la part de l'agresseur, sous-tendue par des sentiments de culpabilité et de responsabilité sincères, serait un facteur facilitateur de réparation pour la victime (Seron et al., 2007). Pourtant, la réparation interne des victimes se doit d'être indépendante de l'attitude de l'offenseur. Ainsi, la psychothérapie par le pardon a été conçue et empiriquement validée pour aider les victimes dans leurs démarches de réparation.

Réparation interne des victimes par le pardon

Des chercheurs (Enright & The Human Development Study Group, 1991) ont élaboré un protocole d'intervention fondé sur l'émergence du pardon pour aider les personnes désirant se libérer de leur souffrance. La psychothérapie par le pardon a permis de comprendre que ce processus présentait des bienfaits incontestables en matière de bien-être et de liberté chez les personnes victimes (Enright et al., 2001). L'étude de Freedman (1999) évaluant l'effet du pardon chez des femmes adultes victimes d'inceste montre que celles ayant pardonné ont une capacité d'adaptation bien meilleure face aux situations grâce à la restauration d'émotions positives, un recul de l'anxiété, de la dépression et une construction possible de la vie maritale et familiale. Il est également important de constater que le pardon est associé négativement à la rumination, symptôme présent dans la majorité des cas de syndrome de stress post-traumatique. Les résultats d'une autre étude (Mullet, soumis) suggèrent que les victimes d'inceste éprouvent, plus que les autres personnes des difficultés à lutter contre le ressentiment envers elles-mêmes, lié à un fort sentiment de culpabilité, qu'elles soient victimes d'offenses quotidiennes ou d'offenses plus graves. Ces personnes ressentent la nécessité d'une présentation d'excuses par l'offenseur pour n'importe quel type d'offense (de la moins grave à la plus grave). Tout comme les victimes de délits et de crimes très sévères (autres qu'incestueux), les victimes d'AS sont beaucoup plus réactives et sensibles que les personnes du groupe témoin (Mullet, soumis). Enfin, ces derniers résultats montrent que les victimes d'inceste ne sont pas plus que les autres victimes bloquées dans une impossibilité de pardonner, rejoignant ainsi les résultats des travaux de Freedman et Enright (1996).

Liens entre la culpabilité et le pardon à soi

Lorsqu'il s'agit d'évoquer un état de victime, il est indispensable d'aborder la question des sentiments de responsabilité et de culpabilité très souvent éprouvés par les personnes victimes. En lien avec ces sentiments, il est possible d'ajouter à la capacité à pardonner aux autres la capacité à se pardonner (Enright et al., 2001). Les auteurs Mullet,

Barros, Frongia, Usaï, Neto et Shafighi (2003) ont ainsi distingué le pardon accordé à autrui et le pardon accordé à soi-même. Le pardon à soi peut émerger à partir des sentiments de honte et de culpabilité. Le pardon à soi a pu être conceptualisé comme l'expression de sentiments négatifs envers le Moi à la suite d'une offense commise, qui est suivie de la restauration du respect de soi et de l'acceptation de soi (Dillon, 2001; Holmgren, 1993; Horsbrugh, 1974). Enright (1996) définit plutôt le pardon accordé à soi comme « la volonté d'abandonner le ressentiment envers soi-même en reconnaissant que les motivations, pensées et actes antérieurs étaient mauvais pour soi puis en favorisant la compassion, la générosité et l'amour de soi ». Cette définition se distingue de celle de Dillon (2001) par l'introduction de la volonté et du ressentiment dans la compréhension du pardon à soi. Enfin, pour d'autres auteurs (McCullough, Worthington, & Rachal, 1997), le pardon à soi se concevrait davantage comme motivationnel : « le pardon à soi se définit comme le changement d'un ensemble de motivations par lequel le sujet devient de moins en moins motivé pour éviter les stimuli associés à l'offense, de moins en moins motivé pour exercer des représailles contre le Moi (punir le Moi en s'engageant dans des comportements autodestructifs, par exemple) et de plus en plus motivé pour agir de façon bienveillante et clémente envers le Moi ». Le sentiment de culpabilité est souvent constaté chez les mères dont l'enfant a été victime d'AS. Ainsi, il serait également possible de s'interroger sur la capacité de ces mères à se pardonner, car la perception d'un rôle défaillant en termes de protection maternelle dans le cadre de l'AS de leur enfant peut entraîner un sentiment de culpabilité et une difficulté à se pardonner cette défaillance (Bolen & Lamb, 2004; Seron et al., 2007). Face à la situation d'AS de leur enfant, les mères peuvent également mettre en place des stratégies d'adaptation variées de façon à pouvoir gérer la détresse psychologique de leur enfant, en même temps que la leur.

Le pardon conçu comme une stratégie d'adaptation

Le pardon est souvent conçu comme une stratégie d'adaptation (coping) centrée sur l'émotion, à cause de l'amenuisement ou de la disparition des émotions négatives qui sous-tendent les états fortement préjudiciables comme la vengeance (la colère) ou le ressentiment (la rumination, l'hostilité) dans lesquels la victime peut être bloquée (Worthington & Scherer, 2004). Il est également possible que la personne puisse, après une offense, accéder à des émotions positives mettant fin au besoin de vengeance ou de rancune, ce qui explique l'intérêt accordé au pardon comme une stratégie d'ajustement centrée sur l'émotion. Le pardon s'érige donc en mécanisme d'adaptation pour faire face aux situations difficiles.

Dans le domaine spécifique de l'AS, Ehlers et Clark (2000) ont montré que la victime pouvait mettre en place des stratégies d'adaptation préjudiciables pour elle lorsque ses attributions concernant son vécu d'AS étaient négatives. En outre, il a semblé important pour Reis et Heppner (1993) de s'intéresser aux stratégies cognitives

d'adaptation que les mères adoptent face au dévoilement de l'AS de leurs enfants. Une étude récente (Payer, Cyr, & McDuff, 2008) a pu analyser les stratégies d'adaptation des mères qui ont été agressées sexuellement durant leur enfance. Les auteurs notent que les stratégies d'ajustement centrées sur le problème (soutien social, par exemple) ou sur l'émotion (réflexion) ne sont pas préférentiellement utilisées par les mères qui perçoivent des conséquences positives de leur propre vécu d'AS. En résumé, les auteurs évoquent l'existence de stratégies d'ajustement variées chez les mères, expliquées par une importante capacité d'adaptation faisant suite au stress.

Conclusion

Cet article a permis de comprendre que le processus de pardon pouvait entraîner l'affaiblissement de certaines émotions et pensées négatives associées à une offense telles que la colère ou les pensées ruminatoires. Le pardon peut également engendrer dans certains cas la restauration des émotions et des sentiments positifs.

Cet article a également permis d'aborder l'une des nombreuses définitions du pardon qui met l'accent sur l'abandon du ressentiment et de la colère à l'égard de l'offenseur, amenant ainsi un apaisement de la souffrance de la victime.

Si le pardon agit au niveau intra-individuel, il est possible de constater qu'il a également un effet au niveau inter-individuel. Il s'inscrit alors dans des processus contribuant à la régulation fonctionnelle de toute société. Enfin, il a été possible de constater que la capacité des individus à pardonner et à se pardonner était liée à la transmission intergénérationnelle, aux apprentissages au sein des familles; elle dépend donc des capacités parentales à pardonner.

Par ailleurs, les retombées positives du pardon en matière d'affaiblissement des symptômes peuvent représenter une tentative de solution pour les personnes offensées. Les données empiriques disponibles suggèrent que le pardon peut fournir à certaines victimes une libération psychologique, dans un but de reconstruction interne après les préjudices subis. Il a alors été possible de s'interroger sur l'impact du pardon concernant la diminution des troubles que présentent les mères dont l'enfant a été agressé sexuellement, de façon à améliorer leur capacité à les soutenir et à les protéger. Cette hypothèse devrait faire l'objet de recherches menées auprès des mères dont l'enfant a été agressé sexuellement afin d'évaluer leur capacité à pardonner, leur propension au ressentiment et à la vengeance. Il serait également possible de voir si ces résultats diffèrent selon les symptômes découlant de la victimisation secondaire des mères ou encore si ces dernières ont été victimes d'AS durant leur enfance. De même, des études futures pourraient comparer leurs capacités de pardon selon la nature de l'offense commise sur l'enfant (agression sexuelle, physique, psychologique).

Il a également été mentionné que le pardon pourrait présenter des effets pervers prenant alors la forme de pardon hâtif ou de simulacre de pardon. Il serait également possible de s'interroger sur la capacité de ces mères à se pardonner car la perception

d'un rôle défaillant en termes de protection maternelle dans le cadre de l'AS de leur enfant peut entraîner un sentiment de culpabilité et une difficulté à se pardonner cette défaillance. Cette hypothèse concernant le pardon de soi des mères pourrait faire l'objet d'études futures. Enfin, il a été possible de voir que face à la situation d'AS de leur enfant, les mères peuvent mettre en place des stratégies d'adaptation variées. Le pardon peut ainsi être conçu comme une stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion.

Ce chapitre a également pour but d'éveiller l'attention des psychologues et des travailleurs sociaux sur le concept de pardon. En effet, l'introduction du pardon comme processus central en thérapie pourrait engendrer une introspection davantage axée sur le sens du pardon dans la vie des personnes souffrant d'avoir été offensées. Par ailleurs, il serait intéressant de l'aborder de façon plus systématique dans les formations des psychologues et des professionnels intervenant auprès de ces mères et de leurs enfants pour les sensibiliser davantage à ce concept, qui peut être central dans la thérapie de certains clients.

Le chapitre a également permis de soulever une des limites du pardon qui pourrait susciter davantage l'attention des chercheurs pour des recherches futures. En effet, la distinction entre un pardon véritable et un simulacre de pardon représente un enjeu tant pour le client que pour le thérapeute. Le simulacre de pardon peut devenir un effet pervers du pardon authentique. Il pourrait donc être intéressant de préciser davantage ce qu'est le simulacre de pardon – sa définition précise, ses déterminants. Il serait alors nécessaire d'encourager davantage la recherche concernant le processus de pardon ainsi que l'introduction de ce concept dans la pratique des cliniciens.

Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Université du Québec à Montréal

Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agres-
sions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal

Adresse de correspondance : Mireille Cyr, Département de psychologie, Université
de Montréal, C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal, Québec H3C 3J7.

Courriel: mireille.cyr@umontreal.ca

Ce travail a bénéficié de l'appui financier de l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Université du Québec à Montréal et du Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agres-
sions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal.

Bibliographie

Bolen, R.M., & Lamb, J. L. (2004). Ambivalence in nonoffending guardians after child sexual abuse disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 185-211.

Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4, 54-69.

- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. (2004). A multisite randomized controlled trial for sexually abused children with PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle : Description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 27, 489-507.
- Cunningham, B. B. (1985). The will to forgive: A pastoral theological view of forgiving. *Journal of Pastoral Care*, 39, 141-149.
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants abusés sexuellement : Santé mentale, stress et adaptation. *Santé Mentale au Québec*, 24, 191-216.
- Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse : Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 26, 957-973.
- Davies, M. G. (1995). Parental distress and ability to cope following disclosure of extra-familial sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19, 399-408.
- Deblinger, E., Hathaway, C. R., Lippmann, J., & Steer, R. (1993). Psychosocial characteristics and correlates of symptom distress in non-offending mothers of sexually abuse children. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 155-168.
- Deblinger, E., Lippmann, J., Stauffer, L., & Finkel, M. (1994). Personal versus professional responses to child sexual abuse allegations. *Child Abuse & Neglect*, 18, 679-682.
- Dillon, R. S. (2001). Self-forgiveness and self-respect. *Ethics*, 112, 53-83.
- Draucker, C. B. (2001). Learning the harsh realities of life: Sexual violence, disillusionment and meaning. *Health Care for Women International*, 22, 67-84.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elliott, A. N., & Carnes, C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of literature. *Child Maltreatment*, 6, 314-331.
- Enright, R. D. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and Values*, 40, 107-126.
- Enright, R. D., & The Human Development Study Group (1991). The moral development of forgiveness. In W. Kurtines & J. Gewirtz (Eds), *Handbook of moral behavior and development*, (vol. 1, pp.123-152). Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates.
- Enright, R. D., & Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: APA Books.
- Enright, R. D., Gassin, E. A., & Wu, C. R. (1992). Forgiveness: A developmental view. *Journal of Moral Education*, 21, 99-114.
- Enright, R. D., Mullet, E., & Fitzgibbons, R. P. (2001). Le pardon comme mode de régulation émotionnelle. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 123-135.

- Esparza, D. (1993). Maternal support and stress response in sexually abused girls ages 6-12. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 85-107.
- Everson, M. D., Hunter, W. M., Runyan, D. K., Edelsohn, G. A., & Coulter, M. L. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 197-207.
- Faller, K. C. (1988). The myth of the "collusive mother". Variability in the functioning of mothers of victims of intrafamilial sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 190-196.
- Freedman, S., (1999). A voice of forgiveness: One incest survivor's experience forgiving her father. *Journal of Family Psychotherapy*, 10, 37-60.
- Freedman, S., & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 983-992.
- Friedrich, W. N. (1991). *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York, NY: W. W. Norton.
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 805-811.
- Heriot, J. (1996). Maternal protectiveness following the disclosure of intrafamilial child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 181-194.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Holmgren, M. R. (1993). Forgiveness and the intrinsic value of persons. *American Philosophical Quarterly*, 30, 341-352.
- Hooper, C. A. (1992). *Mothers surviving child sexual abuse*. New York, NY: Tavistock.
- Horsbrugh, H. J. (1974). Forgiveness. *Canadian Journal of Philosophy*, 4, 269-282.
- Hubbard, G. B. (1989). Mother's perceptions of incest: Sustained disruption and turmoil. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3, 34-40.
- Jacobs, J. L. (1994). *Victimized daughters: Incest and the development of the female self*. New York, NY: Routledge.
- Kaplan, B. H. (1992). Social health and the forgiving heart: The type B story. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 3-14.
- Kelley, S. J. (1990). Parental stress response to sexual abuse and ritualistic abuse of children in day-care centers. *Nursing Research*, 39, 25-29.
- Kolnai, A. (1973-1974). Forgiveness. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 74, 91-106.
- Kruczek, T. A., & Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescent abuse survivors group. *Child Abuse & Neglect*, 23, 477-485.
- Leach, M. M., & Lark, R. (2004). Does spirituality add to personality in the study of trait of forgiveness? *Personality and Individual Differences*, 37, 147-156.
- Lefranc, S. (2002). *Politiques du pardon*. Paris, France : Presses universitaires de France.

- Leifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 17, 755-766.
- Lewin, L., & Bergin C. (2001). Attachment behaviors, depression, and anxiety in nonoffending mothers of child sexual abuse victims. *Child Maltreatment*, 6, 365-375.
- Lovett, B. (1995). Child sexual abuse: The female victim's relationship with her non-offending mother. *Child Abuse & Neglect*, 19, 729-738.
- Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1095-1109.
- McCullough, M. E., & Worthington, E. L., Jr. (1999). Religion and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 67, 1141-1164.
- McCullough, M. E., Worthington, E. L., & Rachal, K. C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 321-336.
- Morrow, B. K., & Sorell, G. T. (1989). Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 677-686.
- Mullet, E. (soumis). Self-forgiveness: Factor structure and relationships with forgiveness, dispositional seeking of forgiveness, and harmful experiences during childhood.
- Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F., & Shafighi, S. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality*, 71, 1-19.
- Mullet, E., Riviere, S., & Munoz Sastre, M. T. (2006). Relationships between young adults' forgiveness culture and their parents' forgiveness culture. *Journal of Cultural and Evolutionary Psychology*, 4, 159-172.
- Murphy, J. G. (1982). Forgiveness and resentment. *Midwest Studies in Philosophy*, 7, 503-516.
- Murphy, J. G., & Hampton, J. (1988). *Forgiveness and mercy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (1993). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 92-102.
- North, J. (1987). Wrongdoing and forgiveness. *Philosophy*, 62, 499-508.
- Paleari, F. G., Regalia, C., & Fincham, F. D. (2003). Adolescents' willingness to forgive their parents: An empirical model. *Parenting: Science and Practice*, 3, 155-174.
- Payer, M., Cyr, M., & McDuff, P. (2008). Facteurs liés au soutien maternel et aux stratégies d'adaptation de mères d'un enfant victime d'une agression sexuelle. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29, 161-173.

- Reis, S. D., & Heppner, P. P. (1993). Examination of coping resources and family adaptation in mothers and daughters of incestuous versus nonclinical families. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 100-108.
- Richards, N. (1988). Forgiveness. *Ethics*, 99, 77-97.
- Roberts, R. C. (1995). Forgiveness. *American Philosophical Quarterly*, 32, 289-306.
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Everson, M. D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N., & Whitcomb, D. (1992). Maternal support for child victims of sexual abuse: Determinants and implications. *Final Report to the National Center on Child Abuse and Neglect*, 6/1992.
- Sas, L., Hurley, P., Hatch, A., Malla, S., & Dick, T. (1993). *Three years after the verdict: A longitudinal study of the social and psychological adjustment of child witnesses referred to the child witness project*. Ottawa, ON: Health and Welfare Canada, Family Violence Prevention Division.
- Seron, C., Denis, C., Vaillant, M., & Bacqué, M. F. (2007). *Don, pardon et réparation : Comment résilier un contrat avec la souffrance*. Paris, France : Fabert.
- Smedes, L. B. (1984). *Forgive and forget: Healing the hurts we don't deserve*. New York, NY: Harper & Row.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1171-1182.
- Subkoviak, M. J., Enright, R. D., Wu, C. R., Gassin, E. A., Freedman, S., Olson, L. M., & Sarinopoulos, I. (1995). Measuring interpersonal forgiveness in late adolescence and middle adulthood. *Journal of Adolescence*, 18, 641-655.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1997). Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuels : Conceptualisation, effets et facteurs associés. *Revue Québécoise de Psychologie*, 3, 147-167.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (2003). Contextual factors associated with the symptoms in teenagers victims of intrafamilial sexual aggression. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1291-1309.
- Woodward, C., & Joseph, S. (2003). Positive change processes and posttraumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 76, 267-283.
- Worthington, E. L. Jr., & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health*, 19, 385-405.

VOLET DÉLINQUANCE SEXUELLE

LA PRÉVALENCE DE LA COERCITION SEXUELLE CHEZ LES COUPLES HÉTÉROSEXUELS¹

Mélanie M. Brousseau, Martine Hébert et Sophie Bergeron

Résumé

La coercition sexuelle (CS), ou l'utilisation de tactiques coercitives pour avoir une activité sexuelle avec un ou une partenaire non consentant(e) (Hartwick, Desmarais, & Hennig, 2007; Spitzberg, 1998), peut engendrer des conséquences physiques et psychologiques chez les victimes, comme une grossesse non désirée, une infection transmise sexuellement, des sentiments de dépression, d'anxiété, une faible estime de soi ainsi qu'une perception négative de soi en tant qu'être sexué. À l'aide d'un échantillon de 222 couples hétérosexuels, la présente étude visait à documenter le taux de victimisation et de perpétration de la CS chez les couples, l'accord entre les partenaires concernant la présence de CS, ainsi que le niveau de réciprocité des conduites coercitives. La fréquence des expériences de CS au sein des relations amoureuses antérieures a également été explorée. Les données démontrent que moins de 30 % des partenaires des couples démontrent un accord face à la présence de comportements coercitifs dans leur relation amoureuse actuelle. De plus, les réponses dyadiques témoignent d'une estimation plus exacte de la fréquence de la CS que les réponses individuelles. Plus d'un couple sur deux signale avoir vécu de la CS. Plus spécifiquement, dans ces couples, 45 % des femmes et 30 % des hommes rapportent avoir été victimisés par leur partenaire, alors que 20 % signalent une CS mutuelle, c'est-à-dire de la part des deux membres du couple. De plus, les participants rapportent davantage de CS dans leurs relations amoureuses précédentes. Les résultats témoignent d'une part de la fréquence élevée de la CS, et d'autre part que les données individuelles présentent une sous-estimation de la CS par les victimes et les agresseurs, indépendamment du sexe de ceux-ci.

Les rapports sexuels occupent une place prédominante dans la vie d'un couple, que ce soit à des fins émotionnelles ou physiques. Il est démontré que le type et la qualité des rapports sexuels et la négociation les entourant ont une influence sur la satisfaction des partenaires (Impett, Peplau, & Gable, 2005; Lawrance & Byers, 1995;

1. Pour citer ce chapitre : Brousseau, M. M., Hébert, M., & Bergeron, S. (2011). La prévalence de la coercition sexuelle chez les couples hétérosexuels. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis* (pp. 180-197). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

Williams & Frieze, 2005). La coercition sexuelle (CS), ou l'utilisation de tactiques coercitives (pression verbale ou physique) pour obtenir une activité sexuelle avec un ou une partenaire non consentant(e) (Hartwick, Desmarais, & Hennig, 2007; Spitzberg, 1998), peut engendrer des conséquences physiques et psychologiques chez les victimes, comme une grossesse non désirée, une infection transmise sexuellement, des sentiments de dépression et d'anxiété, une faible estime de soi ainsi qu'une perception négative de soi en tant qu'être sexué (Campbell, Baty, Laughon, & Woods, 2009; De Visser, Rissel, Richters, & Smith, 2007; Offman & Matheson, 2004). Ces conséquences négatives soulignent le besoin de mieux documenter la fréquence réelle et les impacts de la CS. Malgré le fait que la CS survienne généralement au sein d'un couple plutôt qu'entre deux étrangers (Koss, Gidycz, & Wisniewski, 1987; Koss, Dinero, Siebel, & Cox, 1988; Struckman-Johnson, Struckman-Johnson, & Anderson, 2003), les recherches actuelles se sont concentrées de façon quasi exclusive sur un seul membre de la dyade, sans tenir compte des perceptions des deux membres du couple. Afin de contrer cette limite, la présente recherche avait pour but d'évaluer le taux de victimisation et de perpétration de la CS chez les deux membres des couples participants, ainsi que l'accord inter-partenaires quant à la présence de CS et le niveau de réciprocité rapporté par chaque partenaire du couple.

En 1997, une étude nationale a été menée aux États-Unis auprès d'un échantillon aléatoire de 602 femmes adultes afin de documenter les expériences sexuelles non désirées (Basile, 2002). Parmi cet échantillon, 34 % des femmes ont rapporté être victimes de CS de la part de leurs partenaires. O'Sullivan, Byers et Finkelmann (1998) ont évalué l'incidence de la coercition sexuelle en envoyant des questionnaires anonymes à un échantillon d'étudiants universitaires célibataires (216 femmes et 130 hommes). Les résultats ont montré que 42,5 % des femmes avaient vécu de la coercition sexuelle, tandis que 20 % des hommes avaient rapporté avoir utilisé certaines formes de coercition sexuelle. La pression verbale ainsi que l'utilisation d'arguments représentaient, selon les femmes, les moyens les plus fréquemment utilisés par leurs partenaires afin qu'elles participent à une activité sexuelle. Pour leur part, Larimer, Lydum, Anderson et Turner (1999), ainsi que Krahe, Scheinberger-Olwig et Bieneck (2003) ont observé qu'entre 20,7 et 30,1 % des hommes rapportaient avoir vécu des expériences de coercition sexuelle. Ces études indiquent que la présence de pression verbale et les tentatives de pénétration à la suite de la consommation de drogues et d'alcool étaient les moyens les plus souvent utilisés par les femmes. De même, Krahe, Waizenhöfer et Möller (2003) ont examiné le taux de coercition sexuelle perpétrée par les femmes envers les hommes; seulement 9,3 % des 248 femmes de leur échantillon ont admis avoir eu recours à des tactiques coercitives. Ces données suggèrent que les victimes (hommes ou femmes) tendent à rapporter un plus haut niveau de coercition sexuelle que les agresseurs. Cet écart pourrait être lié au fait que les participants n'étaient jamais questionnés en couple, ou encore que les personnes qui utilisent la CS minimisent leurs comportements.

Ces hypothèses soulignent la nécessité de poursuivre les études portant sur la CS en ayant recours à une approche dyadique.

O'Leary et Williams (2006) ont mené l'une des seules études examinant la CS chez les couples mariés. Ils ont observé que 42,8 % des couples rapportaient de la CS envers la femme, tandis que 21,4 % signalaient de la CS envers l'homme. Cette étude a aussi révélé un faible accord entre partenaires au sujet de la présence de CS dans leur couple ($Kappa = 0,11-0,24$). Ramisetty-Mikler, Caetano et McGrath (2007) ont étudié des couples de différentes appartenances ethnoculturelles et ont observé que 11 % à 23 % des couples rapportaient de la victimisation envers l'épouse, tandis que 5,5 % à 13,5 % mentionnaient de la CS envers le mari. Toutefois, le taux d'accord entre les deux partenaires n'a pas été examiné. Les études ci-haut ont aussi omis d'étudier la réciprocité de la CS dans le couple, ainsi que la prévalence possible de CS dans les relations antérieures.

Malgré le fait que des études sur la réciprocité de la violence dans les relations intimes aient été menées au cours des dernières années, la réciprocité de la coercition sexuelle au sein du couple demeure un sujet peu documenté. En effet, les études sur la réciprocité de la violence conjugale analysent plutôt l'agression physique et psychologique. Une étude menée auprès d'un échantillon de 609 étudiants universitaires par Próspero (2008) a révélé que 87 % des répondants rapportaient de la violence dans leur relation amoureuse, et que 86,3 % soulignaient la présence de violence réciproque dans leur relation amoureuse. Parmi les types de violence identifiés, 86 % des répondants mentionnaient avoir subi de la victimisation psychologique, 47 % de la violence physique et 30 % de la CS. Cependant, cette étude n'a recensé les réponses que d'un seul membre du couple, et elle n'a pas évalué spécifiquement le taux de réciprocité quant à la perpétration de la CS.

Les recherches menées à ce jour ont permis une meilleure compréhension du phénomène de la CS. Cependant, ces études comprennent certaines limites. D'abord, la majorité des études a évalué la présence de coercition sexuelle du point de vue d'un seul des partenaires. Les études de couples, pour leur part, examinent surtout la violence sexuelle unidirectionnelle, soit de l'homme envers la femme (Meyer, Vivian, & O'Leary, 1998). De plus, les études antérieures ont majoritairement évalué les perceptions de couples mariés ou de couples en cohabitation (Caetano, Schafer, Field, & Nelson, 2002; Meyer et al., 1998; O'Leary & Williams, 2006; Ramisetty-Mikler et al., 2007), ce qui limite la généralisation des résultats. Ainsi, la documentation scientifique témoigne de lacunes au niveau des connaissances disponibles quant aux patrons d'interaction des jeunes couples adultes, soit avant que leurs interactions et comportements de CS ne se cristallisent. En ce qui concerne le taux de CS, une autre limite concerne le fait que les taux de CS varient selon le type de répondant. Peu importe leur sexe, les victimes rapportent davantage de coercition sexuelle que les agresseurs (Anderson & Sorensen, 1999; Johnson & Sigler, 2000; Kolivas & Gross, 2007; Struckman-Johnson et al., 2003). De plus, le taux de victimisation féminine est souvent plus élevé que le

taux de victimisation masculine. Ces données peuvent être interprétées comme étant le résultat de plusieurs expériences de CS commises par un petit nombre d'hommes, ou encore comme étant le fruit de la minimisation et du déni de la part des agresseurs (Kolivas & Gross, 2007; Spitzberg, 1999). Une seconde explication pourrait être que les femmes et les hommes interprètent différemment les items des questionnaires évaluant l'expérience de CS selon leurs propres scripts sexuels (Hartwick et al., 2007; Kolivas & Gross, 2007). Ces différentes interprétations reflètent le besoin d'étudier davantage la fréquence et la réciprocité de la coercition sexuelle ainsi que ses répercussions au sein du couple.

L'objectif de la présente étude est de comparer le taux de coercition sexuelle (victimisation et perpétration) selon la perspective des deux partenaires et d'évaluer le niveau de réciprocité des comportements de CS. Par ailleurs, les taux de CS seront comparés aux taux de CS rapportés par les participants en lien avec leurs relations amoureuses antérieures.

Notre hypothèse est qu'il y aura une divergence entre les comportements de coercition sexuelle rapportés par les deux partenaires. En se basant sur les études antérieures, il est en effet attendu que les femmes et les hommes victimes révéleront un taux de victimisation plus élevé que les partenaires coercitifs. De plus, tel que documenté dans les études sur la violence dans les relations intimes, il est attendu que la majorité des couples coercitifs identifieront les deux membres du couple comme occupant les rôles de victimes et d'agresseurs, suggérant un potentiel accru de coercition sexuelle réciproque (O'Leary, Slep, Avery-Leaf, & Cascardi, 2008; Próspero, 2008). Par ailleurs, une dernière hypothèse postule que les répondants dévoileront un taux plus élevé de coercition dans leurs relations amoureuses antérieures comparativement à leur relation amoureuse actuelle.

Méthodologie

Participants

Les participants ont été recrutés dans différents cours universitaires au début des trimestres d'été et d'automne 2005. Les étudiants en couple lors du recrutement ont été invités à encourager la participation de leur partenaire. Au total, les deux membres de 222 couples hétérosexuels ont accepté de participer à l'étude. L'âge moyen des participants était de 23,73 ans (ÉT = 6,04; 18-54) pour les femmes et 25,80 ans (ÉT = 6,85; 18-59) pour les hommes. La quasi-totalité des couples (98 %) s'est décrite comme étant en relation exclusive; parmi ceux-ci, 36 % vivaient en cohabitation et 5 % étaient mariés. La durée moyenne des relations amoureuses était de 32 mois, et la fréquence moyenne des activités sexuelles était d'une fois par semaine. La majorité des femmes et des hommes a révélé avoir eu de 4 à 10 partenaires sexuels. Les caractéristiques des participants sont présentées au Tableau 1.

Procédure

La première auteure a présenté en classe un aperçu de l'étude aux étudiants. Ils ont été informés du fait qu'ils étaient libres de participer à l'étude et qu'aucune pénalité ne surviendrait advenant un refus. Les participants ont été invités à prendre connaissance du formulaire de consentement et à y apposer leur signature s'ils choisissaient de participer à l'étude. Les formulaires de consentement et les questionnaires complétés ont été remis séparément à la chercheuse. Les étudiants ont été avisés qu'en guise de remerciement, ils pouvaient remplir un coupon de participation afin de gagner l'un des trois prix en argent offerts (500\$, 200\$, 100\$). Une liste de ressources communautaires et de centres d'écoute liés à la problématique de la violence sexuelle a été remise à chaque participant(e), si celui-ci ou celle-ci avait besoin d'aide. De plus, les étudiants ont été prévenus qu'il était possible de communiquer avec la première auteure pour obtenir des informations complémentaires ou discuter de toute question.

Les étudiants qui acceptaient de participer à l'étude étaient encouragés à demander à leur partenaire amoureux de remplir un questionnaire inclus dans une enveloppe pré-affranchie. Le questionnaire destiné au partenaire était identique à celui complété par les participants de l'étude. Une fois le questionnaire complété, les partenaires pouvaient poster celui-ci séparément du formulaire de consentement signé et du coupon de participation pour assurer l'anonymat. Chaque questionnaire provenant du même couple était préalablement identifié (par exemple, 101 et 101B) afin de faciliter le pairage des données. Cette étude a été approuvée par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

Mesures

Chacun des questionnaires comportait des questions concernant les informations sociodémographiques des participants ainsi que des questions liées à la victimisation et la perpétration de la coercition sexuelle.

Informations sociodémographiques. Cette section visait à recueillir les informations quant au sexe du participant, son orientation sexuelle, son âge, son état civil, la durée de la relation amoureuse actuelle, l'âge lors de la première relation sexuelle, la fréquence actuelle et désirée des activités sexuelles ainsi que le nombre de partenaires sexuels antérieurs.

Victimisation, perpétration et impact de la coercition sexuelle. La victimisation et la perpétration de la coercition sexuelle ont été mesurées à l'aide du Sexual Experience Survey (SES; Koss & Gidycz, 1985; Koss et al., 1987). Ce questionnaire a été élaboré en 1982 par Koss et Oros, et certaines modifications y ont été apportées depuis (Koss & Gidycz, 1985; Koss et al., 1987). Le SES est un questionnaire largement utilisé pour mesurer la victimisation et la perpétration de la CS. Il contient des questions relatives aux comportements coercitifs afin de permettre l'évaluation de la CS sans étiqueter cette dernière comme étant de la violence sexuelle. La version française du SES (Poi-

tras & Lavoie, 1995) a été sélectionnée pour la population francophone à l'étude et en raison des modifications apportées (évaluation de la victimisation et de la perpétration pour les deux sexes). Dans cette version, chacun des 15 items est administré une première fois pour mesurer le niveau de victimisation, et une deuxième fois pour mesurer le niveau de perpétration. De plus, l'item permettant d'évaluer l'utilisation de menaces ou de force afin d'obtenir des relations sexuelles anales ou orales a été modifié afin de pouvoir mesurer ces deux éléments de façon distincte, ce qui a créé un seizième item. Une distinction de cet item a également été effectuée dans une étude récente utilisant le SES (Abbey, Parkhill, & Koss, 2005). Par ailleurs, afin de faire la distinction entre la coercition dans le couple actuel et dans les relations antérieures (depuis l'âge de 14 ans), le SES a été administré à deux reprises; les participants ont complété le SES en fonction des expériences vécues au sein de leur couple actuel, puis des expériences vécues lors de leurs relations antérieures.

Analyses statistiques

Les données concernant la victimisation et la perpétration ont été compilées de deux façons. Nous avons d'abord calculé un score dichotomique pour chaque sous-échelle ainsi qu'un score total dichotomique afin de refléter si le participant a rapporté la présence de comportements coercitifs avec son partenaire actuel et avec ses partenaires antérieurs. De plus, la coercition au sein du couple a été calculée en fonction de quatre types : non coercitif, femme victime seulement, homme victime seulement et coercition sexuelle réciproque.

Des analyses de fréquences ont été réalisées afin d'examiner le taux de prévalence de la coercition sexuelle dans les couples et dans les relations antérieures. Le test du chi-carré et le test t ont été utilisés afin d'identifier les différences entre les groupes. Le chi-carré a été employé pour évaluer l'accord inter-partenaires à l'aide des données relatives aux couples. Les kappas et le pourcentage d'accord sont rapportés pour améliorer l'interprétation des taux d'accord (Feinstein & Cicchetti, 1990).

Résultats

Statistiques descriptives

Les tests t-pairés ont été utilisés afin d'évaluer les différences liées au sexe quant aux variables sexuelles et démographiques. Les résultats n'ont révélé aucune différence significative concernant la fréquence des relations sexuelles avec le partenaire. Néanmoins, une différence a été identifiée au niveau de l'âge des participants (femmes, $M = 23,73$, $ÉT = 6,04$; hommes, $M = 25,80$, $ÉT = 6,85$, $t(219) = -7,75$, $p < ,001$), ainsi que de la fréquence désirée des relations sexuelles (femmes, $M = 2,42$, $ÉT = 0,66$; hommes, $M = 2,17$, $ÉT = 0,71$, $t(218) = 4,37$, $p < ,001$; un score élevé signifie moins de désir). De plus, les femmes ont révélé avoir eu leur première relation sexuelle à un âge plus

jeune que les hommes (femmes, $M = 16,64$, $ÉT = 2,66$; hommes, $M = 17,26$, $ÉT = 2,43$, $t(219) = -2,89$, $p < ,01$).

Taux de coercition sexuelle dans le couple

Les taux de coercition sexuelle rapportés dans le couple ont été similaires pour les victimes et les agresseurs des deux sexes. Le taux de victimisation rapporté par les femmes était de 30,6 %, tandis que 27 % des hommes avouaient avoir été coercitifs. De plus, 20 % des hommes signalaient avoir vécu de la coercition sexuelle, alors que 17,1 % des femmes ont affirmé avoir perpétré de la CS. L'examen des scores des sous-échelles a démontré que tant chez les hommes que chez les femmes, les contacts sexuels non désirés et la coercition sexuelle verbale étaient les deux types de CS les plus souvent rapportés par les victimes et les agresseurs. Peu de répondants ont rapporté une agression sexuelle ou une tentative d'agression sexuelle dans leur couple.

La coercition sexuelle réciproque dans le couple

Environ un couple sur quatre (24,8 %) a rapporté une expérience de victimisation de la femme de la part du partenaire masculin, alors que 9,5 % ont fait état d'une expérience de victimisation de l'homme de la part de la partenaire féminine. Le taux de coercition sexuelle réciproque, qui réfère à la victimisation et à la perpétration de la coercition sexuelle de la part des deux partenaires, correspond à 20,3 % de la totalité des couples. En somme, 54,5 % ($n = 121$) des 222 couples ont affirmé avoir vécu au moins une forme de coercition sexuelle.

L'accord inter-partenaires sur la coercition sexuelle dans leur relation amoureuse

Malgré le fait que les hommes et les femmes rapportaient des taux de coercition sexuelle semblables dans leur couple, les taux d'accord inter-partenaires ont été calculés. Comme point de référence, le niveau d'accord pour les relations sexuelles consentuelles a été calculé. Ces taux d'accord étaient excellents, et se situaient entre 94,5 % et 98,2 %. Cependant, l'accord inter-partenaires s'avérait beaucoup moins élevé lorsque les scores de sous-échelles et le score total du SES étaient utilisés pour cette analyse. Les résultats de ces analyses sont présentés dans les tableaux 2 et 3. En général, le niveau d'accord, quoique significatif, est modéré quant à la présence de comportements coercitifs quelconques (28 % pour les femmes victimes et 25,8 % pour les hommes victimes). De plus, en examinant le taux de coercition rapporté par chacun des partenaires (colonne 3 des tableaux 2 et 3), nous constatons que le taux de victimisation chez les femmes augmente, passant de 30,6 % à 45 %, tout comme le taux de victimisation chez les hommes, qui passe de 20,3 % à 29,8 %. La différence observée entre les taux rapportés par chacun des partenaires et les taux issus des données des couples suggère

que les victimes et les agresseurs, peu importe leur sexe, sous-estiment la prévalence de la coercition sexuelle.

Incidence de la coercition sexuelle dans les relations antérieures

Des analyses de fréquence ont été effectuées afin d'obtenir le taux de victimisation et de perpétration de la CS pour les femmes et les hommes au sein de leurs relations antérieures depuis l'âge de 14 ans (voir le tableau 4). Le taux de victimisation des femmes est presque le double de celui des hommes, tandis que le taux de perpétration rapporté par les hommes est presque le double de celui rapporté par les femmes. Des analyses de chi-carré ont été menées afin de comparer les taux de CS rapportés dans les relations antérieures avec ceux dévoilés au sein des relations actuelles. Les résultats montrent que les taux de victimisation sont significativement plus élevés au sein des relations antérieures pour les deux sexes ($\chi^2(1) = 43,15$, $p < ,001$ pour les femmes et $\chi^2(1) = 11,57$, $p < ,001$ pour les hommes). Cependant, les taux de perpétration de la coercition sexuelle s'avèrent significativement plus élevés dans les relations antérieures seulement pour les hommes ($\chi^2(1) = 7,95$, $p < ,001$).

Les analyses de fréquences utilisées afin d'examiner la coercition sexuelle réciproque dans les relations antérieures ont démontré que 43,4 % des femmes ($n = 95$) révèlent avoir été seulement victimes, 1,4 % ($n = 3$) signalent avoir été agresseurs et 19,2 % ($n = 42$) affirment avoir été à la fois victimes et agresseurs. Les taux équivalents pour les hommes sont de 10,1 % (22), 15,6 % (34) et 24,8 % (54) respectivement.

Discussion

La présente étude a été effectuée afin de documenter le taux de coercition sexuelle dans les couples hétérosexuels, selon la perception des deux partenaires, dans leur relation actuelle ainsi que dans leurs relations amoureuses antérieures. Le niveau d'accord entre les partenaires a également été examiné quant à la présence et à la réciprocity de la CS. Les résultats indiquent que plus de 50 % des couples vivent de la coercition sexuelle dans leur relation actuelle, et que, parmi eux, 20 % rapportaient de la CS réciproque. Malgré le taux élevé de coercition sexuelle, moins de 30 % des couples s'entendaient quant à sa présence dans leur relation. De plus, la CS était généralement sous-rapportée, tant par les victimes que les agresseurs, et ce, indépendamment de leur sexe. Par ailleurs, les femmes et les hommes dévoilaient un taux significativement plus élevé de CS au sein de leurs relations amoureuses antérieures qu'en regard de leur relation actuelle. Les femmes rapportaient davantage de victimisation, alors que les hommes dévoilaient davantage de perpétration et de CS réciproque dans leurs relations antérieures.

Coercition sexuelle au sein des couples

Près d'un tiers des femmes et un homme sur cinq ont affirmé être victimes de coercition sexuelle de la part de leur partenaire, alors qu'une femme sur cinq et un homme sur quatre ont avoué perpétrer de la coercition sexuelle dans leur couple. Les résultats révèlent une divergence entre les taux de coercition sexuelle rapportés au sein du couple, mais cette différence ne s'avère pas significative. Ces résultats ne confirment donc pas l'hypothèse selon laquelle les victimes identifient davantage de la CS au sein du couple que les agresseurs. De plus, le taux de victimisation chez les femmes et chez les hommes augmente à 45,0 % et 29,8 % respectivement lorsqu'on utilise l'évaluation de la CS de la part des deux membres du couple. Ces données suggèrent que la coercition sexuelle est prévalente dans les jeunes couples adultes. Par ailleurs, ces résultats sont semblables à ceux rapportés par O'Leary et Williams (2006) en ce qui a trait à la victimisation chez les femmes (42,8 %), mais ils diffèrent des taux de victimisation chez les hommes (21,4 %). La différence liée à la victimisation chez les hommes est possiblement liée à l'échantillonnage; l'échantillon de la présente étude incluait des étudiants universitaires, alors que l'échantillon de l'étude d'O'Leary et Williams comportait des couples plus âgés recrutés dans la communauté. Cette différence pourrait également être attribuée aux différentes mesures utilisées pour estimer la coercition sexuelle. Néanmoins, les données dyadiques de notre étude suggèrent que les mesures individuelles de CS sous-estiment sa prévalence. La perception inter-partenaires contribue ainsi à une évaluation plus juste du phénomène chez les couples. Par ailleurs, la collecte de données dyadiques peut aussi avoir un effet indirect qui encourage les deux membres d'un couple à répondre de façon plus honnête, puisque leurs réponses peuvent être comparées.

La présente étude démontre que les taux de coercition sexuelle rapportés sont similaires entre les victimes et les agresseurs des couples actuels. Toutefois, l'analyse de l'accord entre les partenaires indique que moins d'un couple sur trois fournit des réponses concordantes quant à la présence de CS au sein de leur relation amoureuse. Le faible taux d'accord inter-partenaires pourrait être attribué au fait que les participants ont tendance à rapporter des comportements moins sévères (contacts sexuels non désirés, coercition verbale), plutôt que des comportements plus sévères (agression sexuelle ou tentative d'agression sexuelle). Les actes de coercition moins sévères et ambigus sont davantage susceptibles de donner lieu à des interprétations différentes de la part de chacun des partenaires. Par exemple, si un seul des partenaires vit une relation sexuelle de façon négative, il sera davantage enclin à se souvenir de l'événement que son partenaire. Ces situations ambiguës pourraient être interprétées selon les scripts sexuels de chacun. En appui à cette analyse des résultats, Meyer et ses collaborateurs (1998) soulignent que les couples ayant vécu davantage de violence physique et sexuelle sévères présentent un taux plus élevé d'accord inter-partenaires, suggérant ainsi que la violence plus extrême laisse moins de place à l'interprétation.

L'examen des données quant à la réciprocité de la coercition sexuelle révèle que plus de la moitié des couples rapportent de la CS au sein de leur relation amoureuse, tandis qu'un couple sur cinq affirme vivre de la coercition réciproque. Dans l'échantillon de la présente étude, la victimisation des femmes était plus prévalente, affectant un couple sur quatre. L'hypothèse voulant que la majorité des couples coercitifs présentent de la CS mutuelle n'a donc pas été soutenue. Cela suggère que la CS est encore plus problématique pour les femmes que pour les hommes, et qu'elle ne montre pas un patron de réciprocité semblable à celui observé chez les couples vivant de la violence psychologique et physique. Par contre, il est possible que les victimes de CS choisissent la violence psychologique ou physique comme mesures de représailles au lieu de la CS (O'Leary et al., 2008; Próspero, 2008).

Coercition sexuelle au sein des relations antérieures

Les taux de victimisation chez les deux sexes ainsi que le taux de perpétration de la coercition sexuelle par les hommes étaient significativement plus élevés dans les relations antérieures que dans la relation amoureuse actuelle. Ces résultats corroborent l'hypothèse suggérant une meilleure identification de la coercition au sein des relations antérieures. Les participants ayant vécu de la coercition au sein de leurs relations antérieures pourraient être enclins à éviter les relations coercitives, ce qui expliquerait un taux plus faible de coercition dans les relations actuelles. Il est aussi possible que les répondants interprètent la coercition vécue dans leurs relations actuelles comme étant moins grave, ce qui justifierait qu'ils demeurent dans ces relations (Arriaga, 2002). Dans le même ordre d'idées, les participants pourraient être plus à l'aise d'identifier les comportements coercitifs dans leurs relations terminées et moins portés à les minimiser, les relations passées étant moins susceptibles d'entraîner un phénomène de dissonance cognitive. La théorie de dissonance cognitive (Festinger, 1957) postule que lorsque les comportements et les croyances ne concordent pas, une personne vivra de l'inconfort et, par conséquent, sera portée à modifier ses cognitions pour réduire la dissonance. Ainsi, une personne qui ne croit pas que la coercition sexuelle est acceptable dans un couple mais qui maintient une relation malgré la présence de CS aura tendance à minimiser la CS. Finalement, les comportements de CS pourraient augmenter dans des moments plus difficiles et conflictuels des relations amoureuses ou à la fin de celles-ci. Les partenaires pourraient alors se sentir moins attachés émotionnellement et, de ce fait, être plus enclins à utiliser des moyens de communication et des aptitudes de négociation sexuelle coercitifs, ce qui pourrait évoluer vers des conflits au sein de la relation et augmenter l'utilisation de CS.

En examinant les taux de CS dans les relations antérieures, nous constatons que les femmes rapportaient plus de victimisation (62,8 %) que de perpétration (20,5 %), tandis que les hommes rapportaient plus de perpétration (40,4 %) que de victimisation (35,2 %). Ces résultats sont plus élevés et discordants que les taux observés dans

les relations actuelles. Par contre, ces résultats sont semblables à ceux des études non dyadiques. Ces différences de taux peuvent être liées à une tendance à rapporter de la CS plus objectivement lorsque la relation est terminée. Il est aussi possible que les hommes et les femmes se souviennent mieux des événements qui concordent avec leurs scripts sexuels. Les femmes auraient donc davantage tendance à se rappeler des objections non respectées, tandis que les hommes se rappelleraient plutôt des séductions difficiles. Malgré les différences, le taux de réciprocité de la coercition sexuelle est toutefois semblable pour les relations amoureuses antérieures et actuelles (19,2 % et 24,8 %). Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, puisqu'ils ne reflètent pas nécessairement la coercition réciproque dans une relation amoureuse antérieure en particulier. Conséquemment, il est possible qu'un participant ait été victime dans une relation et agresseur dans une autre. Les futures études devraient idéalement examiner si les partenaires vivant des relations de coercition réciproque ont tendance à se retrouver continuellement dans ce type de relation.

Limites et implications

L'étude actuelle comporte certaines limites. Puisque la passation des questionnaires n'a pas été effectuée simultanément pour chaque membre des couples, il est possible que des facteurs confondants aient influencé les réponses des partenaires. De plus, les taux attribués au passé sexuel coercitif pourraient être reliés au nombre plus élevé de relations amoureuses antérieures ainsi qu'à leur durée, ce qui pourrait représenter une seconde limite. Idéalement, les études futures pourront considérer l'évaluation de la coercition sexuelle dans chacune des relations antérieures afin d'obtenir une meilleure compréhension de l'évolution de la CS. Finalement, l'utilisation d'un échantillon d'étudiants universitaires, plutôt qu'un échantillon clinique ou issu de la communauté, pourrait limiter notre compréhension des formes de CS plus sévères.

Malgré ces limites, les résultats de cette étude présentent d'importantes implications au plan conceptuel. D'abord, le fait que les participants rapportent une coercition sexuelle moins sévère ainsi qu'une fréquence moins élevée dans les relations actuelles comparativement aux relations antérieures semble appuyer la théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957). La minimisation ou la réinterprétation de la CS comme un acte ou une tentative de séduction pourrait aider la victime à mieux gérer ces situations difficiles, mais cela risque aussi de l'empêcher de mettre fin à la relation (Arriaga, 2002). De plus, les répondants pourraient interpréter les comportements de CS moins sévères comme étant « normaux » et les rapporter plus facilement, alors que la désirabilité sociale et la dissonance cognitive pourraient empêcher l'identification de CS sévère. Par ailleurs, le faible taux d'accord inter-partenaires en lien avec la présence de coercition sexuelle suggère que les deux membres ne sont pas toujours objectifs au sujet de la CS dans leur couple, mais plutôt subjectifs en fonction de leurs croyances et de leurs propres scripts sexuels. Les résultats indiquent d'ailleurs que la

majorité des couples n'est pas dans une situation de CS réciproque. La compréhension de la CS se ferait donc davantage à travers une évaluation globale de la violence au sein de la relation amoureuse (Johnson, 1995, 2001). En effet, être une femme représente encore un facteur de risque important quant à la victimisation de coercition sexuelle dans les relations.

La présente étude démontre que l'implication des deux partenaires demeure nécessaire à la réalisation de futures études afin d'améliorer la compréhension de la coercition sexuelle. Une étude longitudinale serait utile afin d'examiner les comportements de CS lors des différentes étapes d'une relation amoureuse. De telles informations permettraient de vérifier si la CS est constante ou si elle fluctue selon les phases de la relation et les situations. De plus, les études futures devraient examiner les facteurs qui différencient les couples vivant de la CS réciproque de ceux vivant de la CS unidirectionnelle.

Sur le plan clinique, les résultats ont démontré que la coercition sexuelle est sous-dévoilée, autant par les victimes que par les agresseurs. Cela témoigne de la nécessité pour les cliniciens d'évaluer et d'intervenir avec les deux membres du couple concernés par la coercition sexuelle. Plus précisément, les tactiques de négociation sexuelle doivent être systématiquement évaluées en thérapie afin de mieux circonscrire le phénomène de la CS, qui serait sous-dévoilée chez les couples. De plus, en évaluant la CS, les situations de négociations sexuelles ambiguës pourraient être mieux interprétées par les partenaires. Que les comportements sexuels coercitifs soient identifiés comme tels ou non par le couple, les interventions cliniques doivent viser une meilleure communication entre les partenaires lors de la négociation sexuelle. Cette communication pourra permettre aux partenaires de comprendre la perception des interactions de l'un et de l'autre, et de faire respecter les limites de chacun. Idéalement, c'est en discutant que les couples pourraient améliorer leurs relations sexuelles et réduire le risque de coercition sexuelle.

TABLEAU 1
Les caractéristiques des participants (N = 222 couples)

| CARACTÉRISTIQUES | FEMMES | | HOMMES | |
|---|----------|------|----------|------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Âge | | | | |
| 18-20 | 66 | 29,9 | 33 | 14,9 |
| 21-30 | 135 | 61,1 | 154 | 69,7 |
| 31-40 | 12 | 5,4 | 22 | 9,9 |
| 41-60 | 8 | 3,6 | 12 | 5,4 |
| Statut étudiant | | | | |
| 1 ^{ère} année baccalauréat | 91 | 41,0 | 26 | 11,8 |
| 2 ^e -3 ^e année baccalauréat | 79 | 35,6 | 44 | 19,9 |
| 4 ^e année baccalauréat - M.A. | 26 | 11,7 | 15 | 6,8 |
| Pas étudiant/e | 26 | 11,7 | 136 | 61,5 |
| Fréquence des relations sexuelles | | | | |
| Une fois par jour | 21 | 9,5 | 23 | 10,4 |
| Une fois par semaine | 168 | 76,4 | 172 | 77,5 |
| Une fois par mois | 26 | 11,8 | 20 | 9,0 |
| Moins d'une fois par mois | 5 | 2,3 | 7 | 3,1 |
| Fréquence désirée des relations sexuelles | | | | |
| Beaucoup plus | 14 | 6,4 | 40 | 18,1 |
| Un peu plus | 105 | 47,7 | 104 | 47,1 |
| Pareil | 96 | 43,6 | 77 | 34,8 |
| Moins | 5 | 2,3 | 0 | 0,0 |
| Âge lors du premier coït | | | | |
| 11-15 | 77 | 34,8 | 44 | 19,9 |
| 16-17 | 80 | 36,2 | 84 | 38,0 |
| 18-19 | 36 | 20,9 | 62 | 28,0 |
| 20-24 | 16 | 7,2 | 28 | 12,7 |
| 25 ou plus | 2 | 0,9 | 3 | 1,4 |
| Nombre de partenaires sexuels | | | | |
| Un/e | 47 | 21,3 | 41 | 18,5 |
| 2-3 | 55 | 24,9 | 51 | 23,0 |
| 4-10 | 75 | 33,9 | 84 | 37,8 |
| 11-20 | 31 | 14,0 | 26 | 11,7 |
| Plus de 20 | 13 | 5,9 | 20 | 9,0 |

TABLEAU 2
Accord inter-partenaires sur la victimisation de la femme dans le couple

| TYPE DE COERCITION | VICTIMISATION RAPPORTÉE PAR LA FEMME | PERPÉTRATION RAPPORTÉE PAR L'HOMME | COERCITION RAPPORTÉE PAR AU MOINS UN MEMBRE DU COUPLE | ACCORD INTER-PARTENAIRES SUR LA VICTIMISATION DE LA FEMME | KAPPA |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---|---|---------|
| Contact sexuel non désiré | 45 (20,3 %) | 35 (15,8 %) | 68 (30,7 %) | 12/68 = 17,6 % | ,149* |
| Tentative de viol | 5 (2,3 %) | 7 (3,2 %) | 11 (5,0 %) | 1/11 = 9,1 % | NV |
| Coercition sexuelle verbale | 53 (23,9 %) | 47 (21,2 %) | 80 (36,4 %) | 20/80 = 25 % | ,226*** |
| Viol | 5 (2,3 %) | 4 (1,8 %) | 8 (3,7 %) | 1/8 = 12,5 % | NV |
| Total† | 68 (30,6 %) | 60 (27,0 %) | 100 (45,0 %) | 28/100 = 28,0 % | ,211** |

Notes : SES = Sexual Experience Survey.

NV = Non valide car certaines cellules avaient moins de 5 items.

*p <,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

† au moins un événement de coercition rapporté.

TABLEAU 3
Accord inter-partenaires sur la victimisation de l'homme dans le couple

| TYPE DE COERCITION | VICTIMISATION RAPPORTÉE PAR L'HOMME | PERPÉTRATION RAPPORTÉE PAR LA FEMME | COERCITION RAPPORTÉE PAR AU MOINS UN MEMBRE DU COUPLE | ACCORD INTER-PARTENAIRES SUR LA VICTIMISATION DE L'HOMME | KAPPA |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|---------|
| Contact sexuel non voulu | 33 (14,9 %) | 28 (12,6 %) | 50 (22,6 %) | 11/50 = 22,0 % | ,260*** |
| Tentative de viol | 1 (0,5 %) | 5 (2,3 %) | 6 (2,8 %) | 0 (0,0 %) | NV |
| Coercition sexuelle verbale | 25 (11,3 %) | 23 (10,4 %) | 41 (18,5 %) | 7/41 = 17,1 % | ,206** |
| Viol | 0 (0,0 %) | 0 (0,0 %) | 0 (0,0 %) | 0 (0,0%) | — |
| Total† | 45 (20,3 %) | 38 (17,1 %) | 66 (29,8 %) | 17/66 = 25,8 % | ,275*** |

Notes : SES = Sexual Experience Survey.

NV = Non valide car certaines cellules avaient moins de 5 items.

p < 0,01 *p < 0,001

† au moins un évènement de coercition rapporté.

TABLEAU 4
Prévalence de coercition sexuelle dans les relations antérieures

| TYPE DE COERCITION | VICTIMISATION RAPPORTÉE PAR LA FEMME | PERPÉTRATION RAPPORTÉE PAR LA FEMME | VICTIMISATION RAPPORTÉE PAR L'HOMME | PERPÉTRATION RAPPORTÉE PAR L'HOMME |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| Contact sexuel non désiré | 123 (56,4 %) | 36 (16,4 %) | 56 (25,6 %) | 78 (35,8 %) |
| Tentative de viol | 44 (20,2 %) | 7 (3,2 %) | 7 (3,2 %) | 14 (6,4%) |
| Coercition sexuelle verbale | 108 (49,5 %) | 28 (12,8 %) | 50 (22,8 %) | 68 (31,2 %) |
| Viol | 33 (15,1 %) | 8 (3,7 %) | 4 (1,8 %) | 5 (2,3 %) |
| Total† | 137 (62,8 %) | 45 (20,5 %) | 77 (35,2 %) | 88 (40,4 %) |

Note : † au moins un évènement de coercition rapporté.

Bibliographie

Abbey, A., Parkhill, M. R., & Koss, M. P. (2005). The effects of frame of reference on responses to questions about sexual assault victimization and perpetration. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 364-373.

Anderson, P. B., & Sorensen, W. (1999). Male and female differences in reports of women's heterosexual initiation and aggression. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 243-253.

Arriaga, X. B. (2002). Joking violence among highly committed individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 591-610.

Basile, K. C. (2002). Prevalence of wife rape and other intimate partner sexual coercion in a nationally representative sample of women. *Violence and Victims*, 17, 511-524.

Caetano, R., Schafer, J., Field, C., & Nelson, S. M. (2002). Agreement on reports of intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 1308-1322.

Campbell, J. C., Baty, M. L., Laughon, K., & Woods, A. (2009). Health effects of partner violence: Aiming toward prevention. In D. J. Whitaker & J. R. Lutzker (Eds.), *Preventing partner violence* (pp.113-138). Washington, D.C.: American Psychological Association.

De Visser, R. O., Rissel, C. E., Richters, J., & Smith, A. M. A. (2007). The impact of sexual coercion on psychological, physical, and sexual well-being in a representative sample of Australian women. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 676-686.

Feinstein, A. R., & Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, 543-549.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University.

Hartwick, C., Desmarais, S., & Hennig, K. (2007). Characteristics of male and female victims of sexual coercion. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 16, 31-44.

Impett, E. A., Peplau, L. A., & Gable, S. L. (2005). Approach and avoidance sexual motives: Implications for personal and interpersonal well-being. *Personal Relationships*, 12, 465-482.

Johnson, I. M., & Sigler, R. T. (2000). Forced sexual intercourse among intimates. *Journal of Family Violence*, 15, 95-108.

Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.

Johnson, M. P. (2001). Conflict and control: Symmetry and asymmetry in domestic violence. In A. Booth, A. C. Crouter, & M. Clements (Eds.), *Couples in conflict* (pp.95-104). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Kolivas, E. D., & Gross, A. M. (2007). Assessing sexual aggression: Addressing the gap between rape victimization and perpetration prevalence rates. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 315-328.

Koss, M. P., Dinero, T. E., Siebel, C. A., & Cox, S. L. (1988). Stranger and acquaintance rape: Are there differences in victim's experience? *Psychology of Women Quarterly*, 12, 1-24.

- Koss, M. P., & Gidycz, C. A. (1985). Sexual Experiences Survey: Reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 422-423.
- Koss, M. P., Gidycz, C. A., & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162-170.
- Koss, M. P., & Oros, C. J. (1982). Sexual Experiences Survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 455-457.
- Krahé, B., Scheinberger-Olwig, R., & Bieneck, S. (2003). Men's report of nonconsensual sexual interactions with women: Prevalence and impact. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 165-175.
- Krahé, B., Waizenhöfer, E., & Möller, I. (2003). Women's sexual aggression against men: Prevalence and predictors. *Sex Roles*, 49, 219-232.
- Larimer, M. E., Lydum, A. R., Anderson, B. K., & Turner, A. P. (1999). Male and female recipients of unwanted sexual contact in a college student sample: Prevalence rates, alcohol use, and depression symptoms. *Sex Roles*, 40, 295-308.
- Lawrance, K.-A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- Meyer, S.-L., Vivian, D., & O'Leary, K. D. (1998). Men's sexual aggression in marriage: Couples' reports. *Violence Against Women*, 4, 415-465.
- Offman, A., & Matheson, K. (2004). The sexual self-perceptions of young women experiencing abuse in dating relationships. *Sex Roles*, 51, 551-560.
- O'Leary, K. D., Slep, A. M. S., Avery-Leaf, S., & Cascardi, M. (2008). Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. *Journal of Adolescent Health*, 42, 473-479.
- O'Leary, K. D., & Williams, M. C. (2006). Agreement about acts of aggression in marriage. *Journal of Family Psychology*, 20, 656-662.
- O'Sullivan, L. F., Byers, E. S., & Finkelman, L. (1998). A comparison of male and female college students' experiences of sexual coercion. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 177-195.
- Poitras, M., & Lavoie, F. (1995). A study of the prevalence of sexual coercion in adolescent heterosexual dating relationships in a Quebec sample. *Violence and Victims*, 10, 299-313.
- Próspero, M. (2008). The effect of coercion on aggression and mental health among reciprocally violent couples. *Journal of Family Violence*, 23, 195-202.
- Ramisetty-Mikler, S., Caetano, R., & McGrath, C. (2007). Sexual aggression among White, Black and Hispanic couples in the U.S.: Alcohol use, physical assault and psychological aggression as its correlates. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 31-43.
- Spitzberg, B. H. (1998). Sexual coercion in courtship relations. In B. H. Spitzberg & W. R. Cupach (Eds.), *The dark side of close relationships* (pp.179-232). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum associates.

Spitzberg, B. H. (1999). An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence and Victims*, 14, 241-260.

Struckman-Johnson, C., Struckman-Johnson, D., & Anderson, P. B. (2003). Tactics of sexual coercion: When men and women won't take No for an answer. *The Journal of Sex Research*, 40, 76-86.

Williams, S. L., & Frieze, I. H. (2005). Patterns of violent relationships, psychological distress, and marital satisfaction in a national sample of men and women. *Sex Roles*, 52, 771-784.

**PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES CHEZ LES AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE
SUR ENFANT. ADAPTATION DU MODÈLE DE BECK :
CROYANCES ANTICIPATOIRES, SOULAGEANTES ET PERMISSIVES (A.S.P.)¹**

Olivier Vanderstukken, Marc Hautekeete et Marion Robin

Avant-propos

Les auteurs d'agression sexuelle représentent une population caractérisée par une grande hétérogénéité, ce qui rend difficile la compréhension des délits et crimes sexuels. Les modèles multifactoriels, ainsi que les études portant sur les distorsions cognitives relatives au passage à l'acte ont ouvert la réflexion sur de nouvelles pistes de compréhension des processus conduisant au passage à l'acte. Il reste aujourd'hui à mieux comprendre la nature et le rôle des distorsions cognitives dans les infractions sexuelles (Howitt & Sheldon, 2007).

Cette recherche a pour objectif la mise en lumière de l'existence de croyances anticipatoires, soulageantes et permissives (A.S.P.) chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant.

En effet, les croyances A.S.P. mises au jour par Beck et ses collaborateurs (1993), issues d'un modèle cognitif des comportements addictifs, sont proches du concept de distorsions cognitives relatives au passage à l'acte développé par Abel et Becker (1989) dans le champ de l'étude des auteurs d'agression sexuelle. L'identification de ces croyances A.S.P. permettrait de mieux connaître les mécanismes menant au passage à l'acte, et apporterait de nouvelles pistes de prise en charge. Si la présence de croyances A.S.P. s'avère effective, elle pourrait amener des éléments confirmant la présence de distorsions cognitives avant le passage à l'acte. Sur le plan thérapeutique, la connaissance des croyances A.S.P. pourrait aider à la restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles, afin de prévenir et gérer l'envie d'un potentiel nouveau passage à l'acte. Cette recherche se veut exploratoire.

1. Pour citer ce chapitre : Vanderstukken, O., Hautekeete, M., & Robin, M. (2011). Pensées dysfonctionnelles chez les agresseurs sexuels sur enfant. Adaptation du modèle de Beck, croyances, croyances anticipatoires, soulageantes, permissives (A.S.P.). In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis* (pp. 198-213). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

Fondements théoriques concernant les distorsions cognitives

La littérature scientifique rappelle que les auteurs d'agression sexuelle d'enfant présentent, entre autres choses, des déficits de compétences sociales et relationnelles (Hall & Hirschman, 1992; Marshall & Barbaree, 1990), des difficultés de gestion émotionnelle (Nunes, Firestone, & Baldwin, 2007) et une image négative de soi (Hosser & Bosold, 2006). Ils présentent aussi des distorsions cognitives, relatives au passage à l'acte, qui apparaissent spécifiques à cette population (Arkowitz & Vess, 2003; Bumby, 1996; Howitt & Sheldon, 2007; Vanderstukken, Schiza, Archer, & Pham, 2007).

Le concept de distorsions cognitives a été défini dans le champ de la dépression comme « un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou distordues de la réalité » (Beck, 1963). Ce concept a ensuite été repris et développé, dans le champ de la clinique des auteurs d'agression sexuelle, par Abel et Becker (1989). Dans ce cadre, elles sont définies comme l'expression des croyances erronées associées au passage à l'acte. Ce concept est né de l'évaluation clinique (entretiens) des auteurs d'agression sexuelle incarcérés, et donc dans l'après-coup du passage à l'acte. Les distorsions cognitives s'expriment sous forme de pensées, comme : « Les enfants aiment avoir des relations sexuelles, car ils se sentent alors aimés »; « Les enfants manifestent toujours plus d'amour et d'acceptation que les adultes »; « Si l'on n'utilise pas la force pour avoir une relation sexuelle avec un enfant, il n'en souffrira pas »; ou encore « L'activité sexuelle avec un enfant peut l'aider à se renseigner sur la sexualité » (Molest Scale, Bumby, 1996). Maruna et Mann (2006), ainsi que Polaschek et Gannon (2004) proposent de définir les distorsions cognitives comme un processus qui permet de dénier, minimiser et justifier son comportement. Elles servent donc à la réduction de la perception de responsabilité (Abel et al., 1984; Murphy, 1990) et à la déculpabilisation de ses actions moralement répréhensibles (Howitt & Sheldon, 2007), en plus de permettre le maintien de l'estime personnelle (Gannon & Polaschek, 2006). Elles sont, dans ce cadre, des rationalisations construites après l'agression, et seraient donc à entendre comme un facteur de maintien (Abel et al., 1989; Murphy, 1990).

D'autres auteurs (Finkelhor, 1984; Horley & Quinsey, 1994; Milhailides, Devily, & Ward, 2004; Ward, Laws, & Hudson, 2003) sont partisans de la préexistence des distorsions cognitives (avant l'agression sexuelle). Selon ceux-ci, elles représentent une déformation systématique de la réalité pour rendre l'environnement cohérent aux schémas activés; les données sont donc organisées et interprétées en mémoire, de manière à ce qu'elles s'accordent avec les schémas préexistants (Ward, Hudson, Johnston, & Marshall, 1997). Ces auteurs soutiennent l'idée qu'il existe des processus de restructuration non conscients dans une mémoire active. Les distorsions cognitives sont alors appréhendées en tant qu'expression de croyances, pensées sur les comportements déviants. Elles sont issues de « théories causales sous-jacentes », tels les schémas ou théories implicites (Marziano, Ward, Beech, & Pattison, 2006). Dans ce cadre, elles jouent un rôle dans le processus de l'agression. Elles permettent de lever les inhibi-

tions internes (Finkelhor, 1984). Pour de nombreux auteurs (Finkelhor, 1984; Horley & Quinsey, 1994; Ward et al., 2003), les distorsions cognitives émergent graduellement avant l'agression sexuelle pour s'intensifier avant le passage à l'acte. Selon Ward et al. (1997), les distorsions cognitives sont une sorte de « laissez-passer » vers l'agression sexuelle. Les opinions divergent concernant la question de la primauté ou la postérité des distorsions cognitives sur le passage à l'acte. Ce problème rappelle celui de la poule et de l'œuf.

Modèle de prévention de la récidive et place des distorsions cognitives

Le modèle de la prévention de la récidive trouve ses origines dans les théories de l'apprentissage social (Bandura, 1986), ainsi que dans le domaine de la toxicomanie (George & Marlatt, 1989). Il a ensuite été adapté pour les actes violents et les agressions sexuelles (Laws, 1989). Il s'agit d'un programme d'autocontrôle, dont l'objectif est d'éviter que le processus qui mène un individu à commettre une agression sexuelle ne se déclenche à nouveau. La prévention de la récidive, en tant que modalité thérapeutique, se réfère à une série de facteurs conduisant un individu à commettre une agression sexuelle : c'est la chaîne des événements qui conduisent au passage à l'acte. Ainsi, la prévention de la récidive, en tant que modalité thérapeutique, vise à aider l'auteur d'agression sexuelle à percevoir les signaux d'alarme (comportements, affects, cognitions), ainsi que les situations à haut risque. Elle a pour objectif l'apprentissage de stratégies d'adaptation efficaces, afin que le processus amenant à la violence sexuelle ne se déclenche pas à nouveau. Les distorsions cognitives sont donc des éléments constitutifs de cette chaîne (Beech & Ward, 2004; Carich, 1994; Carich, Gray, Rombouts, Stone, & Pithers, 1995; Freeman-Longo & Pithers, 1992; Lane, 1991, 1997; Salter, 1995), avec toutefois les mêmes débats concernant leur place : avant ou après le passage à l'acte? Selon Johnston et Ward (1996), il est important de comprendre au mieux les mécanismes cognitifs impliqués dans l'origine et le déroulement des processus sous-jacents au passage à l'acte.

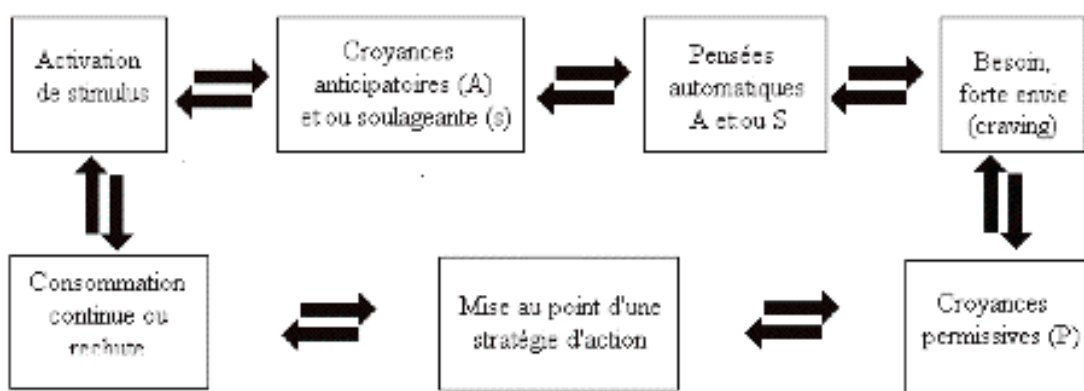
Les croyances Anticipatoires, Soulageantes et Permissives

La présence hypothétique de croyances de type A.S.P. permettrait sans doute d'éclaircir les liens entre les distorsions cognitives et leur place dans la chaîne de l'abus. Les croyances Anticipatoires, Soulageantes et Permissives (croyances A.S.P.) ont été introduites et définies par Beck, Wright, Newman et Liese en 1993 aux fins de l'élaboration du modèle cognitif des comportements addictifs. Selon ce modèle, certains stimuli entraînent l'activation de croyances correspondant à l'élaboration et à l'expression des schémas cognitifs. Ces croyances sont inconscientes, profondément ancrées en mémoire et correspondent à des règles de fonctionnement personnelles. Plus précisément, ces quatre auteurs postulent l'existence de trois types de croyances. Dans un premier temps, les croyances sont anticipatoires : elles sont des pensées auto-

matiques prédictives correspondant à l'attente d'effets positifs à propos d'un produit ou d'une action, à savoir l'attente de bien-être, d'efficacité accrue et d'aide dans les relations sociales. Ensuite, les croyances soulageantes correspondent à l'attente de la réduction d'une souffrance et amènent au *craving* (envie constante et irrépressible, en dépit de la motivation et des efforts de la personne pour y échapper). Enfin, les croyances permissives conduisent la personne à légitimer son comportement, malgré les diverses difficultés qui apparaissent.

D'après Beck et al. (1993), les deux premières croyances anticipatoires et soulageantes sont activées par des stimuli à risque. Ces derniers donnent lieu à des pensées automatiques, provoquant ainsi de fortes envies de consommer. C'est seulement quand l'envie de consommer se fait ressentir que les croyances permissives vont être déclenchées, donnant en quelque sorte « l'autorisation » de consommer. À partir de ce moment, le sujet élabore un plan d'actions pour répondre à ses envies. Les croyances anticipatoires comme les croyances soulageantes peuvent déclencher à elles seules les croyances permissives et le passage à l'acte. Toutefois, il n'est pas impossible que ces deux croyances soient présentes en même temps.

FIGURE 1
Modèle des addictions de Beck, Wright, Newman et Liese (1993)



De ces trois croyances de base découlent les pensées automatiques, verbalisables et donc quantifiables. Celles-ci sont brèves, répétitives, et exercent une grande influence sur les émotions et les comportements. Elles sont la manifestation des croyances centrales, et nous en permettent l'accès.

Il existe donc un ensemble de convergences entre la littérature actuelle sur les distorsions cognitives des auteurs d'agression sexuelle et le modèle de Beck et al. (1993). Leur rôle au regard de la chaîne de l'abus ou du modèle de la dépendance renvoie à de nombreux parallélismes. Les distorsions cognitives, telles qu'elles sont évoquées par les différents auteurs, pourraient rencontrer les trois catégories répondant à la

définition de Beck des croyances A, S, et P. Notre recherche postule que les auteurs d'agression sexuelle devraient avoir des scores plus élevés qu'une population contrôle sur les trois sous-échelles (A, S et P), ainsi que sur le score global du questionnaire créé (Robin, Hautekeete, & Vanderstukken, 2008). Ces scores devraient obtenir des corrélations positives à ceux obtenus à la *Molest Scale*, évaluant les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle sur enfant. Ces hypothèses ouvrant de nouvelles portes théorico-cliniques doivent être confrontées aux résultats de la recherche.

Procédure

Participants

Notre recherche a pris place dans un établissement pénitentiaire du Nord de la France : le Centre de détention de Loos. La population de notre étude était constituée d'hommes majeurs et condamnés, ayant tous accepté de participer volontairement à celle-ci. Cette recherche s'est déroulée dans un cadre de confidentialité et d'anonymat. L'utilisation d'échelles auto-évaluatives pour l'analyse des distorsions cognitives et des croyances A.S.P. nous a conduits à définir la présence d'une déficience intellectuelle (Q.I. < 70) ou celle de troubles liés à la psychose (M.I.N.I.) comme étant des critères d'exclusion à la participation à l'étude, afin de nous assurer de la bonne compréhension des items par les participants. Ces derniers (N = 45) étaient répartis en quatre groupes : les auteurs d'agression sexuelle sur enfant (AASE, N = 22), qui étaient des sujets condamnés pour agression(s) sexuelle(s) et/ou viol(s) sur mineur(e)(s) de 15 ans ou moins (garçons ou filles), dont 13 intra-familiaux (pères incestueux ou autres personnes de la famille), 6 extra-familiaux (sujets qui n'ont aucun lien de parenté avec la victime) et 3 « mixtes » ; le groupe contrôle (N = 23) constitué de délinquants violents non sexuels (N = 12), qui étaient des sujets condamnés pour actes violents de nature autre que sexuelle (coups et blessures, homicides, assassinats) ; et les délinquants non violents (N = 11), qui étaient des sujets condamnés pour actes non violents (délinquance financière, escroquerie, infractions à la législation sur les stupéfiants, vol simple).

Les instruments

L'effcience intellectuelle a été évaluée à l'aide de la formule de Silverstein (1990) afin de s'assurer de la bonne compréhension des différentes échelles auto-évaluatives. Il s'agit d'une formule abrégée de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adulte révisée (WAIS-R). Tant Wechsler (1944) que Silverstein (1990) considèrent qu'une formule abrégée permet d'obtenir une estimation rapide du fonctionnement intellectuel, mais ne peut en aucun cas remplacer la formule complète de cette échelle pour une évaluation clinique.

Formule de conversion des deux notes standards en Q.I.

$$Q.I. = 2.9 (\text{Note standard Vocabulaire} + \text{Note standard Cubes}) + 41$$

La présence de troubles mentaux a été évaluée par le biais du *Mini International Neuropsychiatric Interview* ou M.I.N.I. (version CIM 10, OMS, 1998). Développé par Lecrubier et ses collaborateurs (1998) dans sa version française, le M.I.N.I. est un entretien diagnostique structuré permettant d'explorer de façon standardisée chacun des critères nécessaires à l'établissement des principaux diagnostics psychiatriques tels qu'ils sont définis dans le *DSM-IV* (A.P.A., 2000). Cet outil est un instrument modulaire, c'est-à-dire que chaque module peut être administré séparément. Pour chaque trouble, on compte deux à quatre questions filtres permettant le dépistage des symptômes. Le M.I.N.I. contient 120 questions. Le mode de passation privilégié est l'entretien clinique. La durée de passation totale varie entre 20 et 40 minutes.

La *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (Crowne & Marlowe, 1960) a été utilisée pour l'évaluation auto-rapportée de la désirabilité sociale des participants. Il s'agit d'une échelle communément employée pour évaluer cette variable en dehors de contextes psychopathologiques (Bumby, 1996). L'échelle de désirabilité sociale permet d'évaluer la susceptibilité des personnes à être influencées par le niveau de désirabilité sociale de leurs réponses. Les personnes très influencées par la désirabilité sociale seraient donc plus hésitantes à avouer certains comportements ou émotions peu désirables. Elles obtiennent ainsi un score plus élevé. Elle comporte 33 items et emploie un format de réponse de type « vrai / faux ». Parmi ces 33 items, 18 sont orientés positivement et 15 négativement afin de rendre l'interprétation des réponses plus difficile. Plus le score total est élevé, plus la désirabilité sociale est marquée. Cependant, il n'existe pas de note seuil pour déterminer une désirabilité sociale « critique ».

L'évaluation des distorsions cognitives a été réalisée par la *Molest Scale*, qui évalue les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle d'enfant (Bumby, 1996).

C'est un questionnaire auto-rapporté, constitué de 38 items. Les participants expriment leur opinion sur une échelle Likert à quatre points (de 1 à 4), allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord ». Le score total varie donc entre 38 et 152. Ces items sont écrits tels que « Mieux vaut avoir des rapports avec son enfant que de tromper sa femme » ; « Certains enfants veulent et désirent ardemment avoir une activité sexuelle avec des adultes ». Aucun item ne se cote de manière inversée. Plus le score total est élevé, plus les distorsions sont nombreuses et robustes. Cet auto-questionnaire possède d'excellentes qualités psychométriques, les meilleures sur le marché actuellement (Arkowitz & Vess, 2003; Marshall, Marshall, Sachdev, & Kruger, 2003; Vanhouche & Vertommen, 1999; Vanderstucken, Pham, Menghini, & Willocq, 2006). La cohérence interne de l'échelle, dans l'étude de Bumby (1996), est très bonne (coefficient $\alpha = 0,97$), ce qui est par ailleurs confirmé par Arkowitz et Vess (2003; $\alpha = 0,95$), ainsi que Marshall et ses collègues (2003, $\alpha = 0,89$). La recherche menée par Bumby

(1996) montre que sa fiabilité test-retest est bonne (sur deux semaines d'intervalle) ; elle est l'indicateur d'une bonne stabilité dans le temps ($r = 0,84$, $p < 0,001$). Ces excellentes qualités psychométriques ont été retrouvées et confirmées sur un échantillon de 89 sujets, dont 58 auteurs d'agression sexuelle francophones européens incarcérés dans le Nord de la France (Vanderstukken et al., 2007).

Enfin, pour l'évaluation des croyances A.S.P., les auteurs (Robin et al., 2008) ont construit un instrument d'évaluation auto-rapporté des croyances A.S.P. chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant – le *Questionnaire des croyances A.S.P. des AASE* – et ce, tout comme l'avaient fait Hautekeete, Cousin et Graziani (1999) en ce qui concernait la création d'un questionnaire sur les croyances A, S, et P chez les personnes alcoolodépendantes. Les items des trois catégories proposées par Beck et al. (A, S, P, 2003) ont été rédigés à partir de la littérature scientifique sur ce thème et d'entretiens exploratoires pour formuler des manifestations possibles de ces trois schémas de base. Le questionnaire est composé de 30 items, 10 par catégorie de croyances. Ces items ont ensuite été soumis à une dizaine de juges (Master 2, thèse de psychologie, chercheurs et enseignants-chercheurs ne participant pas à la recherche). L'objectif était que ceux-ci retrouvent la catégorie d'appartenance de chaque item afin de s'assurer qu'il y ait bien une application subjective des items dans les croyances. Il y a eu unanimité, ce qui validait la catégorisation des items. Cependant, les juges devaient aussi indiquer les items dont la rédaction pouvait poser un problème d'interprétation. Sur cette base, les items mal rédigés ont pu également être retravaillés ou remplacés. La construction du questionnaire à proprement parler a été équilibrée et contrôlée. Les items ont été répartis aléatoirement dans le questionnaire. Ces deux items appartiennent aux croyances anticipatoires : «Avoir une relation sexuelle avec un enfant, c'est lui montrer qu'on l'aime bien» ; «Caresser un enfant avec une intention sexuelle permet de se sentir mieux». Dans les croyances soulageantes, nous retrouvons : «Avoir une relation intime avec un enfant soulage de la dureté du monde adulte» ; «Il y a moins de crainte à avoir dans le cadre de relation sexuelle avec un enfant». Enfin, dans les croyances permissives : «Un enfant a besoin qu'un adulte fasse son éducation sexuelle en l'initiant au sexe» ; «Le besoin sexuel des hommes est incontrôlable». Une échelle de type Likert à cinq degrés a été adoptée pour la cotation, allant de 0 («pas du tout d'accord») à 4 («tout à fait d'accord»). Ainsi, nous obtenons quatre notes de base correspondant aux catégories A, S, P, et A.S.P. global. De plus, précisons que les scores possibles vont de 0 à 4 points par item, ce qui fait de 0 à 40 points par croyance. Le score total A.S.P. peut donc s'étendre de 0 à 120 points. Plus le score est élevé, plus on relève la présence de croyances A, S, et P.

Résultats

Les auteurs d'agression sexuelle sur enfant sont plus âgés que les sujets contrôles ($M = 41,14$ (ÉT = 9,50) contre $M = 33,39$ (ÉT = 10,96) ; $t(43) = 2,53$; $p = 0,015$), leur

durée de détention plus longue ($m(\text{mois}) = M = 46,5$ ($\hat{E}T = 21,18$) contre $M = 22,17$ ($\hat{E}T = 25,68$) ; $t(43) = 3,46$ $p = 0,001$) ; ils ont moins d'antécédents de consommation de drogue ($\chi^2 = 14,42$; $p < 0,0002$).

Les deux groupes ne se différencient pas au niveau du quotient intellectuel, des antécédents d'alcool, des troubles anxieux, de la dépression et de la désirabilité sociale, ce dernier point étant particulièrement important ($M = 19,31$ ($\hat{E}T = 3,24$) contre $M = 19,52$ ($\hat{E}T = 2,71$) ; $t(43) = 0,44$; ns).

TABLEAU 1

Variables descriptives pour les AASE (auteurs d'agression sexuelle sur enfant) et les sujets contrôles (condamnés pour d'autres raisons que des faits sexuels) : comparaison de moyennes.

| N = 45 | | AASE (N = 22) | Sujets contrôles (N = 23) | Test statistique |
|--|-----------|---------------|---------------------------|--------------------------|
| Âge | M (ET) | 41,14 (9,50) | 33,39 (10,96) | $t = 2,53$; $p = 0,015$ |
| | (Min-Max) | (27-60) | (21-66) | |
| Q.I. | M (ET) | 92,93 (13,53) | 87,63 (11,31) | $t = 1,43$; $p = 0,160$ |
| | (Min-Max) | (81,6-142,5) | (70-106,1) | |
| Désirabilité sociale | M (ET) | 19,31 (3,24) | 19,52 (2,71) | $t = 0,44$; $p = 0,665$ |
| | (Min-Max) | (13-27) | (12-24) | |
| Durée de la peine effectuée au moment de la passation, en mois | M (ET) | 46,50 (21,18) | 22,17 (25,68) | $t = 3,46$; $p = 0,001$ |
| | (Min-Max) | (14-72) | (6-108) | |

TABLEAU 2

Variables issues de la M.I.N.I. pour les AASE (auteurs d'agression sexuelle sur enfant) et les sujets contrôles (condamnés pour d'autres raisons que des faits sexuels) : comparaison de moyennes.

| N = 45 | AASE (N = 22) N (%) | Sujets contrôles (N = 23) N (%) | Test statistique |
|----------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Anxiété généralisée | 6 (27,27) | 12 (52,17) | $X^2 = 2,905$; $p = 0,13$ |
| Dépression majeure | 2 (9,10) | 8 (37,78) | $X^2 = 4,294$; $p = 0,071$ |
| Antécédent de drogue | 3 (13,64) | 16 (69,57) | $X^2 = 14,418$; $p = 0,000$ |
| Antécédent d'alcool | 6 (27,27) | 9 (39,13) | $X^2 = 0,711$; $p = 0,53$ |

L'ensemble des qualités métrologiques du questionnaire des croyances A.S.P. des AAS d'enfant, réalisé sur les 45 participants, est tout à fait satisfaisant. Au regard de la cohérence interne ($\alpha = 0,95$), nous pouvons confirmer le fait que les items de cet instrument semblent bien mesurer les aspects d'un même concept cohérent. Les corrélations items/test sont comprises entre .38 et .86, avec une moyenne de .70. Ces résultats concordent également avec ceux déjà trouvés par un alpha de Cronbach très élevé. De plus, le delta de Fergusson ($\Delta = 0,938$) indique que la sensibilité du questionnaire est très bonne et qu'il semble efficace pour discriminer les variations interindividuelles dans son ensemble. Cependant, nous pouvons nous poser la question d'une éventuelle transformation de certains items, étant donné que ces derniers ont

été cotés de la même manière – à savoir «0 = pas du tout d'accord» – par la quasi-totalité des participants (items 14 et 17). Toutefois, l'étude devrait être reproduite avec un nombre de sujets plus important avant de tirer des conclusions généralisantes sur les modifications réelles à adopter.

Le score total A.S.P. est significativement plus élevé chez les sujets auteurs d'agression sexuelle sur enfant (intra-familiaux ou extra-familiaux) que chez les contrôles ($M = 15,82$, $ÉT = 2,30$; $t(43) = 4,013$; $p = ,0002$). De plus, il n'y a pas de différence significative entre les auteurs d'agression sexuelle «intra-familiaux» et les «extra-familiaux» pour le score total à ce questionnaire. De même, nous ne trouvons pas de différence entre les sujets du groupe «contrôles violents non sexuels» et ceux du groupe «contrôles non violents» pour ce score au questionnaire des croyances A.S.P. des AASE. La différence est significative séparément pour A, S et P (voir Tableau 3).

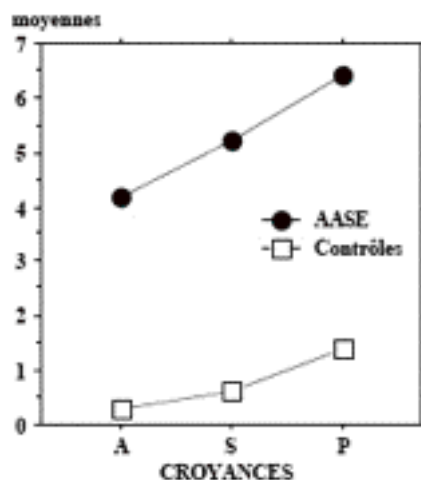
TABLEAU 3
Scores A, S, et P des sujets AASE et contrôles

| N = 45 | AASE (N = 22) N (%) | Sujets contrôles (N = 23) N (%) | Test statistique |
|----------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| Anxiété généralisée | 6 (27,27) | 12 (52,17) | $X^2 = 2,905$; $p = 0,13$ |
| Dépression majeure | 2 (9,10) | 8 (37,78) | $X^2 = 4,294$; $p = 0,071$ |
| Antécédent de drogue | 3 (13,64) | 16 (69,57) | $X^2 = 14,418$; $p = 0,000$ |
| Antécédent d'alcool | 6 (27,27) | 9 (39,13) | $X^2 = 0,711$; $p = 0,53$ |

La variable «croyances A, S, P» produit des scores nettement différenciés ($F(2,86) = 15,72$; $p < 0,0001$). Il n'y a pas d'interaction ($F(2,86) = 1,89$; ns) entre le type de sujets et les croyances

A.S.P. : celles-ci diffèrent de la même manière dans les deux groupes (voir Figure 2).

FIGURE 2
Moyenne des croyances A.S.P. pour les sujets AASE et Contrôles



Les sujets contrôles, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, ne sont pas « bloqués » à une adhésion nulle aux croyances A.S.P. concernant l'agression sexuelle sur enfant. Une comparaison à « 0 » montre des différences quasi systématiquement significatives. Pour A : $t(22) = 1,908$; $p = 0,0695$, soit une tendance. Pour S : $t(22) = 2,126$; $p = 0,045$. Pour P : $t(22) = 3,602$; $p = 0,0016$. Pour le score total A.S.P. : $t(22) = 3,082$; $p = 0,0054$. Les croyances A, S et P, bien qu'énormément amplifiées chez les AASE, existent mais sont très faibles chez les non AASE. Chez les AASE, l'activation importante des croyances A, S et P ne serait ainsi uniquement quantitative, mais aussi sans aucun doute qualitative. En effet, de nombreuses recherches sur les distorsions cognitives démontrent que les auteurs d'agression sexuelle sur enfant présentent significativement plus de distorsions cognitives, mais que les groupes contrôles en présentent tout de même (Bumby, 1996; Vanderstikken, et al., 2007). Marshall et ses collaborateurs (1999), dans le domaine des distorsions cognitives, constatent que ce qui différencie un auteur d'agression sexuelle n'est pas son habitude à produire des distorsions cognitives, mais bien les buts que servent ces distorsions.

Le score total au questionnaire des croyances A.S.P. des AASE et le score à la *Molest Scale*, sur les 45 sujets, sont hautement corrélés ($r = ,646$; $p < 0,001$), avec les seuls auteurs d'agression sexuelle sur enfant : $r = 0,553$; $p < 0,01$. Dans les deux cas, ces corrélations entre la *Molest Scale* et les scores A, S et P sont toutes substantielles et significatives. Aucune différence n'est significative entre ces corrélations, qui sont donc homogènes. La corrélation la plus forte, au regard de toutes les catégories de croyances, se retrouve entre le score à la croyance P et le score à la *Molest Scale*.

Discussion :

Cette recherche menée auprès d'une population d'auteurs d'agression sexuelle (AAS) sur enfant constitue un premier pas vers la mise en évidence de croyances anticipatoires, soulageantes et permissives en tant que schéma pouvant expliquer des processus cognitifs conduisant au passage à l'acte. L'analyse de nos résultats montre que notre questionnaire présente de bonnes qualités psychométriques. De plus, les sujets condamnés pour agression sexuelle sur enfant présentent davantage de croyances A.S.P. que ceux condamnés pour d'autres faits non sexuels. Il est démontré que les croyances anticipatoires (attente d'effets positifs), soulageantes (attente de réduction d'un inconfort) et permissives (justifiant l'acte, malgré les dangers qu'il présente) relatives à l'agression sexuelle sur un enfant sont caractéristiques des auteurs d'agression sexuelle sur enfant, bien qu'elles ne sont pas complètement absentes chez les sujets contrôles. Des recherches ultérieures devraient se pencher sur la validation de ce questionnaire dans la population générale.

L'étude constitue également une première étape dans la réflexion sur l'articulation de ce concept avec d'autres, telles les distorsions cognitives. Mais ces deux concepts sont-ils bien sur le même niveau organisationnel de nos cognitions : pensées automati-

ques, croyances, schémas? En effet, la théorisation sur les croyances A.S.P. et leurs rapports aux schémas est bien plus construite que celle sur les liens entre les distorsions cognitives, les théories implicites et les schémas, qui fait encore actuellement débat et peu l'objet de recherches standardisées. La littérature portant sur les distorsions cognitives n'a pas su convenir d'un consensus quant à leur nature et à leur rôle. Certains auteurs (Howitt & Sheldon, 2007) soutiennent le fait que les distorsions cognitives font suite à l'agression sexuelle, alors que d'autres les considèrent comme précédant les faits et ayant comme rôle la levée d'inhibition interne et externe (Finkelhor, 1984; Gannon & Polaschek, 2006; Marziano et al., 2006). En fonction de nos résultats, il est logique de penser que les distorsions cognitives qui découlent des croyances anticipatoires et soulageantes (donc des schémas préalablement construits en mémoire) surviennent avant le passage à l'acte. Beck (1993) spécifiait d'ailleurs que tout le monde pouvait manifester ces deux croyances. Seule la croyance permissive permettrait de distinguer les sujets entre eux. Et de fait, les croyances permissives sont les plus corrélées aux distorsions cognitives de la *Molest Scale*, distorsions cognitives qui auraient pour fonction de justifier, de rationaliser l'agression sexuelle (Ward et al., 2003). Cela est en accord avec les croyances permissives décrites par Beck et al. (1993). Ces résultats tendent à montrer que les croyances et les distorsions cognitives précèdent le passage à l'acte, et lui succèdent également, car chaque acte renforce les schémas et croyances A, S et P. Il y aurait ainsi un phénomène de boule de neige : les croyances favorisent la production des actes et celle-ci renforce les croyances, et ainsi de suite...

Toutefois, des différences dans l'écriture même des items semblent se dégager de ces deux modalités d'évaluation auto-rapportées. Les items relatifs aux distorsions cognitives (*Molest Scale*, Bumby, 1996) relèvent souvent des croyances sur le vécu, les pensées sur les enfants face à leur sexualité (« Certains enfants ont des comportements très séducteurs »), ou celle avec un adulte (« Certains enfants aiment avoir des activités sexuelles avec les adultes parce qu'ils se sentent alors désirés et aimés »). La forme retenue pour l'écriture de ces items est peu personnalisée ou individualisée (« Certains hommes ont agressé sexuellement des enfants parce qu'ils étaient persuadés que les enfants en éprouveraient du plaisir », « Souvent les agressions sexuelles contre les enfants ne sont pas planifiées... ça arrive simplement comme ça »). La formule « certains » pose la question : « sur qui porte la réponse à cet item »? Sur le sujet qui répond à ce questionnaire, en lien avec ses actes et sa victime, ou sur ses représentations concernant les auteurs d'agression sexuelle et leurs victimes? Les items du questionnaire des croyances A.S.P. relèvent quant à eux de leur propre ressenti, de leurs besoins face à leur sexualité d'adulte avec un enfant (« Avoir une relation sexuelle avec un enfant est un moyen d'évasion », « On se sent moins anxieux dans le cadre d'une relation sexuelle avec un enfant »). Ces questions pourraient induire chez le sujet qui répond la sensation de « préméditation » de l'acte, et ce, bien plus que le questionnaire sur les distorsions cognitives. Pourtant, ce n'est nullement le cas, ce qui va bien dans le sens de la démonstration de processus inconscients. En effet, le modèle addictif de Beck et

al. (1993) postule que les croyances A.S.P. constituent des schémas addictifs présents en mémoire. Ces schémas sont, par définition, latents et inconscients. Ils s'expriment donc de manière automatique, hors de la conscience, ce qui permet d'expliquer nos résultats.

Les croyances A.S.P. ont d'abord été mises en évidence dans le domaine des dépendances : cela impliquerait-il implicitement une dépendance psychologique dans l'explication de ces phénomènes? Pourrait-on considérer l'existence d'une dépendance psychologique à commettre des agressions sexuelles? L'idée première des auteurs était d'exporter ce modèle hors du domaine des dépendances et donc de le transposer, ce modèle étant bien plus général que spécifique aux dépendances. Toutefois, cette question mérite plus ample réflexion. Dans ce sens, il serait intéressant de comparer les AASE récidivistes à des AASE non récidivistes, ou encore des AASE avec le diagnostic de pédophilie à des AASE n'ayant pas ce diagnostic.

Il existe des typologies spécifiques aux auteurs d'agression sexuelle sur enfant, comme celle mise au jour par Knight et Prentky (1990). Dans celle-ci, ces auteurs présentent des catégories d'auteurs d'agression sexuelle sur enfant avec un passage à l'acte impulsif. Cette typologie questionne le cadre de compréhension proposé par les croyances A.S.P. Le modèle des croyances A.S.P. peut-il se généraliser à toutes les catégories d'auteurs d'agression sexuelle?

Sur le plan de la recherche, des études factorielles complémentaires, avec de plus larges échantillons, devraient être menées afin de tester l'aspect multidimensionnel du concept. De même, il est intéressant de noter que si les liens théoriques évoqués entre distorsions cognitives, déni, empathie, distorsions cognitives relatives à la sexualité générale et fantasmes sexuelles déviantes semblent évidents et pertinents, il serait intéressant d'y intégrer les croyances A.S.P. dans le cadre de recherches empiriques standardisées et systématisées.

Sur un plan plus clinique et thérapeutique cette fois, cela laisse postuler l'existence de schémas centraux devenus dysfonctionnels chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant, et indique une voie de prise en charge de type T.C.C.

**Le questionnaire des croyances anticipatoires, soulageantes et permissives des auteurs d'agression sexuelle sur enfant
(Robin, M., Hautekeete, M., & Vanderstukken, O., 2008)**

Lisez attentivement chacune des affirmations suivantes et encerclez le chiffre qui correspond au sentiment qu'elle suscite en vous. L'objectif est de savoir ce que VOUS croyez réellement ; n'essayez pas de répondre comme vous pensez que les autres aimeraient vous voir répondre, mais ce que vous pensez réellement.

Le code de réponse est le suivant :

| PAS DU TOUT D'ACCORD | PAS D'ACCORD | INDÉCIS | D'ACCORD | TOUT À FAIT D'ACCORD |
|----------------------|--------------|---------|----------|----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Si vous n'avez pas bien compris, si vous voulez d'autres explications, n'hésitez pas à en demander. Il faut répondre de manière personnelle, par rapport à ce que vous pensez réellement, sincèrement, et par rapport à ce que vous pensez actuellement.

| | | |
|----|---|-----------|
| 1 | Le besoin sexuel des hommes est incontrôlable. | 0 1 2 3 4 |
| 2 | Il y a moins de crainte à avoir dans le cadre de relation sexuelle avec un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 3 | Avoir une relation intime avec un enfant soulage de la dureté du monde adulte. | 0 1 2 3 4 |
| 4 | Dans une relation sexuelle avec un enfant, on se sent fort. | 0 1 2 3 4 |
| 5 | Avoir une relation sexuelle avec un enfant, c'est lui montrer qu'on l'aime bien. | 0 1 2 3 4 |
| 6 | Un enfant a besoin qu'un adulte fasse son éducation sexuelle en l'initiant au sexe. | 0 1 2 3 4 |
| 7 | C'est agréable de savoir qu'on peut facilement se faire du bien sexuellement avec un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 8 | Caresser un enfant avec une intention sexuelle permet de se sentir mieux. | 0 1 2 3 4 |
| 9 | Dans le cadre d'une relation sexuelle avec un enfant, on se sent aimé. | 0 1 2 3 4 |
| 10 | Si une personne n'utilise pas la force pour avoir une relation sexuelle avec un enfant, l'enfant aimera cela. | 0 1 2 3 4 |
| 11 | Avoir une relation sexuelle avec un enfant est un moyen d'évasion. | 0 1 2 3 4 |
| 12 | Se rapprocher sexuellement d'un enfant est le seul moyen pour réduire sa souffrance. | 0 1 2 3 4 |
| 13 | Quelqu'un qui montre ce qu'est le sexe à un enfant est quelqu'un de bien. | 0 1 2 3 4 |
| 14 | Avoir une activité sexuelle avec un enfant est une question de culture. Dans certaines cultures, c'est acceptable. | 0 1 2 3 4 |
| 15 | Les enfants sont bien souvent des séducteurs et acceptent d'avoir une relation sexuelle parce qu'ils le veulent bien. | 0 1 2 3 4 |
| 16 | On se sent moins anxieux dans le cadre d'une relation sexuelle avec un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 17 | L'enfant qui a une relation sexuelle avec un adulte n'en est pas perturbé. | 0 1 2 3 4 |
| 18 | On a davantage confiance en soi dans le cadre d'une relation intime avec un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 19 | Généralement, un enfant nous accepte tel qu'on est. | 0 1 2 3 4 |
| 20 | Les gens qui disent qu'un enfant n'a pas de sexualité se trompent. | 0 1 2 3 4 |
| 21 | Il est agréable de lire dans le regard d'un enfant que l'on est sexuellement attrayant. | 0 1 2 3 4 |
| 22 | Il n'y a pas de mal à se faire du bien avec un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 23 | Il est valorisant d'initier un enfant au sexe. | 0 1 2 3 4 |
| 24 | Avoir une relation sexuelle avec un enfant permet de se sentir mieux. | 0 1 2 3 4 |
| 25 | Cela me tranquillise d'avoir une relation intime avec un enfant, car il est encore pur. | 0 1 2 3 4 |
| 26 | Ça soulage d'être sexuellement proche d'un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 27 | Avoir une relation sexuelle avec un enfant permet de se sentir moins nul. | 0 1 2 3 4 |
| 28 | Le bonheur ne peut se trouver que pendant une relation sexuelle avec un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 29 | Du moment que ça part d'une bonne intention, les gens ne font rien de mal en étant sexuellement proches d'un enfant. | 0 1 2 3 4 |
| 30 | Ça soulage de savoir qu'un enfant peut être quelqu'un avec qui on peut tout faire. | 0 1 2 3 4 |

Bibliographie

- Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J. L., Kaplan, M., & Reich, J. (1984). *Treatment manual: The treatment of child molester*. Atlanta, GA: Emory University.
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). The measurement of cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2(2), 135-152.
- American Psychiatric Association (2000, traduction française 2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (4ème éd. rév.). Paris : Édition Masson.
- Arkowitz, S., & Vess, J. (2003). An evaluation of the Bumby Rape and Molest Scales as measures of cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 237-249.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward an unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A.T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Beech, A. R., & Ward, T. (2004). The integration of aetiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 31-63.
- Bumby, K. M. (1996). Assessing cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the Molest and Rape Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.
- Carich, M. S. (1994). The use of RP/RI in sex offenders treatment, part III: The significance of assault cycles. *Sex Offenders Project Newsletter*, Dec, 2-8.
- Carich, M. S., Gray, A., Rombouts, S., Stone, M., & Pithers, W. D. (1995). Relapse prevention and the sexual assault cycle. In R. Freeman-Longo, S. Bird, W. F. Stevenson, & J. Fiske (Eds.), *1994 nationwide survey of treatment programs and models*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Freeman-Longo, R., & Pithers, W. D. (1992). *A structured approach to preventing relapse: A guide for sex offenders*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Gannon, T. A., & Polaschek, D. L. L. (2006). Cognitive distortions in child molesters: A re-examination of key theories and research. *Clinical Psychology Review*, 26, 1000-1019.
- George, W. H., & Marlatt, G. A. (1989). Introduction. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 1-31). New-York, NY: Guilford.

- Hall, G. C. N., & Hirshman, R. (1992). Sexual aggression against children: A conceptual perspective in aetiology. *Criminal Justice and Behaviour*, 19, 8-23.
- Hautekeete, M., Cousin, I., & Graziani, P. (1999). Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance, un test du modèle de Beck : Schémas anticipatoire, soulageant et permissif. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 9(4), 108-112.
- Horley, J., & Quinsey, V. L. (1994). Assessing the cognitions of child molesters: Use of the semantic differential with incarcerated offenders. *Journal of Sex Research*, 31(3), 171-178.
- Hosser, D., & Bosold, C. (2006). A comparison of sexual and violent offenders in German youth prison. *The Howard Journal*, 45, 159-170.
- Howitt, D., & Sheldon, K. (2007). The role of cognitive distortions in paedophilic offending: Internet and contact offenders compared. *Psychology, Crime and Law*, 13(5), 469-486.
- Johnston, L., & Ward, T. (1996). Social cognition and sexual offending: A theoretical framework. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 55-80.
- Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 23-52). New York and London: Plenum Press.
- Lane, S. (1991). The sexual abuse cycle. In G. D. Ryan & S. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and corrections* (pp. 103-141). Lexington, MA: Lexington Books.
- Lane, S. (1997). The sexual abuse cycle. In G. Ryan, S. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and corrections* (new and rev. ed.) (pp. 77-121). Lexington, MA: Lexington Books.
- Laws, D. R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York, NY: Guilford Press.
- Leclubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., & Lépine, J. P. (1998). *Mini International Neuropsychiatric Interview*. French Version 5.0.0 / DSM-IV / current. Hôpital de la Salpêtrière, Paris, France.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. M. (1999). *Cognitive-behavioral treatment of sex offenders*. New York, NY: Wiley.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 363-385). New York and London: Plenum Press.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Sachdev, S., & Kruger, R. L. (2003). Distorted attitudes and perceptions, and their relationship with self-esteem and coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(3), 171-181
- Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177.
- Marziano, V., Ward, T., Beech, A., & Pattison, P. (2006). Identification of five fundamental implicit theories underlying cognitive distortions in child abusers: A preliminary study. *Psychology, Crime and Law*, 12, 97-105.

- Milhailides, S., Devilly, G. J., & Ward, T. (2004). Implicit cognitive distortions and sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(4), 333-350.
- Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 331-342). New York and London: Plenum Press.
- Nunes, K. L., Firestone, P., & Baldwin, M. W. (2007). Indirect assessment of cognitions of child sexual abusers with the implicit association test. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 454-476.
- Polaschek, D. L. L., & Gannon, T. A. (2004). The implicit theories of rapists: What convicted offenders tell us. *Aggression and Violent Behaviour*, 7, 385-406.
- Robin, M., Hautekeete, M., & Vanderstukken, O. (2008). *Le questionnaire de croyances ASP des AASE*. Document inédit.
- Salter, A. C. (1995). *Transforming trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Silverstein, A. B. (1990). Critique of a Doppelt-type short form of the WAIS-R. *Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 333-339.
- Vanderstukken, O., Pham, T. H., Menghini, M., & Willocq, L. (2006). Evaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie. In T. H. Pham (Eds.), *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels* (pp. 161-194). Sprimont, Belgique: Mardaga.
- Vanderstukken, O., Schiza, G., Archer, E., & Pham, T. (2007). Évaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française. In M. Tardif (Ed.), *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières*, Cifas 2005. Textes choisis (pp. 275-294). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrie-violence.ca/>
- Vanhouche, W., & Vertommen, H. (1999). Assessing cognitive distortions in sex offenders: A review of commonly used versus recently developed instruments. *Psychologica Belgica*, 39 (2-3), 163-187.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 479-507.
- Ward, T., Laws, D. R., & Hudson, S. M. (2003). *Sexual deviance: Issues and controversies*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Wechsler, D. (1944). *The measurement of adult intelligence* (3rd ed.). Baltimore, MD : Williams & Wilkins.

FANTASMES ET FANTAISIES SEXUELLES DÉVIANTES CHEZ LES AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE : PISTES DE RÉFLEXION ET PROPOSITION D'UN QUESTIONNAIRE HÉTÉRO-ÉVALUATIF¹

Olivier Vanderstukken et Amélie Pavy

Avant-propos

Les fantasmes ou fantaisies sexuelles déviantes jouent un rôle dans l'agression sexuelle : ceci est une croyance largement répandue dans la littérature anglo-saxonne (Daluder et al, 1998; Howells et al, 2004; Marshall et al, 1999 cités dans Sheldon & Howitt, 2007). Mc Guire, Carlisle et Young (1965) sont les premiers auteurs à avoir écrit sur le lien entre fantaisies sexuelles et agression sexuelle. Ces auteurs pensaient que les réponses sexuelles déviantes provenaient d'un conditionnement associant la fantaisie sexuelle déviante à l'orgasme, et que ce dernier puisse être issu de la masturbation. Toutefois, certains auteurs tels Swaffer, Hollin et Beech (2000) ont rappelé qu'il était nécessaire d'en savoir plus sur le lien unissant les fantaisies sexuelles, la masturbation et les agressions sexuelles. Selon Sheldon et Howitt (2007), le poids théorico-clinique des fantaisies sexuelles dans l'agression sexuelle a aussi été promu par les recherches et les écrits de profileur du Federal Bureau of Investigation (FBI). Les fantaisies sexuelles déviantes seraient communes à de nombreux meurtriers sexuels (Meloy, 2000). Selon ces auteurs et ces modèles, les fantaisies sexuelles guideraient et dirigeraient l'agression sexuelle. Cependant, ces modèles, issus de l'analyse de tueurs en série, ne peuvent être généralisés à l'ensemble des auteurs d'agression sexuelle sur enfant. Dans ce cadre, de nombreux programmes de traitement de type anglo-saxons, spécifiques à la prise en charge thérapeutique d'auteurs d'agression sexuelle, ont fréquemment pris pour cible la modification des fantasmes ou des fantaisies sexuelles déviantes, que ce soit dirigé vers un reconditionnement ou une diminution (Aubut, Proulx, Lamoureux, & McKibben, 1998; Beckett, 1998; Brown, 2005; Eldrige & Wyre, 1998; Eldrige, 1998; Nicole, McKibben, & Guay, 2005; Sheldon & Howitt, 2007). De plus, la reconnaissance de fantaisies sexuelles déviantes par l'auteur d'agression sexuelle serait le stade ultime de la reconnaissance totale des faits et de son problème (Conte, 1985; Schneider & Wright, 2001). Enfin, les fantaisies sexuelles déviantes sont présentes dans de multiples

1. Pour citer ce chapitre : Vanderstukken, O., & Pavy, A. (2011). Fantasmes et fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle : Pistes de réflexion et proposition d'un questionnaire hétéro-évaluatif. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 214-235). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

modélisations de « chaînes de l'abus » (Aubut, 1993; Carich, 1994; Carich, Gray, Rombouts, Stone, & Pithers, 1995; Freeman-Longo, & Pithers, 1992; Lane, 1991, 1997; Salter, 1995; Wolf, 1985). Fantômes et fantaisies sexuelles déviantes, en lien avec d'autres facteurs, occupent ainsi une place particulière dans le questionnement théorico-clinique et la littérature scientifique anglo-saxonne.

En France, les rencontres cliniques avec les auteurs d'agression sexuelle incarcérés, ainsi que la littérature (psychodynamique) sur le sujet mettent l'accent, a contrario, sur une carence de l'activité fantasmatique, notamment chez les auteurs d'agression sexuelle sur mineurs (Balier, 1997; Ciavaldini, 1999). De ces différences de conceptualisation naissent plusieurs questions : a) les auteurs d'agression sexuelle décrits dans la littérature anglo-saxonne et ceux décrits dans la littérature francophone de type psychodynamique sont-ils différents?; b) les concepts de fantasmes et de fantaisies sexuelles déviantes sont-ils semblables?; et enfin c) quels outils standardisés et validés possédons-nous afin d'évaluer les fantasmes ou fantaisies sexuelles déviantes?

Ces questions nécessitent réflexion afin de clarifier les discussions cliniques où ces concepts s'amalgament souvent et sont sources de malentendus. Elles permettraient aussi de mieux interpréter les résultats de différentes recherches provenant de courants théoriques distincts. Les différentes parties de cet article portent donc sur : a) Les auteurs d'agression sexuelle en lien avec les fantasmes et fantaisies sexuelles déviantes : spécificités dans la littérature anglo-saxonne et dans la littérature psychodynamique française; b) Des éclaircissements théoriques sur les fantasmes et les fantaisies sexuelles déviantes; c) Une revue de la littérature concernant les instruments d'évaluation des fantaisies sexuelles déviantes ainsi que la proposition d'un instrument d'évaluation clinique hétéro-évaluatif standardisé; et enfin d) une discussion.

1. Auteurs d'Aggression Sexuelle et spécificités

1.1. Littérature anglo-saxonne

Les fantaisies sexuelles déviantes portant sur des enfants sont associées à une tentative de définition de cette population hétérogène que sont les auteurs d'agression sexuelle, et ce, dans les deux grandes classifications théoriques que sont la CIM-10 (OMS, 1994) et les DSM III R (APA, 1989) et DSM IV TR (APA, 2000). Elles sont associées au diagnostic de pédophilie.

Dans le chapitre des troubles de la personnalité et du comportement de la CIM-10 (OMS, 1994) se retrouvent les troubles de la préférence sexuelle, et dans ceux-ci le diagnostic de pédophilie. Dans ce chapitre, les troubles de la préférence sexuelle répondent à différents critères : « présence d'impulsions et de fantaisies sexuelles, répétées et intenses, impliquant des activités inhabituelles ou l'utilisation d'objets inhabituels; le sujet agit sous l'emprise de ces impulsions ou est fortement perturbé par leur présence; la préférence sexuelle a été présente au moins six mois ». La pédophilie est,

quant à elle, définie comme « la préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de filles, de garçons, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté » (F65.4).

Le DSM IV TR (APA, 2000) classe le diagnostic de pédophilie dans les conduites déviantes, chapitre des « troubles sexuels et de l'identité sexuelle » ; il est intégré dans la catégorie des paraphilies. Dans le DSM III R (APA, 1989), le pédophile est le sujet qui a « des impulsions sexuelles et fantasies imaginatives, sexuellement excitantes, répétées et intenses, impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères. Le sujet devait agir sous l'emprise de ces pulsions ou être fortement perturbé par leur présence. Enfin, l'individu devait être âgé d'au moins 16 ans et devait avoir au moins cinq ans de plus que l'enfant concerné ».

Le DSM IV TR (APA, 2000) va plus loin. Dans cette dernière version, le pédophile est le sujet qui démontre « la présence de fantasies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins six mois, impliquant une activité sexuelle avec un ou des enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou plus jeunes). Ces impulsions sexuelles, ou ces fantasies imaginatives sexuelles ou ces comportements sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles pour la personne qui y a cédé. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins cinq ans de plus que l'enfant mentionné précédemment. » Cette nouvelle définition ajoute la période de six mois, le désarroi prononcé ou les difficultés interpersonnelles, mais surtout les comportements sexuels déviants.

Pour Marshall (1997), l'inclusion des comportements dans les critères diagnostiques est une réelle avancée, car auparavant, 60 % des agresseurs non incestueux et 75 % des agresseurs incestueux ne présentaient pas de fantasme ou d'envie sexuelle récurrente, selon les critères du DSM III R. Pour d'autres (Polaschek, 2003), l'introduction de la notion de « comportement » induit le fait que tous les individus ayant agressé des enfants pendant au moins six mois et qui présentent un désarroi prononcé ou des difficultés interpersonnelles retournent du diagnostic de pédophile, indépendamment de la présence ou non de fantasies ou d'envies récurrentes, et indépendamment de l'activation ou non de l'évaluation phallométrique, à la suite des stimuli « enfants ». Cette nouvelle définition devrait entraîner un accroissement significatif du pourcentage observé par Marshall (1997). Toutefois, aucune étude n'a été menée dans ce sens. Le diagnostic de pédophile, comprenant les personnes qui ont des fantasies et impulsions sexuelles mais ne passent pas à l'acte et celles qui passent à l'acte sans fantasie ou impulsion sexuelle, devient un diagnostic « fourre-tout » ignoré par les chercheurs comme par les cliniciens (Marshall, 1997).

Au-delà du diagnostic, la présence de fantasies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle a fait l'objet de nombreuses études.

D'après Marshall, Barbaree et Eccles (1991), 41,1 % des agresseurs sexuels de garçons et 31,6 % des agresseurs sexuels de filles affirment avoir commencé leurs fantai-

sies sexuelles déviantes après la première agression. Ces résultats sont auto-rapportés et donc susceptibles d'être biaisés, pour autant que les auteurs leur accordent une certaine crédibilité. Pithers, Beal, Armstrong et Petty (1989) ont montré que 17 % des violeurs de femmes adultes et 51 % des auteurs d'agression sexuelle sur enfant avaient eu des fantasmes sexuels déviants dans les six mois précédant l'agression commise. Ces résultats posent la question de la mise en acte des fantaisies sexuelles déviantes par certains. Elle pose aussi la question de la place de celles-ci : précèdent-elles le passage à l'acte ou lui succèdent-elles ? Sont-elles une sorte de scénario imaginaire planifiant le passage à l'acte, un stimulus provoquant de l'excitation sexuelle ou une conséquence du passage à l'acte ayant apporté du « matériel » à la fantaisie sexuelle déviante (Sheldon & Howitt, 2007) ? Dans la recherche de Dondescu et Wolf (2003), les auteurs d'agression sexuelle sur enfant rapportent significativement plus (9 fois plus) de fantaisies sexuelles déviantes associées à la masturbation après le premier passage à l'acte qu'avant celui-ci.

Toutefois, O'Donohue, Letourneau et Dowling (1997) ont noté peu de fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle, et ce, même si les auteurs d'agression sur enfant présentaient significativement plus de fantaisies sur les enfants que les autres groupes de l'étude. Notons que nombre de ces études ont utilisé différentes méthodes d'évaluation, ce qui rend les résultats difficiles à comparer. De plus, certains ont utilisé la pléthysmographie pénienne ou phallométrie comme modalité d'évaluation des fantaisies sexuelles déviantes. Il faut rappeler que cet outil n'évalue en rien les fantasmes ou les fantaisies sexuelles, mais constitue bien la mesure la plus objective des préférences sexuelles (Proulx, 1993 cité dans Leclerc & Proulx, 2006). En effet, la pléthysmographie pénienne consiste à mesurer les réponses péniennes d'une personne lors de la présentation de stimuli sexuels déviants et non déviants (Leclerc & Proulx, 2006). L'explication de l'utilisation très répandue de cette modalité d'évaluation réside sans doute dans le fait que ces résultats sont fortement associés à la récurrence sexuelle (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton Bourgon, 2004).

Si de nombreuses recherches ont étudié la prévalence des fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle, Sheldon et Howitt (2007) avancent qu'aucune recherche n'a été réalisée sur des populations dites « normales » avec les mêmes instruments standardisés que ceux utilisés avec les auteurs d'agression sexuelle. Pour Marshall et Eccles (1996), les fantaisies sexuelles déviantes des auteurs d'agression sexuelle, qui sous-tendent le comportement sexuel déviant, incluent des dimensions comme l'expression de la puissance, du contrôle, de l'agressivité, du désir d'humiliation et aussi leur estime de soi (Langevin, 1983). Nicole, McKibben et Guay (2005) démontrent que les fantaisies sexuelles déviantes sont associées à la mauvaise gestion des affects (conflits psychoaffectifs importants) et aux comportements sexuels déviants (activités masturbatoires déviantes) ; ils parlent, comme nombre d'autres auteurs cités par Wright et Schneider (1997), de sexualisation des conflits chez les auteurs d'agression sexuelle.

De plus, la littérature anglo-saxonne sur les auteurs d'agression sexuelle propose des liens théorico-cliniques dans certaines conceptualisations, entre les fantasmes sexuelles déviantes et le « déni » ou la reconnaissance des faits. Certains auteurs décrivent les dernières dimensions (les plus faibles du « déni » ou les derniers pas vers la reconnaissance totale du sujet) comme comportant la reconnaissance de fantasmes sexuelles déviantes (Conte, 1985; McKibben, Aubut, & Dassylva, 1995; Schneider & Wright, 2001).

Les fantasmes ou fantasmes sexuelles déviantes sont également repris dans de nombreuses élaborations de « chaîne de l'abus » ou « cycle de l'agression » (Aubut, 1993; Carich, 1994; Carich, et al., 1995; Freeman-Longo & Pithers, 1992; Lane, 1991, 1997; Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999; McKibben et al., 1994; Pithers, 1990; Salter, 1995; Wolf, 1985). Ces « chaînes de l'abus » aident à la compréhension dynamique des facteurs prédisposants et précipitants. Elles proposent des séquences de précurseurs cognitifs, affectifs et comportementaux au passage à l'acte (Nicole et al., 2005). Ces chaînes de l'abus prennent place dans le modèle de prévention de la récidive. La présence de fantasmes sexuelles déviantes a été identifiée comme un des facteurs augmentant le risque de récidive, au même titre que la capacité de contrôle de l'individu. Néanmoins, il faut aussi leurs fréquences, l'accompagnement d'activités comportementales et leurs intensités émotionnelles afin de délimiter le niveau de risque. Ces signes cliniques sont à interpréter dans la demande d'intervention immédiate (Wright & Schneider, 1997).

La littérature anglo-saxonne nous apporte donc des données scientifiques concernant la prévalence des fantasmes sexuelles déviantes chez des auteurs d'agression sexuelle. Pour autant, cette présence « significative » de fantasmes sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle fait l'objet de résultats contradictoires, obtenus par des méthodes d'évaluation variées – et donc critiquables. Toutefois, ce qui permet sans doute d'expliquer en grande partie l'attention particulière (scientifique et sociale) que portent les Anglo-saxons à ce concept serait la simple présence (théorique) des fantasmes sexuelles déviantes, tant dans la « chaîne de l'abus » (en lien avec la prévention de la récidive) que dans certaines conceptions du « déni », associée à un mode d'évaluation de type phallométrique (inadéquat car portant sur l'intérêt et non les fantasmes).

1.2 Littérature psychodynamique française

Selon Balier (1989, 1996), les auteurs d'agression sexuelle, dans leur fonctionnement, présentent des passages à l'acte sous forme de raptus, sans fantasme préparatoire, dans un moment de court-circuit de la pensée et des capacités d'élaboration. Leur passage à l'acte est lié à un accroissement de l'excitation et à la disparition de la capacité de mentalisation (Balier, 1996). L'auteur distingue les perversions sexuelles, construites sur la base d'un « scénario sexuel ludique », des perversités sexuelles, qui utilisent l'acte sexuel violent et le clivage du Moi pour éviter l'entrée dans la psychose

(Balier, 2000). Il rappelle que, dans le cadre de la thérapie concernant les personnes souffrant de perversité sexuelle, «rien n'est jamais acquis avant l'avènement du «JE» qui permet au sujet de devenir véritablement sujet de ses pulsions et fantasmes» (2000, p.101).

Ciavaldini (1999) ne parle pas de fantasmes ou de fantaisies sexuelles, mais d'«impulsions» (actes irréfléchis). Selon lui, la reconnaissance de présence d'impulsions par l'auteur d'agression sexuelle serait le signe d'une capacité d'attention à des éprouvés internes, indiquant a minima que le sujet peut se décoller de son vécu et reconnaître l'origine endogène (mais pas encore intrapsychique) de son acte. Le travail thérapeutique doit tenir particulièrement compte de cette capacité qui, à moyen terme, fournira l'espace intermédiaire des représentations.

D'autres auteurs (cités infra) évoquent, quant à eux, la présence de scénario pervers et de fantasmes.

Bouchet-Kervella (2001) parle de défenses fondées sur le recours à l'érotisation, et ce, dans le cadre des perversions sexuelles. Dans ce cas, les scénarios érotiques sont fondés sur un fantasme de séduction réciproque irrésistible qui implique la conviction d'un «consentement» de l'enfant. «Dans l'ensemble, les scénarios pervers pédophiliques visent à dénier et colmater, à travers le commerce érotique avec des enfants, la faille narcissique profonde issue d'une privation maternelle prématurée» (2001, p.109). L'auteur met en évidence une autre défense chez les auteurs d'agression sexuelle : la défense fondée sur le recours à la destructivité où n'existe pas l'érotisation de l'enfant.

Pour Gravier, Legoff et Devaud (2000), le scénario délictuel peut sous-tendre la réalisation de l'acte. Leurs patients décrivent son émergence dans le psychisme comme insistante et obsédante. Certains disent lutter compulsivement pour éviter d'être envahis. Pour certains, «les scénarios sont pauvres, comme édulcorés, passant sous silence le délit pour mettre en avant une imagerie faisant référence à des jeux sexuels de l'enfance ou un émoi juvénile. D'autres présentent des scénarios d'agression extrêmement précis et ritualisés qui viennent régulièrement les assaillir et mobilisent toute leur activité psychique pour en arriver à sa réalisation pratique à travers le délit. La mise en évidence de tels scénarios permettrait de s'éloigner d'une description du passage à l'acte comme fruit d'une impulsion subite et incompréhensible, alors que sa réitération est bien le signe de la subordination de l'activité psychique à une telle production» (2000, p.225).

Krzakowski (2004) met en lien l'apparition de fantasmes chez les auteurs d'agression sexuelle avec un temps de fascination face aux images, et parle de pratiques «iconophiles». Pour l'auteur, c'est un temps de capture psychique et de relance excitatrice. Selon lui, l'image accompagnerait le pédophile dans les périodes d'absence de passage à l'acte. L'image se rapproche des modes de pensée utilisant la représentation psychique, tels le fantasme, le rêve et l'hallucination visuelle (Denis, 1997). À travers le lien à l'image, il crée une typologie de fantasmes pédophiles basée sur le contenu, ainsi que

sur le degré d'emprise. Cette typologie des fantasmes pédophiles est-elle spécifique aux auteurs d'agression sexuelle? Pourrait-on retrouver ces fantasmes chez des non-agresseurs sexuels? L'auteur ne répond malheureusement pas à ces questions.

Enfin, une partie de la littérature psychodynamique française, décrivant les auteurs d'agression sexuelle avec de faibles capacités élaboratives et l'absence de vie fantasmatique, renvoie au concept d'alexithymie.

I.3 Liens avec l'alexithymie

Nemiah et Sifnéos (1970) ont proposé le terme *alexithymie* (qui signifie littéralement l'absence de mots pour décrire les émotions) afin de rendre compte d'un mode particulier de gestion de vie émotionnelle chez ces patients. Ce concept recouvre quatre dimensions : a) une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels; b) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui; c) une limitation de la vie imaginaire et fantasmatique; et enfin d) un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence, ou « pensée opératoire », au détriment de leurs aspects affectifs.

Dans la littérature psychanalytique, McDougall (1978) dépeint certains patients comme des personnalités-robots, avec un langage pauvre, un manque d'affectivité proche de l'arriération mentale et affective. Ils n'ont, selon cet auteur, aucune curiosité et évoquent des pertes subies durant leur enfance ou des traumatismes (souvent nombreux) sans aucune émotion. Ces patients sont décrits comme accrochés au présent. Cette description rappelle celle faite de certains auteurs d'agression sexuelle dans la littérature scientifique française.

Selon Balier (1998), on retrouve ces symptômes chez nombre d'agresseurs sexuels, au moins dans la partie clivée de la personnalité, en relation avec le recours à l'acte. Cette théorie a été reprise par d'autres auteurs comme Archer (2001).

L'étude menée par Ciavaldini (1999) a montré la place prépondérante de la répression des affects chez cette population. Les résultats de cette recherche mettent en exergue une prévalence de cette dimension chez les délinquants sexuels, qui conférerait à certains un aspect alexithymique. Les actes sexuels violents seraient donc à comprendre comme des pathologies de l'affect. Ainsi, cet auteur suppose que les troubles alexithymiques tiennent une place primordiale dans la compréhension économique des actes sexuels violents et celle de la non-reconnaissance des affects chez les auteurs d'agression sexuelle. Toujours selon Ciavaldini (2006), les auteurs d'actes sexuels violents présenteraient une position psychique proche de certains sujets somatisants, organisés sur un mode opératoire.

Malheureusement, peu d'études utilisant des tests standardisés ont été publiées concernant le lien entre alexithymie et auteurs d'agressions sexuelles. Il serait, dans ce cadre, intéressant de voir si ces concepts sont liés ou non : l'alexithymie est-elle liée (ou non) à la présence (ou absence) de fantasmes sexuels (sur toutes populations : hommes-femmes, adultes-adolescents-enfants), de fantasmes spécifiques sur les enfants?

La littérature française permet de comprendre la place des fantasmes et des fantaisies sexuelles déviantes dans le fonctionnement psychique du sujet, que ce soit par leur absence (alexithymie) ou par leur présence (recours à l'érotisation). Elle différencie les fantasmes (ou scénario) des impulsions. Toutefois, elle apporte peu de données chiffrées sur ces populations, et elle ne permet donc pas de comprendre, par un biais ou l'autre, la place de cette problématique au sein de la population des auteurs d'agression sexuelle.

En conclusion, les littératures anglo-saxonne et française (de type psychodynamique) apportent des données complémentaires concernant la place des fantasmes et fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle : ce sont des données quantitatives et qualitatives. Des recherches ultérieures pourraient allier ces complémentarités et définir plus spécifiquement les populations ciblées. Ces données relèvent-elles des mêmes concepts ? Fantasmes et fantaisies sexuelles déviantes correspondent-ils à des concepts identiques ? Un retour sur les définitions données à ces concepts est incontournable.

2- Fantasmes et fantaisies sexuelles : éclaircissements théoriques

Définitions

Le terme fantasme est tellement entré dans le langage commun qu'il induit de nombreux malentendus liés à sa conception populaire (Assoun, 2007). Dans le langage courant, et plus particulièrement le Larousse (Jeugne-Maynard, Garnier, Karoubi, & Vinciguerra, 2008, p.409), le fantasme (terme provenant du grec *phantasma*) est défini comme « une représentation imaginaire traduisant des désirs plus ou moins conscients. Les fantasmes peuvent être conscients (rêveries diurnes, projets, réalisations artistiques) ou inconscients (rêves, symptômes névrotiques) ». La fantaisie (provenant du grec *phantasia*, apparition) est, quant à elle, définie comme « une création libre et imprévisible ou une œuvre d'imagination, création qui ne suit pas les règles, les modèles ».

Historique

La notion de fantasme apparaît en 1895 dans *Les études sur l'hystérie* (Freud & Breuer, 1895). Ce concept émerge des récits d'Anna O. et des agressions qu'elle a subies. Il débouche sur le « signe de réalité » permettant de distinguer le vécu du fantasme. Mais c'est en 1900, dans *L'interprétation des rêves*, que Freud décrit plus précisément les fantasmes. À cette époque, il ne les définit pas comme ayant un positionnement topique précis (inconscient, préconscient, conscient). Il les décrit principalement comme des rêveries diurnes (qui ne sont pas forcément conscientes). Toutefois, dans le chapitre 7 de ce même ouvrage, il parle de fantasmes inconscients, au sens topique

du terme cette fois, qui seraient à l'œuvre dans la formation métapsychologique et l'élaboration du rêve.

En allemand, Freud utilise le terme *Phantasie*, qui peut être traduit en français aussi bien comme la faculté d'imagination que comme son produit, c'est-à-dire l'image mentale, la représentation psychique, la fantaisie. Dans les dernières traductions des œuvres de Freud, le terme *fantasme* a été remplacé par *fantaisie*. Selon cette définition (Assoun, 2007), le fantasme surgit à l'improviste pour imposer un scénario, « un train d'images » au sujet. Le fantasme ne passe pas par le discours ; on peut essayer de l'y faire passer, mais il surgit à l'improviste (comme les actes manqués ou les lapsus).

Freud écrit que le fantasme serait un point de passage entre refoulé et retour du refoulé : « les fantasmes s'approchent tout près de la conscience et restent là sans être troublés aussi longtemps qu'ils n'ont pas un investissement intense, mais ils sont renvoyés dès qu'ils dépassent un certain niveau d'investissement » (1915, pp.137-138).

Dans le même ouvrage, il donne la définition la plus complète des fantasmes : « Ils sont d'une part hautement organisés, non contradictoires, ils ont mis à profit tous les avantages du système de la conscience et notre jugement les distinguerait avec peine des formations de ce système ; d'autre part, ils sont inconscients et incapables de devenir conscients. C'est leur origine (inconsciente) qui est décisive pour leur destin. » (Freud, 1915, p. 137).

Le scénario représente une certaine réalité psychique du fantasme, que le sujet peut décrire et raconter. Le fantasme est, sous cette forme nucléaire, une formulation susceptible de devenir consciente (Assoun, 2007). Freud, dans ce cadre, se référerait au concept de fantaisie, et donc à une représentation consciente énoncée par le sujet. Les fantasmes ou fantaisies se montrent alors souvent résistants, récidivants, persévérants, voire monotones.

Assoun (2007) rappelle que le fantasme n'est pas fait pour être raconté, principalement pour deux raisons. Il y a d'abord la question de la honte associée à ce fantasme, puis la question de la propriété privée, de l'intime : c'est la question de l'objet du désir. Dans ce cas, on peut penser que ce que les gens racontent comme étant leurs fantasmes n'en sont pas. Le contenu du discours peut alors être décrit comme des fantaisies sexuelles. Le fantasme est, quant à lui, quelque chose de désocialisant et lié à l'incomplétude satisfactionnelle : pas de fantasme sans manque à désirer qui le soutienne. Selon Laplanche et Pontalis (2007), la fonction première du fantasme est la mise en scène du désir, où l'interdit est toujours présent dans la position même du désir. Selon ces auteurs, le fantasme est le scénario imaginaire dans lequel le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir et, en dernier ressort, d'un désir inconscient. Freud (cité dans Assoun 2007) proposera une articulation, une hiérarchisation, une « scéno-cartographie » du fantasme comprenant cinq degrés : les motions fantasmatisques singulières innombrables, les fantasmes particuliers ou matrice de la vie fantasmatisque du sujet, les fantasmes typiques dérivés des fantasmes plus fondamentaux, les fantasmes

génériques dont la séduction, la scène du coït, la castration et les fantasmes dits originaires (Assoun, 2007). L'universalité de ces fantasmes s'explique, selon Freud, par le fait qu'ils constitueraient un patrimoine transmis phylogénétiquement. « Freud suggère un principe d'homologie structurale qui met le fantasme au niveau d'un «opérateur» différentiel des structures psychopathologiques induites de la conflictualité inconsciente » (Assoun, 2007, p.67).

Le *Dictionnaire fondamental de la psychologie* (Bloch et al, 1997, p.484), contient des théorisations de Freud où il décrit le fantasme comme « un scénario inconscient mettant en relation le sujet et un objet de désir. Le fantasme met en œuvre un noyau de réalité psychique permettant l'accomplissement partiel d'un désir inconscient. [...] Le fantasme inclut toujours le sujet. [...] Il n'est pas qu'une fonction imaginaire; il est soumis à une structure symbolique qui s'impose au sujet, par exemple selon la syntaxe de la langue ».

Lacan (1958-1959), à la suite de Freud, montre que le fantasme est essentiellement de nature langagière. Ainsi, il faut être inscrit dans le langage pour avoir la capacité de fantasmer. Dans deux séminaires consécutifs (Lacan, 1966-1967; 1967-1968), il fera du « fantasme fondamental » l'un des thèmes les plus étudiés, qu'il écrit en formule ou « mathème », ce qui apparaît comme la pointe extrême d'un structuralisme sophistiqué. Ce terme, qui n'existe pas chez Freud (fantasmes originaires), Lacan l'a plutôt tiré vers la singularité. Dans le séminaire *Logique du fantasme* (1966-1967), le fantasme y tient la place du réel. Selon lui, le fantasme deviendrait une clef de vie du sujet, qu'il découvrirait dans l'analyse et qui lui fournirait le chiffre de sa destinée (Morel, 2008). L'importance du concept de fantasme a été corrélée à la valeur réelle qu'y a prise l'« objet a ». L'objet a (ou « objet petit a ») symbolise le manque même; il n'est pas un objet du monde en soi, il n'est pas représentable. On l'appelle aussi « objet cause du désir ». C'est à partir de 1976 que la place du concept de fantasme subira une dévaluation. Ce n'est plus le fantasme qui occupe la place du réel, mais le symptôme, « qui est la seule chose vraiment réelle » (Lacan, 1976-1977). En effet, « pourquoi nommer fantasme ce qui est le produit analytique du déchiffrement du symptôme, et pourquoi une phrase unique condenserait-elle ce déchiffrement ? Au fantasme fondamental se substitue alors la conception du symptôme. Le fantasme est alors rattrapé, tout comme l'objet a, par l'imaginaire » (Morel, 2008, pp.44-45).

Revenons aux ambiguïtés sémantiques inhérentes au concept : Génuit (2008) rappelle que les termes *fantasme* et *fantaisie* ont un lien de filiation par le latin, mais se différencient socialement. Dans le terme *fantasme*, on retrouve l'intérêt porté au principalisme et à l'inconscient, alors que dans *fantaisie*, on voit davantage le phénoménalisme du manifeste (ou conscient).

McKibben (1993) fait partie des rares auteurs francophones à avoir défini le terme fantaisie. Selon lui, les fantaisies sont des rêveries diurnes qui comportent une composante érotique et qui sont sexuellement stimulantes pour l'individu. Il s'agit donc

d'images mentales organisées selon un scénario plus ou moins précis et qui, ainsi réunies, sont sexuellement excitantes pour l'individu.

Lagache (cité dans Laplanche et Pontalis, 2007, 1967) propose pour sa part de reprendre le terme *fantaisie* ou *phantaisie* dans son ancienne acception. Ainsi, la fantaisie recouvre aussi bien le champ de l'activité créatrice et de l'imagination que de ses productions. Toutefois, la perception actuelle de ce mot se dégage difficilement des notions de caprices, d'excentricité et de manque d'authenticité.

Isaacs (1948) propose d'adopter deux écritures différentes, soit *fantasme* et *phantasme* (*fantasy* et *phantasy* en anglais). Le fantasme représente «les rêveries diurnes conscientes, les fictions, etc.», tandis que le phantasme désigne «le contenu primaire des processus mentaux inconscients». Cette proposition n'a pas été retenue par les psychanalystes, à cause des limites arbitraires qui devraient en découler. Cependant, cette différenciation nous semble intéressante à remettre en lumière. Les rêveries diurnes et les fictions pourraient être réunies sous le terme *fantaisies sexuelles*, alors que le *fantasme* (*phantasme*) recouvrirait la sphère des processus mentaux inconscients.

Les auteurs qui ont cherché à différencier les fantasmes des fantaisies, ou du moins différencier certaines formes de fantasmes, se sont tous heurtés à des problèmes d'acception linguistique.

Il nous semble toutefois, au vu de cette littérature psychanalytique, que quelques distinctions sont nécessaires pour aborder ce thème, l'un des deux termes semblant englober l'autre. En conclusion, pour avoir la capacité de fantasmer, il faut être inscrit dans le langage et expérimenter le manque. De même, le fantasme est la formation inconsciente qui permet d'avoir l'accès le plus direct à l'objet du désir. Le fantasme est par essence déviant, ce qui n'est pas forcément le cas des fantaisies. Les fantaisies seraient comparables à des rêveries diurnes, scénarisées, avec une composante érotique, ce qui n'est pas toujours le cas des fantasmes. On peut alors se demander si une image non scénarisée peut être considérée comme une fantaisie, ou s'il ne s'agit pas davantage d'un désir. Enfin, le fantasme n'est pas communicable, contrairement aux fantaisies.

Fantasmes, fantaisies sexuelles déviantes et auteurs d'agression sexuelle

Il paraît évident, à l'examen de cette littérature, que les nombreux articles portant sur les discours rapportés ou «productions» des auteurs d'agression sexuelle concernent leurs fantaisies sexuelles déviantes. Dans le cas contraire, la question de l'évaluation du déni et la demande implicite de reconnaître et d'admettre une chose qui est au seuil de la conscience poserait un singulier problème. Assoun (2007) pose la question clinique de «l'acte-symptôme», autrement dit la question du passage à l'acte comme réalisation de ses fantasmes sans entrave et sans vergogne. Étant donné la fonction inconsciente des fantasmes, il rappelle que ces derniers sont faits pour ne pas se réaliser ou suppléer au double dommage de la satisfaction (dangereuse) et de la frustration

(insupportable). Cette impulsivité vers une satisfaction, dès lors révélatrice, signerait l'échec de l'opération fantasmatique.

Enfin, ces littératures et leurs différences amènent à se demander quelle est la place des fantaisies sexuelles déviantes, cette fois dans le passage à l'acte. Est-ce que la fantaisie serait un précurseur, une conséquence du passage à l'acte ou un filtre symbolique protégeant contre l'actualisation du passage à l'acte dans le Réel? Le passage à l'acte aurait-il, pour certains, une fonction défensive face à une absence de mentalisation?

3.1 Revue de la littérature des instruments d'évaluation standardisés des fantaisies sexuelles déviantes

Il existe de nombreux questionnaires portant sur les fantasmes et fantaisies sexuelles déviantes (conscients), mais peu ont été réalisés de manière scientifique et ont fait l'objet d'études scientifiques avec recherche de validation, qui plus est sur une population européenne francophone d'auteurs d'agression sexuelle.

Concernant les instruments spécifiques à l'évaluation des fantaisies sexuelles, qui ne sont pas destinés spécifiquement aux auteurs d'agression sexuelle, nous trouvons le *Sex Fantasy Questionnaire* de Tantillo (1979). Dans cet auto-questionnaire, les fantaisies ont été tirées de la littérature populaire et clinique. Ce questionnaire a été validé sur 906 étudiants (hommes et femmes) et a fait l'objet d'une analyse factorielle qui a mis en lumière quatre facteurs. Ces facteurs sont les fantaisies générales-spécifiques, le fétichisme, la soumission-sadomasochisme et le facteur social ou sexualité de groupe.

Un second auto-questionnaire est le *Sexual Fantasy Questionnaire* de Wilson (1978). Il contient 40 items regroupés en quatre thèmes : intimité, exploratoire tel l'échangisme, impersonnel tels le voyeurisme et le fétichisme, sadomasochiste. Le sujet doit répondre sur la fréquence d'occurrence de ces différents items, sur une échelle Likert à 6 points (allant de 0 = jamais à 5 régulièrement) pour cinq conditions (durant la journée, durant une relation sexuelle ou la masturbation, durant les rêves, réalisés dans la réalité et désirerait le réaliser dans la réalité). Les scores sont calculés par thèmes (de 0 à 50). Gosselin et Wilson (1980), ainsi que Glenn et Wilson (1988), ont établi des scores moyens à partir de groupes contrôles pour ces quatre thèmes. Aux États Unis, Baumgartner, Scalaria et Huss (2002) l'ont fait passer à 64 auteurs d'agression sexuelle d'enfants ainsi qu'à 41 sujets contrôles. Les auteurs d'agression sexuelle d'enfants ont présenté des scores plus élevés aux fantaisies où ils étaient acteurs ainsi qu'aux dimensions « Exploratoire » et « Intimité » de ce questionnaire.

Et enfin, le *Male Sexual Fantasy Questionnaire* (MSFQ) de Smith et Over (1991) a été validé sur 66 hommes afin de mieux identifier les différentes dimensions des contenus des fantaisies sexuelles (hétérosexuelles) masculines. Il propose au sujet 42 thèmes et évalue l'intensité de l'excitation liée (échelle Likert de 0 à 10, 10 étant extrêmement excitant), mais aussi la fréquence de celles-ci lors de la dernière année (échelle Likert de 1 à 5, 5 étant une fois ou plus par jour). Il comprend cinq sous-échelles issues de

l'analyse factorielle. Ces sous-échelles sont : les fantasmes sur la sensualité, la génitalité, le sexe en public, la dominance et soumission, et les agressions sexuelles. Ce questionnaire possède une bonne fidélité test-retest sur six mois ($r=.92$).

Ces trois questionnaires sur les fantasmes sexuelles peuvent être complétés par le *Sexual Desire Inventory* de Spector, Carey et Steinberg (1988), qui évalue le désir sexuel. Ce questionnaire a été validé sur 380 étudiants et 40 personnes âgées résidant en institution. Il est composé de 14 items; les items 1 à 9 se rapportent à la sexualité avec un partenaire, les suivants à une sexualité «solitaire» et évalués par une échelle Likert à 9 points (de 0 = pas de désir à 8 = désir très important). Les items 1, 2 et 10 évaluent la fréquence de ce désir (de 0 = pas du tout à 7 = plusieurs fois par jour).

Concernant l'évaluation des auteurs d'agression sexuelle, rappelons qu'il existe des instruments cliniques (non standardisés) francophones et non spécifiques aux fantasmes sexuelles déviantes, mais dont certaines parties les abordent.

Dans le *Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles* (QICPAAS, Balier, Ciavaldini, & Girard-Khayat, 1997, p.7), on trouve trois questions relatives aux pensées ou images précédant l'acte et en lien avec l'état émotionnel du sujet dans les questions relatives à la nature de l'acte d'agression sexuelle.

De même, le *Guide d'évaluation* (Aubut et al, 1993, p.306) contient une section «Fantasmes avant, après et pendant le délit». Suite à ce guide, McKibben (1994) a créé un instrument hétéro-évaluatif standardisé du «Déni-Minimisation». L'une des six sections évalue le degré de reconnaissance de la présence de fantasmes sexuelles déviantes. Celles-ci sont évaluées de 1 à 5, 5 étant le degré maximum de reconnaissance de celles-ci.

Concernant l'évaluation des auteurs d'agression sexuelle, il existe aussi des instruments standardisés spécifiques à l'évaluation des fantasmes et fantasmes sexuelles déviantes. Remarquons, toutefois, que le *Guide national d'évaluation relatif au traitement des délinquants sexuels* du Service correctionnel du Canada ne mentionne aucun instrument concernant l'évaluation des fantasmes ou fantasmes sexuelles. Soulignons encore que la pléthysmographie, qui évalue les préférences sexuelles, ne mesure que des réactions physiques à des stimuli, et non les fantasmes ou fantasmes sexuelles.

Parmi les questionnaires évaluant la vie sexuelle des auteurs d'agression sexuelle, le *Clarke Sex History Questionnaire for Male Revised* (SHQ-R) de Langevin et Paitich (2002) mesure six catégories d'expériences sexuelles réparties en 21 échelles. Ce questionnaire possède deux échelles de validité pour évaluer «l'authenticité» des réponses du sujet. Là encore, les fantasmes n'occupent qu'une petite partie de cet instrument.

Parmi les questionnaires destinés spécifiquement aux fantasmes sexuelles des auteurs d'agression sexuelle, on trouve le *Sexual Fantasy Function Model* (SFFM) de Gee, Ward et Eccleston (2003). Ce questionnaire a été conçu à partir d'interviews d'auteurs d'agression sexuelle. Il décrit quatre fonctions des fantasmes : a) la régulation des affects; b) l'excitation sexuelle ou la production ou l'accroissement de l'activité sexuelle; c) les stratégies d'ajustement ou «coping», pour exercer un contrôle perçu sur les menaces

internes et externes, ou pour échapper à la réalité de leur situation ; d) le « modeling », où les fantaisies sont utilisées pour revivre des expériences ou en créer de nouvelles.

Le *Rapport d'Activité Fantasmatique* (RAF, McKibben, Proulx, & Lusignan, 1994; Proulx, McKibben, & Lusignan, 1996) est un instrument auto-rapporté, administré sur une base quotidienne et informatisé ; on y prend en compte l'évaluation de : la fréquence des fantaisies des deux jours précédents (avec une échelle Likert de 1 à 5), les activités masturbatoires déviantes, l'humeur générale des deux jours précédents (avec une échelle Likert de 1 à 5), ainsi que les conflits interpersonnels des deux jours précédents (présent ou absent et en lien avec quel affect).

L'Auto Gestion des Émotions et des Fantaisies (AGEF, Nicole, McKibben, & Guay, 2005) fait suite à la création du RAF (McKibben, Proulx, & Lusignan, 1994; Proulx, McKibben, & Lusignan, 1996), afin de répondre à des questions complémentaires. Il récolte des données sur les stratégies adaptatives apprises au traitement (gestion des humeurs négatives, des conflits et des fantaisies sexuelles déviantes), ainsi que sur l'efficacité perçue des différents choix du patient.

Ces instruments, plus spécifiques aux auteurs d'agression sexuelle, ont donc souvent été réalisés en lien avec les objectifs des programmes de traitement dont ils sont issus. Les deux derniers instruments, de type carnet de bord, ont été validés sur des populations d'auteurs d'agression sexuelle canadiens francophones. Mais aucun de ces instruments n'a fait l'objet d'une validation sur une population française d'auteurs d'agression sexuelle. Ces instruments présentent une autre limite : ils ciblent souvent et uniquement, dans le cas de l'évaluation des auteurs d'agression sexuelle, les fantaisies sexuelles déviantes centrées sur les enfants. Cela soulève la question de la vie fantasmatique ou des fantaisies sexuelles « déviantes » des auteurs d'agression sexuelle portées sur des adultes (hommes ou femmes) ou des adolescents (garçons ou filles).

3.2 Présentation du *Questionnaire sur l'Intensité du Désir et des Comportements Sexuels* (IDCS, Stoléro & Moulier, 2009)

Ce questionnaire est issu, en grande partie, d'une recherche menée par Rösler et Witzum (1998) sur le traitement des paraphilies, dont une majorité de pédophiles traités par hormonothérapie. Ces auteurs ont utilisé, dans le cadre de cette étude, une échelle d'Intensité du désir et des symptômes sexuels passée sous la forme d'un entretien souple et non standardisé avec le sujet. Ce questionnaire évalue trois types de dimensions (fantasmes, désirs ou pulsions sexuelles et comportements ou activité sexuelle), et le sujet devait pour chacun indiquer sa nature, et évaluer son intensité et sa fréquence en rapport au mois précédent. Toutefois, ce questionnaire ne portait pas spécifiquement sur les enfants, mais sur les enfants, adolescents et adultes (hommes ou femmes) ; cette carence sera prise en compte dans la version francophone et française du questionnaire. Un score pour chaque dimension est évalué à la fin du questionnaire

sur une échelle Likert à 8 points (8 représentant le maximum de symptômes présents). Une moyenne de ces trois dimensions était réalisée.

Rösler et Witztum (1998) ont mené, avec ce questionnaire, une recherche sur 30 sujets masculins souffrant de « paraphilie sévère » telle que décrite dans le DSM IV (APA, 1994), dont 25 diagnostiqués pédophiles. Cette recherche a évalué l'efficacité thérapeutique, au travers de ce questionnaire, de la mise sous injection mensuelle de triptoreline. Les résultats ont montré que tous les sujets avaient eu une diminution significative du nombre de fantasmes sexuels et de désirs ainsi que de comportements sexuels déviants ($p < .001$). Ces effets étaient évidents de trois à dix mois après la mise en route du traitement.

L'adaptation française de ce questionnaire, réalisée par Stoléro et Moulier (2009), repose sur une hétéro-évaluation mise au point pour des auteurs d'agression sexuelle, incarcérés et non incarcérés. Le questionnaire a été initialement mis au point pour évaluer l'efficacité du traitement hormonal. Le questionnaire sur l'*Intensité du Désir et des Comportements Sexuels* (IDCS), version 16, se compose de deux grandes parties. La première partie porte sur l'évaluation des « fantasmes sexuels », « des désirs et pulsions sexuels » et de « l'activité sexuelle » sur « l'objet sexuel », quel que soit son âge : les enfants (garçons et filles), les adolescents (garçons et filles de moins de 16 ans en fin de puberté ou complètement pubères), les adultes (hommes et femmes d'au moins 16 ans), sans distinction aucune. La seconde partie se compose de ces trois sections (les fantasmes sexuels, les désirs et l'activité sexuelle), mais uniquement envers des enfants de sexe masculin ou féminin, avant ou en début de puberté. Les sections des « fantasmes » et des « désirs et pulsions sexuels » (envie de passer à l'action et d'avoir une activité sexuelle) sont évaluées à chaque fois dans les 30 jours précédant le moment de l'évaluation, en fonction de la fréquence d'apparition (choix de 1 à 9) et de l'intensité de l'excitation liée (choix de 1 à 9), avec quelques questions qualitatives. La section de « l'activité sexuelle » porte sur le fait d'avoir eu une éjaculation ou non par masturbation ou lors d'une activité sexuelle avec une autre personne. Elle est évaluée tout d'abord sur les 30 jours précédant le moment de l'évaluation, puis sur les quatre mois précédant le moment de la première interpellation, ou selon un calcul particulier pour les personnes sorties de prison. Pour ce faire, une liste des comportements sexuels déviants est soumise au sujet afin de déterminer lesquels sont reconnus en ce qui concerne les adultes, les adolescents ou les enfants, et ceux qui sont centrés sur des comportements pédophiles. Lorsqu'un comportement sexuel déviant est présent, sa fréquence est interrogée.

La seconde partie n'est présentée au sujet que si celui-ci donne des réponses impliquant la présence d'enfants à la première section. Après avoir demandé au sujet une confirmation de sa première réponse, surtout si ce dernier nie la présence de désirs, de fantasmes ou de comportements, la seconde partie est passée ou non. Elle concerne donc les trois sections en lien avec les enfants et la spécification du sexe de celui-ci. Les mêmes questions au sujet des fantasmes, des désirs et pulsions sexuels, ainsi que

de l'activité sexuelle que dans la première section sont proposées (fréquence et intensité ou niveau d'excitation). Concernant l'activité sexuelle, le principe est le même : fréquence sur les 30 jours précédant le moment de l'évaluation (activité sexuelle ayant mené à une éjaculation ou non, que ce soit avec un enfant imaginaire ou réel), puis sur les quatre mois précédant le moment de la première interpellation ou, pour les personnes sorties de prison, selon un calcul particulier. Pour ce faire, on soumet également la liste des comportements sexuels déviants centrés sur les comportements pédophiles, soit les comportements sexuels avec un enfant réellement présent. Lorsqu'on note la présence d'un comportement sexuel déviant avec un enfant, sa fréquence est interrogée. Le but est de voir s'il est possible de dégager une spécificité propre aux fantasmes et aux désirs ou pulsions sexuels, ainsi qu'à une activité sexuelle en lien avec des enfants imaginaires et réels. Le questionnaire se termine par une question sur le vécu et les commentaires éventuels du sujet sur celui-ci. La méthode de calcul des différents scores obtenus est réalisée par un programme informatique. Ce questionnaire nécessite une formation.

4. Discussion

Les fantasies sexuelles déviantes sont un réel enjeu dans la prise en charge thérapeutique anglo-saxonne des auteurs d'agression sexuelle, ce qui est moins le cas en France. Il est vrai que la littérature psychodynamique française met davantage en évidence le concept de fantasme, qui n'est pas synonyme de fantaisie sexuelle, mais qui est pourtant souvent confondu avec ce dernier terme. Cette confusion, retrouvée dans le langage commun, et cette difficulté d'articulation conceptuelle psychodynamique pourraient être à la base de l'absence de développement de la recherche dans le domaine des fantasies sexuelles. Certains auteurs (Bouchet-Kervella, 2001 ; Ciavaldini, 1999 ; Gravier et al., 2000) parlent tout de même de scénario ou d'impulsions, mais peu de fantasies. Pour comprendre cette différence, qui a de nombreuses implications (théoriques, cliniques, thérapeutiques et même sociales), il est nécessaire de récolter des données sur ce thème. La validation de l'IDCS au sein d'un large échantillon de population européenne francophone permettra de répondre à de nombreuses questions encore laissées en suspens. En effet, la littérature scientifique européenne manque d'outils standardisés et validés sur des populations d'auteurs d'agression sexuelle européens francophones pour répondre à de nombreuses questions et associer des données quantitatives et qualitatives.

Cela permettrait peut-être de mettre en lumière cette différenciation entre désir/impulsion et fantasies. Toutefois, il est nécessaire de rappeler que ces thèmes, de l'ordre de l'intime, sont fortement associés à la désirabilité sociale, qui pourrait biaiser les résultats des recherches si cet aspect n'est pas pris en considération.

Ce questionnaire pouvant être administré au cours de l'incarcération et aux personnes non incarcérées sous main de justice, il permettra entre autres d'évaluer la

présence et la proportion de fantaisies sexuelles déviantes dans ces différents milieux, et même de manière longitudinale. Il sera ainsi possible de déterminer l'effet probable de l'incarcération sur les fantaisies sexuelles déviantes : diminution due à l'isolement ou augmentation attribuable à l'ennui et aux frustrations. Le moment de l'incarcération doit être pris en considération.

Ce questionnaire différencie les fantaisies sexuelles déviantes des impulsions, ainsi que de l'activité sexuelle déviant et masturbatoire. Ces données permettront une analyse qualitative plus fine du phénomène et de sa répartition en fonction de différents sous-groupes.

Les fantaisies sexuelles déviantes se retrouvent-elles dans les mêmes proportions que dans les études anglo-saxonnes, basées sur d'autres instruments de mesure? Des recherches définissant mieux les sous-groupes d'auteurs d'agression sexuelle paraissent inévitables étant donné l'hétérogénéité de cette population.

L'évaluation des trois dimensions de ce questionnaire permettra aux cliniciens, et en particulier aux prescripteurs, de se référer à un outil qui indiquera des seuils et des orientations pour certaines prises en charge pharmacologiques. Ce qui ne va pas sans poser la question du lien entre ce questionnaire et le diagnostic de pédophilie, tel qu'il est décrit dans le DSM IV TR (2003).

La littérature francophone française met en avant le concept d'alexithymie : de nombreux auteurs francophones l'observent au sein de cette population (Balier, 1998; Archer, 2001; Ciavaldini, 1999). Le monde des fantaisies sexuelles déviantes est-il associé à la pauvreté du monde imaginaire et fantasmatique décrit par ce concept? Ce questionnaire, associé à d'autres comme la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS 20, Loas, Frémaux, & Marchand, 1995), permettrait de donner des pistes de réponse. La présence de fantasmes ou de fantaisies sexuelles, dans ce cadre, pourrait être un frein face à l'absence de mentalisation et à la présence de pulsions. Cependant, seule « l'utilisation » de ces fantaisies, et donc une analyse qualitative pour chaque sous-population d'auteurs d'agression sexuelle, pourrait donner un sens à ces résultats.

Le quotient intellectuel est lui aussi susceptible d'influencer la présence de fantaisies sexuelles déviantes, ainsi que la proportion de celles-ci au sein des différentes populations. La question du lien entre les fantaisies et le déni, ainsi que les distorsions cognitives relatives au passage à l'acte avec lesquelles on pourrait les confondre, est à poser. Sont-elles liées au risque de récurrence sexuelle?

Les fantaisies des auteurs d'agression sexuelle sont-elles exclusives ou non exclusives? Si elles sont exclusives, est-ce en lien avec des sous-groupes particuliers d'auteurs d'agression sexuelle? Une question encore : les fantaisies sexuelles déviantes seraient-elles l'apanage unique des auteurs d'agression sexuelle? Se retrouvent-elles de la même manière chez la personne condamnée pour détention de matériel pédopornographique? Se retrouvent-elles chez le tout venant? Ces questions touchent à un certain tabou dans nos sociétés, dans lesquelles l'auteur d'agression sexuelle, « souffrant de fantaisies sexuelles de type pédophile débridées et obsédantes », est perçu comme l'archétype du

Mal. La recherche ne peut toutefois se satisfaire de réponses simples, des recherches sur des populations contrôles semblent donc tout aussi nécessaires.

Des recherches ultérieures pourraient s'attarder sur le contenu qualitatif de ces fantaisies sexuelles. Il n'existe pas de recherche ayant étudié celles-ci de manière systématique, ni leur lien avec les différents moments et modalités du passage à l'acte.

Ainsi, la validation de ce questionnaire, ainsi que les résultats quantitatifs et qualitatifs en découlant, permettront à un très large champ de recherches de voir le jour.

Bibliographie

American Psychiatric Association (1983, traduction française 1989). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, (3^e éd. Rév.). Paris : Masson.

American Psychiatric Association (1994). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, (4^e éd.). Paris : Masson.

American Psychiatric Association (2000, traduction française 2003). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux*, (4^e éd. rév.). Paris : Masson.

Archer, E. (2001). Comment concevoir l'évolution d'une relation thérapeutique pendant et après la détention ? In : Conférence de Consensus. *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* (pp. 363-378). Paris, France : John Libbey.

Assoun, P-L. (2007). *Leçons psychanalytiques sur le fantasme*. Paris, France : Anthropos.

Aubut, J. (1993). La prévention de la récidive : Une approche bio-psycho-sociale. In J. Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement* (pp. 146-153). Montréal : Éditions de la Chenelière.

Aubut, J., Proulx, J., Lamoureux, B., & McKibben, A. (1998). Sexual offenders' treatment program of the Philippe Pinel Institute of Montreal. In W.L. Marshall, Y. Fernandez, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 221-233). New York, NY: Plenum Press.

Balier, C. (1989). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris, France : PUF, Le fil rouge.

Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris, France : PUF, Le fil rouge.

Balier, C. (1998). De la délinquance sexuelle à la psychopathologie. *L'Information Psychiatrique*, 5, 451-454.

Balier, C. (2000). Psychopathologie des agresseurs sexuels selon un modèle psychanalytique. In A. Cavallini, & C. Balier (Eds.), *Aggressions sexuelles : Pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 9-15). Paris, France : Masson.

Balier, C., Ciavaldini, A., & Girard-Khayat, M. (1997). *Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles (QICPAAS)*. Paris, France. www.artaas.org

Baumgartner, J. V., Scalaria, M. J., & Huss, M. T. (2002). Assessment of the Wilson Sex Fantasy Questionnaire among child molesters and non sexual forensic offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14 (1), 19-30.

- Beckett, R. (1998). Community treatment in the United Kingdom. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds), *Sourcebook of treatment programs for sex offenders* (pp. 133-152). New York and London: Plenum Press.
- Bloch, H., Dépret, E., Gallo, A., Garnier, Ph., Gineste, M. D., Leconte, P., Le Ny, J.-F., Postel, J., Reuchin, M., & Casalis, D. (1997). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Paris, France : Larousse.
- Bouchet-Kervella, D. (2001). Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes? In Conférence de Consensus (Eds), *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* (pp. 57-88). Montrouge, France : John Libbey.
- Brown, S. (2005). *Treating sex offenders: An introduction to sex offenders treatment programmes*. Portland, OR : William Publishing.
- Carich, M. S. (1994). The use of RP/RI in sex offenders treatment, part III: The signifiacnce of assault cycles. *Sex offenders Project Newsletter*, Dec, 2-8.
- Carich, M. S., Gray, A., Rombouts, S., Stone, M., & Pithers, W. D. (1995). Relapse prevention and the sexual assault cycle. In R. Freeman-Longo, S. Bird, W. F. Stevenson, & J. Fiske (Eds), *1994 nationwide survey of treatment programs and models* (pp. 77-104). Brandon, VT: Safer Society Press.
- Ciavaldini, A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris, France : Masson.
- Ciavaldini A. (2006). L'agir violent sexuel. In C. Chabert, A. Ciavaldini, P. Jeammet, & S. Schenkery (Eds), *Actes et dépendances* (pp. 111-169). Paris, France : Dunod.
- Conte, J. R. (1985). Clinical dimensions of adult sexual abuse of children. *Behavioural Sciences and the Law*, 3 (4), 341-354.
- Dandescu A, & Wolfe R. (2003) Considerations on fantasy use by child molesters and exhibitionists. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, 15 (4), 297-305.
- Denis, P. (1997). *Emprise et satisfaction, les deux formants de la pulsion*. Paris, France : PUF.
- Eldrige, H. (1998). *Therapist guide for maintaining change: Relapse prevention for adult male perpetrators of child sexual abuse*. London, United Kingdom : Sage Publication.
- Eldrige, H., & Wyre, R. (1998). The Lucy Faithfull Foundation Residential Program for sexual offenders. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds), *Sourcebook of treatment programs for sex offenders* (pp. 79-92). New York and London: Plenum Press.
- Freeman-Longo, R., & Pithers, W. D. (1992). *A structured approach to preventing relapse: A guide for sex offenders*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Freud, S. (1900). *L'interprétation des rêves*. Paris, France : PUF.
- Freud, S. (1915). *L'inconscient*. In : *Œuvres complètes*. Vol. XIII. Paris, France : PUF.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris, France : PUF.
- Gee, D., Ward, T., & Eccleston, L. (2003). The function of sexual fantasies for sexual offenders: A preliminary model. *Behaviour Change*, 20 (1), 315-331.

- Génuit, P. (2008). Fantasma et comportement déviant. In J-L. Senon, G. Lopez, & R. Cario (Eds), *Psycho-criminologie. Clinique, prise en charge, expertise* (pp. 79-88). Paris, France : Dunod.
- Glenn, D., & Wilson, Ph. D. (1988). Measurement of sex fantasy. *Sexual and Marital Therapy*, 3 (1), 45-55.
- Gosselin, C., & Wilson, G. (1980). *Sexual variations: Fetishism, sado-masochism, and transvestism*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Gravier, B., Legoff, V., & Devaud, C. (2000). Thérapie actives. In A. Ciavaldini & C. Balier (Éds.), *Agressions sexuelles : Pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp. 219-228). Paris, France : Masson.
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse : A meta analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 348-362.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. (2004). *Les prédicteurs de la récidive sexuelle : Une méta-analyse à jour*. Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada.
- Isaacs, S. (1948/1966). Nature et fonction du phantasme. In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Rivière (Éds.), *Développements de la psychanalyse* (pp. 64-115). Paris, France : PUF.
- Jeugne-Maynard, I., Garnier, Y., Karoubi, L., & Vinciguerra, M. (2008). *Le Petit Larousse illustré*. Paris, France : Larousse.
- Krzakowski, P. (2004). *L'iconographie interdite: Une irruption psychanalytique sur la scène du fantasme pédophile*. Nervure, Tome XVII, 9, 21-24.
- Lacan, J. (1958-1959). Le désir et ses interprétations. Compte-rendu par J. B. Pontalis (agréé par Lacan) du Séminaire, *Bulletin de Psychologie*, Livre VI 1958-1959, Tome XIII, 1959-60.
- Lacan, J. (1966-1967). La logique du fantasme. *Compte rendu du séminaire 1966-1967*. Autres écrits.
- Lacan, J. (1967-1968). L'acte analytique. Proposition d'octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole. *Scilicet*, 1, Paris : Seuil.
- Lacan, J. (1976-1977). L'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre. *Le séminaire*, inédit, dorénavant référencé Séminaire 24, séance du 16 novembre 1976 et du 15 mars 1977.
- Lane, S. (1991). The sexual abuse cycle. In G. D. Ryan, & S. Lane (Eds), *Juvenile Sexual offending: Causes, consequences, and corrections* (pp. 103-141). Lexington, MA: Lexington Books.
- Lane, S. (1997). The sexual abuse cycle. In G. Ryan, & S. Lane (Eds), *Juvenile Sexual offending: Causes, consequences, and corrections*, new and rev. ed. (pp. 77-121). Lexington, MA: Lexington Books.
- Langevin, R. (1983). *Sexual strands: Understanding and treating sexual anomalies in men*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Langevin, R., & Paitich, D. (2002). *Clarke Sex Inventory Questionnaire for Males-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems Inc.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (2007/ 1967). *Vocabulaire de psychanalyse* (pp. 1652-1659). Paris, France : PUF.

- Leclerc, B., & Proulx, J. (2006). La pléthysmographie pénienne chez les agresseurs sexuels. In T. H. Pham (Éds), *L'évaluation diagnostique des agresseurs* (pp. 137-159). Sprimont, Belgique : Mardaga.
- Loas, G., Frémaux, D., & Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale*, XXI, 117-122.
- Marshall, W. L. (1997). Pedophilia: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds), *Handbook of sexual deviance: Theory and application* (pp. 152-174). New York, NY: Guilford Press.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sex offenders*. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E., & Eccles, A. (1991). Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 323-336.
- Marshall, W. L., & Eccles, A. (1996). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(1), 68-93.
- Mc Dougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris, France : Gallimard.
- Mc Guire R. J., Carlisle, J. M., & Young, B. G. (1965). Sexual deviations as conditioned behaviour: A hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 185-190.
- McKibben, A. (1993). L'évaluation des fantasmes sexuelles. In J. Aubut (Éd.), *Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement* (pp. 89-97). Montréal : Éditions de la Chenelière.
- McKibben, A., Aubut, J., & Dassylva, B. (1995). Grille d'évaluation du déni et de la minimisation. Université de Montréal. Document inédit.
- McKibben, A., Proulx, J., & Lusignan, R. (1994). Relationships between conflicts, affects and deviant sexual behavior in rapists and pedophiles. *Behavior Research and Therapy*, 32, 571-575.
- Meloy, J. R. (2000). The nature and dynamics of sexual homicide: An integrative review. *Aggression and Violent Behaviour*, 5 (1) 1-22.
- Morel, G. (2008). *La loi de la mère. Essai sur le sinthome sexuel*. Paris, France : Economica Anthropos.
- Nemiah J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18, 154-160.
- Nicole, A., McKibben, A., & Guay, J. -P. (2007). Des stratégies de gestion des affects et des fantasmes sexuelles déviantes pour prévenir la récurrence. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières Cifas 2005. Textes choisis*, (pp. 195-212). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca/>
- O'Donohue, W., Letourneau, E., & Dowling, H. (1997). The measurement of sexual fantasy. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment*, 9, 167-178.
- Organisation Mondiale de la Santé (1994). *Classification Internationale des Maladies*, 10^e éd. Paris, France : Masson.

- Pithers, W.D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds), *Handbook of sexual assault* (pp. 343-361). New York, NY: Plenum Press.
- Pithers, W. D., Beal, L. S., Armstrong, J., & Petty, J. (1989). Identification of risk factors through clinical interviews and analysis records. In D. R. Laws (Eds), *Relapse Prevention with sexual offenders* (pp. 77-87). New York, NY: Guilford Press.
- Polaschek, D. L. L. (2003). The classification of sex offenders. In T. Ward, D. R. Laws, & S. M. Hudson (Eds), *Sexual deviance: Issues and controversies* (pp. 154-171). London, United Kingdom: Sage Publications.
- Proulx, J., McKibben, A., & Lusignan, R. (1996). Relationship between affective components and sexual behaviours in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 279-289
- Rösler, A., & Witztum, E. (1998). Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropine-releasing hormone. *New England Journal of Medicine*, 338, 416-422.
- Salter, A. C. (1995). *Transforming trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schneider, S. L., & Wright R. C. (2001). The FoSOD: A measurement tool for re-conceptualizing the role of denial in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 545-564.
- Sheldon, K., & Howitt, D. (2007). *Sex offenders and the Internet*. Chichester, England: John Wiley and Sons.
- Smith, D., & Over, R. (1991). Male sexual fantasy: Multidimensionality in content. *Behavior Research Therapy*, 29 (3), 267-275.
- Spector, I. P., Carey, M. P., & Steinberg, L. (1988). Sexual Desire Inventory. In C. M Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, E. Schreer & S. L. Davis (Eds), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 174-175). London, United Kingdom: Sage publications.
- Stoléru, S., & Moulier, V. (2009). *Questionnaire sur l'Intensité du Désir et des Symptômes Sexuels. Version 16*. Inserm Unité 742, Paris, France.
- Swaffer, T., Hollin, C., & Beech, A. (2000). An exploration of child sexual abusers' sexual fantasies before and after treatment. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12 (1), 61-68.
- Tantillo, J. (1979). *Patterns of reported sexual fantasies in male and female college students*. Unpublished doctoral dissertation. Hempstead, NY: Hofstra University.
- Wilson, G. (1978). *The secret of sexual fantasy*. London, England: J.M. Dent & Sons.
- Wolf, S. (1985). A multifactor model of deviant sexuality. *Victimology*, 10, 368.
- Wright, R. C., & Schneider, S. L. (1997). Deviant sexual fantasie as motivated self-deception. In B. K. Schwartz & H. R. Cellini (Eds), *The Sex Offender : New insights, treatment innovations and legal developments*, (vol. II) (pp. 8-1-8-14). Kingston, NJ.: Civic Research Institute.

EXPLORATION D'INDICATEURS PHYSIOLOGIQUES LIÉS AUX INTÉRÊTS SEXUELS ENVERS LES MINEURS^{1, 2}

Mathieu Goyette, Dominique Trottier, Joanne-Lucine Rouleau,
Patrice Renaud et Nicholas Longpré

Résumé

La pléthysmographie pénienne constitue la modalité d'évaluation la plus rigoureuse afin de mesurer les intérêts sexuels. Elle pourrait néanmoins faire l'objet d'améliorations, notamment par la combinaison de la pléthysmographie pénienne et de la vidéo-oculographie. La présente étude vise à analyser divers indicateurs péniens et oculaires obtenus lors de la présentation de bandes sonores et de personnages numériques auprès d'hommes ayant ou non une problématique sexuelle envers les mineurs. L'échantillon est composé de 10 hommes adultes ayant une problématique sexuelle envers les mineurs et de 28 hommes adultes ne rapportant pas d'intérêts sexuels envers ceux-ci. Les résultats démontrent que chacun des profils issus des modalités d'évaluation permet une distinction entre les groupes de participants.

Mots-clés : intérêts sexuels, pléthysmographie pénienne, mouvements oculaires, fixations oculaires, agresseurs sexuels

Mise en contexte

L'évaluation des intérêts sexuels est effectuée auprès d'hommes ayant commis des gestes sexuels problématiques à l'égard de mineurs ou d'adultes afin d'évaluer, en considérant également d'autres facteurs, le risque de récurrence, les besoins d'entreprendre un traitement spécialisé en délinquance sexuelle ainsi que les mesures appropriées d'incarcération et de surveillance en communauté (Kingston, Firestone, Moulden & Bradford, 2007; Konopasky & Konopasky, 2000; Marshall & Fernandez, 2003a, 2003b). En effet, selon le modèle de prise en charge basée sur le risque, les besoins et la réceptivité, un arrimage doit exister entre le niveau de risque des individus et la durée ainsi que l'intensité des traitements proposés (Andrews & Bonta, 1998; voir également

1. Pour citer ce chapitre : Goyette, M., Trottier, D., Rouleau, J.-L., Renaud, P., & Longpré, N. (2011). Exploration d'indicateurs physiologiques liés aux intérêts sexuels envers les mineurs. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 236-255). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. La rédaction de ce chapitre a été rendue possible grâce à la bourse de formation de doctorat des Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) octroyée au premier auteur; ce texte représente également un chapitre de sa thèse de doctorat.

Ward, Polaschek, & Beech, 2006; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009). Dans cette optique, l'évaluation de la présence d'intérêts sexuels envers les mineurs, considérée comme un facteur de risque, permet une utilisation plus précise de certains instruments d'évaluation du risque de récidive et des besoins de traitement (par exemple, la SORAG [Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 1998] ou la Stable-2007 [Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007]). Par extension, l'évaluation des intérêts sexuels s'avère également utile dans la mesure où les décisions entourant la sentence, le placement pénitentiaire ainsi que les mesures d'élargissement sont influencées par le risque que représentent les individus pour la société.

Par ailleurs, la nosologie psychiatrique actuelle décrit la pédophilie à partir d'un regroupement de trois critères, dont (1) la présence de fantasmes sexuellement excitants, d'impulsions sexuelles ou de comportements impliquant un enfant prépubère, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins six mois et (2) d'un agir sur ces pulsions sexuelles, ou la présence d'une souffrance significative ou de difficultés interpersonnelles induites par ces pulsions (American Psychiatric Association, 2000). Si ces critères décrivent la présence d'intérêts sexuels envers les enfants prépubères, plusieurs chercheurs et théoriciens définissent la pédophilie comme reflétant plutôt la présence d'une préférence sexuelle envers les enfants prépubères (Freund & Blanchard, 1989; O'Donohue, Regev, & Hagstrom, 2000; Konopasky & Konopasky, 2000; Seto, 2008). En adoptant cette dernière conceptualisation, il s'avère qu'une proportion substantielle des hommes ayant commis des gestes sexuels envers des mineurs ne sont pas atteints de pédophilie (Seto, 2008), et que l'évaluation des intérêts sexuels permet également de préciser un diagnostic à cet effet (Kingston et al. 2007; Seto, 2009).

Finalement, le partage des résultats issus de cette évaluation avec les agresseurs sexuels peut favoriser, lorsqu'il est bien effectué, la reconnaissance du rôle de leurs intérêts sexuels dans leur problématique ainsi qu'une diminution de la résistance au changement (Marshall & Marshall, 2009; Seto, 2009). En d'autres termes, cette information peut amener certains agresseurs sexuels à internaliser leur problématique et à mobiliser leurs ressources afin de développer un meilleur contrôle sur celle-ci. Étant donné les conséquences possibles de cette évaluation, elle doit reposer sur une mesure objective ayant une base empirique solide (Abel, Jordan, Hand, Holland, & Phipps, 2001; Marshall & Fernandez, 2000).

Instruments de mesure des intérêts sexuels

Plusieurs modalités ont été mises au point afin d'évaluer les intérêts sexuels. Bien que les méthodes basées sur des questionnaires ou des entrevues s'avèrent à première vue simples à utiliser et non envahissantes, elles reposent uniquement sur la volonté des individus à se dévoiler, et possèdent donc des limites en ce qui a trait à leur validité interne (Abel et al., 2001). En effet, la reconnaissance d'intérêts sexuels déviants

est souvent minimisée par les agresseurs, notamment dans un contexte d'évaluation pouvant avoir des conséquences légales (Kingston et al., 2007; Seto, 2009). Dès lors, il s'avère primordial pour les cliniciens de baser leur évaluation sur la convergence de mesures provenant de sources multiples qui ne s'avèrent pas dépendantes de la volonté des individus à se livrer, plus particulièrement lorsque ceux-ci affirment ne pas avoir d'intérêts sexuels envers les mineurs.

C'est justement afin de combler cette lacune que la pléthysmographie pénienne a été conçue et appliquée à l'évaluation des intérêts sexuels (Laws & Marshall, 2003). La pléthysmographie pénienne consiste à enregistrer les changements d'amplitude de la circonférence pénienne lors de la présentation, à l'aide de divers médias (par exemple, des bandes sonores, des photographies, des films), de stimuli dont le contenu comporte des éléments de sexualité, de violence, ou la combinaison des deux (Marshall & Fernandez, 2003a). L'utilisation clinique de cette modalité d'évaluation, soutenue par une multitude d'études à son sujet, est répandue en Amérique du Nord. De fait, la pléthysmographie pénienne avec usage de bandes sonores permet de discriminer les groupes d'agresseurs sexuels de mineurs intrafamiliaux et extrafamiliaux de groupes d'hommes sans paraphilie connue (Marshall & Fernandez, 2003a). Les résultats issus de la pléthysmographie pénienne, collectés préalablement à une intervention et visant à évaluer l'intérêt sexuel envers les enfants, sont généralement associés à la récurrence sexuelle (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Il demeure cependant possible de croire que la pléthysmographie pénienne pourrait bénéficier d'améliorations. En effet, la validité interne de l'instrument est limitée par le recours chez certains individus à des stratégies cognitives visant le contrôle érectile (Howes, 1998; Kalmus & Beech, 2005; Marshall & Fernandez, 2000, 2003a). Si certains chercheurs ont mis au point des méthodes afin d'identifier et de contrer leur utilisation (Marshall, 2004; Proulx, Côté, & Achille, 1993; Quinsey & Chaplin, 1988b), aucune de celles-ci n'apparaît entièrement satisfaisante, dans la mesure où il demeure impossible de déterminer avec exactitude si les individus utilisent des stratégies cognitives (Kalmus & Beech, 2005; Marshall & Fernandez, 2003a). Par exemple, la procédure d'identification sémantique, une méthode ayant démontré une certaine efficacité à réduire le recours aux stratégies cognitives, requiert que l'individu appuie sur un bouton avec une main lorsque le contenu de la bande sonore est sexuel, sur un bouton avec l'autre main lorsque le contenu est violent, et sur les deux boutons lorsqu'il est sexuel et violent (Proulx et al., 1993, Quinsey & Chaplin, 1988b). Néanmoins, en utilisant une procédure similaire, Golde, Strassberg et Turner (2000) ne sont pas arrivés à corroborer l'efficacité de la procédure d'identification sémantique. En effet, l'utilisation d'une tâche où les participants devaient identifier certains éléments du contenu présenté n'interférait pas avec leur capacité à supprimer leur réponse érectile. Par ailleurs, le fait qu'une partie substantielle des évaluations (20 à 30 %) ne soit guère interprétable en raison d'amplitudes péniennes insuffisantes à l'ensemble des stimuli présentés (Howes, 1998; Kalmus & Beech, 2005) laisse entendre qu'il serait souhaitable d'amé-

liorer l'outil, notamment en augmentant la validité écologique de la présentation, soit la correspondance entre la tâche effectuée et l'environnement naturel dans lequel le phénomène étudié s'exprime (Haynes, 2001 ; Konopaski & Konopaski, 2000 ; Marshall & Fernandez, 2003a ; Renaud, Rouleau, Granger, Barsetti, & Bouchard, 2002).

D'autres instruments, basés sur d'autres indicateurs que la réponse pénienne, soit la mesure du temps de visualisation — la durée d'exploration visuelle sur un objet donné —, ont été développés à partir de photographies intégrales ou retouchées informatiquement dans le but d'évaluer les intérêts sexuels d'agresseurs sexuels d'enfants (par exemple, *AASIT*TM, Abel et al., 2001 ; *Affinity Project*, Glasgow, Osbourne, & Croxen, 2003 ; *PPAC Project*, Laws & Gress, 2004). Ces instruments ont fait preuve d'innovation en intégrant les résultats de recherches ayant démontré que le temps de visualisation de stimuli visuels par un individu permet de déterminer l'orientation sexuelle de ce dernier (Rosenzweig, 1942 ; Zamansky, 1956). À titre d'exemple, l'*AASIT*TM requiert que les individus évaluent et visionnent une série de photographies représentant des contenus sexuels déviants et non déviants à la vitesse souhaitée et qu'ils remplissent des questionnaires portant sur des comportements sexuels, des caractéristiques sociodémographiques, des intérêts personnels, des distorsions cognitives et leur désirabilité sociale (Abel et al., 2001). Les intérêts sexuels des participants sont évalués à partir de l'ensemble des informations obtenues à l'aide d'algorithmes non divulgués. En d'autres termes, la méthode d'interprétation, basée sur plusieurs instruments, est uniquement connue des concepteurs, excluant pour le moment toutes possibilités de reproduction indépendante des résultats, une condition nécessaire à la démarche scientifique (Beaugrand, 1988). Bien que cet instrument s'avère innovateur par l'utilisation d'un nouveau paradigme d'expérimentation, il demeure nécessaire d'évaluer la relation entre cet instrument et la récidive sexuelle, et de permettre la reproduction des résultats à l'aide d'études indépendantes (Kalmus & Beech, 2005 ; Laws & Gress, 2004 ; Sachsenmaier & Gress, 2009 ; Seto, 2008).

Possibilité de concevoir un nouvel instrument de mesure

La pléthysmographie pénienne demeure reconnue, malgré ses limites, comme étant la mesure étalon dans ce domaine de la psychologie (Letourneau, 2002 ; Marshall & Fernandez, 2003a, 2003b ; Seto, 2008). Dans cette perspective, il est possible de croire que l'utilisation de la pléthysmographie, combinée à d'autres mesures physiologiques comme la vidéo-oculographie, pourrait permettre d'en améliorer les propriétés psychométriques (Renaud et al., 2002).

Appliquée à l'évaluation des intérêts sexuels envers les mineurs, la vidéo-oculographie consiste en l'utilisation combinée d'un système de suivi oculomoteur et de la présentation d'une série de personnages numériques nus, masculins et féminins, représentant diverses tranches d'âge (Renaud et al., 2007). Ce paradigme s'appuie principalement sur l'idée que les patrons d'exploration d'un stimulus reflètent l'inté-

rêt et la motivation sous-jacente de l'observateur envers le stimulus observé (Renaud et al., 2002). La vidéo-oculographie permet donc de mesurer certains indicateurs oculaires pouvant être liés aux intérêts sexuels (Lykins, Meana, & Kambe, 2006; Renaud et al., 2002, 2007).

Cette modalité, en processus de validation, a le potentiel de pallier certaines lacunes énoncées précédemment. En premier lieu, puisque les personnages sont générés entièrement par ordinateur et non issus de photographies réelles ou retouchées, cette évaluation ne comporte pas de problèmes éthiques (Renaud et al., 2007). De plus, cette modalité permet à l'évaluateur de savoir, à tout moment, où porte précisément l'attention visuelle des individus évalués, limitant possiblement l'utilisation de stratégies cognitives visant à falsifier les résultats (Renaud et al., 2007). En d'autres termes, il serait possible de développer un modèle de classification ne reposant pas uniquement sur le jugement de l'évaluateur et n'ayant pas le potentiel d'interférer avec la tâche principale, et qui permettrait de déterminer si un individu a recours ou non à des stratégies d'évitement attentionnelles lors de la présentation de stimuli visuels (Renaud et al., 2010; Trottier, Goyette, Renaud, & Rouleau, 2009). Enfin, l'extension de l'utilisation de cette technologie laisse entrevoir la possibilité de mettre en place une interactivité entre le sujet et le contenu présenté, permettant ainsi d'augmenter la validité écologique de l'évaluation (Lykins et al., 2006; Renaud et al., 2002, 2007). Il serait donc possible de concevoir, à partir de cette technologie, des stimuli correspondant aux intérêts sexuels idiosyncrasiques des individus évalués (Renaud, Dufresne, Dasylva, Nicole, & Goyette, 2009) et de faire interagir ces stimuli en temps réel (Renaud, Dufresne, & Goyette, 2008) ou de manière préprogrammée, selon les réponses émises par les individus. Bref, cette combinaison technologique offre un potentiel intéressant qui justifie davantage de recherche quant à son utilisation.

Les résultats d'études préliminaires suggèrent que l'utilisation combinée de la vidéo-oculographie et de la pléthysmographie pénienne pourrait s'avérer une méthode efficace pour déterminer la présence d'intérêts sexuels spécifiques. En effet, le nombre et la durée des fixations oculaires ainsi que la longueur des saccades oculaires³ pourraient constituer des indicateurs de l'intérêt sexuel d'un sujet envers le sexe et l'âge d'un objet (Lykins et al., 2006; Renaud et al., 2007). L'évitement du regard de certaines zones corporelles et la longueur moyenne des saccades oculaires permettraient également d'identifier l'utilisation de stratégies cognitives basées sur l'évitement attentionnel, intentionnel ou non, et visant le contrôle de la réponse érectile (Renaud et al., 2007, 2010; Trottier et al., 2009). Par ailleurs, un modèle de classification préliminaire, qui repose exclusivement sur les données issues de la vidéo-oculographie, démontre une capacité adéquate à classifier les individus selon la présence ou non de comportements sexuels envers les mineurs (Chartier et al., 2006).

3. Une fixation est un arrêt relatif du mouvement oculaire variant entre 150 et 600 ms, mais dont la durée moyenne est de 300 ms. La saccade oculaire représente un déplacement oculaire permettant le repositionnement de la fovéa en vue de l'extraction visuelle (Groner, McConkie, & Menz, 1985).

Buts et hypothèses

La présente étude consiste en une analyse préliminaire des données obtenues au Laboratoire d'évaluation des préférences sexuelles de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM). Elle s'inscrit dans un projet plus large visant le développement et la validation de cette nouvelle technologie à des fins d'évaluation et de traitement auprès d'agresseurs sexuels d'enfants. Elle porte sur l'identification de certains indicateurs psychophysiologiques liés aux intérêts sexuels en vue d'évaluer certaines variables prises en considération et d'effectuer les modifications nécessaires au niveau de la procédure et du prétraitement des données. En ce sens, elle constitue la première tentative de combiner les indicateurs péniers et oculaires *sans immersion virtuelle*, une modalité plus facile à implanter dans d'autres laboratoires d'évaluation.

Un objectif secondaire est de vérifier si les catégories d'âge attribuées aux stimuli numériques à partir de critères de développement se distinguent suffisamment les unes des autres. À cet effet, nous posons comme hypothèses que les moyennes obtenues par les participants à chacune des catégories se distingueront significativement entre elles, qu'elles se rapprocheront de celles attribuées par les chercheurs et que le sexe des personnages n'aura pas d'influence sur l'âge perçu.

Cette étude vise également à dresser les portraits comparatifs de divers indicateurs servant à distinguer les hommes ayant ou non une problématique sexuelle à l'égard des mineurs. Il est raisonnable de croire que l'amplitude pénienne et le nombre de fixations oculaires seront en mesure de discriminer significativement ces deux groupes pour chacune des modalités de présentation.

Méthodologie

Participants

Groupe clinique. Le groupe clinique est composé de 10 hommes adultes référés dans le cadre d'une évaluation de leurs intérêts sexuels au Laboratoire de l'IPPM. Ces participants ont été reconnus coupables d'avoir commis des délits sexuels envers des enfants prépubères (moins de 14 ans) ou ont reconnu avoir eu à l'égard de ceux-ci des comportements sexuels n'ayant pas fait l'objet de mesures judiciaires. Ils vivent présentement en communauté; certains sont sans mandat légal, alors que d'autres sont en attente d'une sentence, ou encore soumis à diverses conditions de surveillance en communauté.

Groupe témoin. Le groupe témoin est composé de 28 hommes adultes recrutés dans la communauté urbaine de Montréal par des annonces publiées dans des hebdomadaires (*Voir, Ici Montréal*). Ils rapportaient ne pas avoir eu ou avoir été accusés de comportements sexuels problématiques à l'égard d'enfants, d'adolescents ou d'adultes, et ne signalaient pas d'intérêts sexuels envers les mineurs lors du contact téléphonique, de l'entrevue préliminaire et à la suite de leur participation à l'étude – où ils répondaient à un questionnaire qu'ils déposaient dans une boîte scellée prévue à cette fin. Aucune

autre donnée criminologique (par exemple, la présence de condamnations pour des délits de nature violente) n'a été recueillie auprès de ce groupe.

Afin d'atténuer la disparité entre le niveau d'éducation des participants des deux groupes, les participants du groupe témoin ayant complété des études universitaires n'ont pas été sélectionnés pour participer à cette étude. Aucune autre variable n'a été considérée a priori afin de contrôler les disparités entre les groupes. Comme il sera décrit dans la section résultats, les participants des deux groupes s'avéraient similaires quant à diverses caractéristiques sociodémographiques et sexuelles.

Instruments

Questionnaire sur les stimuli numériques. Ce questionnaire vise à mesurer l'âge perçu pour chacun des personnages numériques et est accompagné d'une présentation d'images statiques représentant les personnages évalués.

Échelle de dépistage des intérêts pédophiliques. L'Échelle de dépistage des intérêts pédophiliques (ÉDIP, Seto & Lalumière, 2001) est une grille de cotation élaborée à partir de caractéristiques des victimes d'agresseurs sexuels de mineurs liées à la présence d'intérêts sexuels prédominants envers les enfants, telle que mesurée par la pléthysmographie pénienne. Cette grille de cotation comporte quatre caractéristiques, compilées à partir des données disponibles, présentes ou non chez l'agresseur sexuel d'enfants : avoir eu (1) une victime de sexe masculin, (2) plus d'une victime, (3) une victime âgée de 11 ans ou moins et (4) une victime sans lien de parenté. La première variable pouvant prendre la valeur de deux points, les résultats obtenus s'échelonnent de 0 à 5. L'ÉDIP est associée de façon positive et linéaire aux intérêts sexuels pédophiliques obtenus avec la pléthysmographie pénienne et possède une capacité se situant au-delà de la chance à catégoriser les agresseurs sexuels de mineurs selon la présence ou non d'intérêts sexuels prédominants envers les mineurs (Seto & Lalumière, 2001).

Statique-99. La Statique-99 est une grille de cotation actuarielle utilisée afin de prédire le risque de récidive de délinquants sexuels. Elle est basée sur 10 indicateurs caractérisant l'agresseur ou ses délits; le score total, obtenu à partir des dossiers judiciaires, carcéraux et psychiatriques, s'échelonne de 0 à 12 (Hanson & Thornton, 2000). Dans la présente étude, pour les participants du groupe clinique, la grille est remplie à partir des dossiers judiciaires et psychiatriques disponibles afin d'établir des points de comparaison quant au risque de récidive avec l'ensemble des agresseurs sexuels.

Stimuli sonores sur l'agression sexuelle d'enfants. Une présentation en français décrit 11 scénarios, d'une durée moyenne de 120 secondes, issus de l'étude de Quinsey et Chaplin (1988a, validation de la traduction par Gagné, 1987; voir également Barsetti, Earls, Lalumière, & Bélanger, 1998; Michaud & Proulx, 2009). Ces stimuli sont constitués d'un scénario neutre ainsi que de 10 autres scénarios, répartis en cinq catégories pour chaque sexe : relation sexuelle avec un partenaire adulte consentant, relation sexuelle avec un enfant mais sans coercition, relation sexuelle avec un enfant

accompagnée de coercition, viol d'un enfant avec utilisation excessive de violence et agression physique d'un enfant sans sexualité. La description est effectuée par une femme, à la deuxième personne, et les enfants décrits sont âgés de 8 ou de 10 ans. L'ordre de présentation des stimuli est fixé initialement de façon aléatoire pour l'ensemble des participants.

Stimuli numériques. Cette présentation porte sur neuf personnages animés créés numériquement et représentant des humains nus dont le sexe et l'âge varient. Les personnages ont été générés selon les critères de développement de Tanner (1978) afin de représenter quatre tranches d'âge (6 à 7 ans, 10 à 11 ans, 13 à 15 ans et plus de 22 ans). Un personnage neutre, dont le sexe et l'âge ne sont pas identifiables, est également présenté. Bien que les personnages soient présentés de façon à ce qu'ils aient une taille similaire, une échelle, située à gauche de l'écran, rend possible l'établissement d'une taille perçue proportionnelle à l'âge. L'ordre de présentation des stimuli est déterminé initialement de façon aléatoire, à l'exception du personnage neutre qui, en raison d'un impact possible de l'ordre de passation sur le niveau de réalisme perçu des personnages présentés subséquentment, est présenté en dernier lieu. Chaque présentation débute par une croix au centre de l'écran afin de contrôler la position initiale du regard des participants. La durée respective de chacune des présentations est de 90 secondes.

Appareillages

Pléthysmographe pénien. La mesure pénienne s'effectue dans deux pièces adjacentes, l'une réservée à l'expérimentateur, l'autre au participant. Le participant est assis sur une chaise droite, et est amené à installer au milieu de son pénis un extensomètre rempli de mercure préalablement nettoyé et étalonné sur un cône prévu à cet effet. L'augmentation de la circonférence pénienne induite par l'érection étire l'extensomètre, ce qui amène une augmentation de la conductance électrique du mercure. Celle-ci est convertie, par un polygraphe, en variation de voltage et enregistrée simultanément sur un ordinateur dans la salle de l'expérimentateur grâce à des logiciels conçus à cet effet. L'enregistrement s'effectue lors de la présentation des stimuli et se poursuit 30 secondes après chacune des présentations. Un délai variable entre chaque stimulus est prévu afin de permettre une détumescence pénienne correspondante au niveau de base.

Suivi oculomoteur. La mesure oculaire s'effectue par un émetteur d'emplacement oculaire que le participant installe sur son front à l'aide d'un bandeau. Le participant s'assoit sur une chaise droite à une distance fixe de l'écran (66 cm). À la suite des étalonnages de l'emplacement de l'œil par rapport à l'émetteur d'emplacement et au traqueur oculaire fonctionnant à l'aide d'une caméra à infrarouge installée sur un plateau motorisé, les informations oculaires sont transmises de façon bidirectionnelle.

Procédure

L'expérimentation s'étale sur une ou deux rencontres au Laboratoire d'évaluation des préférences sexuelles de l'IPPM. Lorsque des présentations de modalités de stimuli se succèdent lors d'une même rencontre, une pause de 30 minutes est instaurée afin que le participant puisse se reposer. Les consignes concernant les présentations de stimuli sont données au participant avant chacune des passations. Le participant a pour consignes de porter attention au matériel présenté et de ne pas toucher aux instruments de mesure ou à son pénis. On lui demande de s'imaginer à la place de la personne qui commet les gestes décrits ou face aux personnages présentés et de laisser aller son excitation sexuelle, sans tenter de l'augmenter ou de la diminuer. En ce qui concerne les personnages numériques, il est demandé au participant de conserver le regard sur les personnages présentés. Chacune des modalités de présentation est précédée d'un extrait de film érotique de deux minutes correspondant à l'orientation sexuelle du participant, afin de rendre ce dernier plus à l'aise de ressentir une excitation sexuelle dans un milieu artificiel (Marshall & Fernandez, 2003a). Aucune procédure d'identification sémantique (voir par exemple Proulx et al., 1993) n'est utilisée dans les deux modalités de présentation. Il importe de noter que les résultats issus de la présentation de stimuli sonores sur l'agression sexuelle d'enfants faisaient l'objet d'une utilisation à des fins d'évaluation auprès des participants du groupe clinique. Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique à la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Traitement des données

Les données issues de la pléthysmographie ont été retirées des analyses dans le cas où l'amplitude pénienne maximale à l'ensemble des stimuli ne dépassait pas 2,50 mm, ou si l'amplitude au stimulus neutre dépassait celle de l'ensemble des autres stimuli. Les données oculaires ont été retirées de l'analyse si les pertes d'enregistrement dépassaient 50 %. Les indicateurs sont transformés en scores Z ipsatifs afin de réduire les écarts individuels induits par d'autres facteurs (Earls, Quinsey, & Castonguay, 1987) et de permettre la combinaison d'indicateurs sur une même échelle de mesure.

Résultats

Analyses descriptives

Des analyses bivariées ont été effectuées entre les groupes à partir des données socio-démographiques et sexuelles rapportées lors d'une entrevue préliminaire. Le groupe clinique ne diffère pas significativement du groupe témoin quant à l'âge, à la catégorie de revenu, au nombre moyen de partenaires masculins ou féminins ainsi qu'à la durée moyenne de la relation amoureuse la plus longue (voir Tableau 1). La répartition des participants du groupe clinique ne diffère pas significativement de celle du groupe

témoin quant au niveau de scolarité atteint, à la provenance du revenu principal d'un emploi, à l'orientation sexuelle et au fait d'être célibataire au moment de l'expérimentation (voir Tableau 1).

De plus, parmi les participants du groupe clinique, 70 % rapportaient soit une attirance, soit une préférence sexuelle envers les enfants, généralement envers les filles. La Statique-99 et l'ÉDIP n'ont pas été colligées auprès de deux participants, puisque ces derniers avaient uniquement consommé de la pornographie juvénile. Parmi les huit autres participants du groupe, 50 % avaient une victime sans lien de parenté et 37,5 % au moins une victime de sexe masculin. Ceux-ci obtiennent un score moyen à la Statique-99 de 3,88 (ÉT = 3,85; médiane = 4) et un score moyen à l'ÉDIP de 3,38 (ÉT = 1,41; médiane = 3). À titre indicatif, la population d'agresseurs sexuels du Canada possède un score moyen de 3,15 et une médiane de 2 à la Statique-99 (Hanson, Lloyd, Helmus, & Thornton, 2010). Selon l'étude de Seto et Lalumière (2001), en adoptant un taux de spécificité de 90 %, entre 28 et 40 % des agresseurs sexuels de mineurs ayant des scores de 3 ou de 4 à l'ÉDIP démontrent un profil d'intérêts sexuels déviants. En tenant compte de ces données ainsi que du fait que les consommateurs de pornographie juvénile sont plus enclins à posséder des intérêts sexuels prédominants envers les mineurs que les agresseurs sexuels conventionnels (Seto, Cantor, & Blanchard, 2006), il est attendu que les hommes de ce groupe possèdent des intérêts sexuels envers les mineurs plus élevés que ceux du groupe témoin.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques selon le groupe

| Caractéristiques | Groupe clinique (n = 10) | Groupe témoin (n = 28) | sig. |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------|-------|
| | MOYENNES (ÉCARTS-TYPES) | | |
| Âge | 42,2 (14,18) | 43,18 (10,59) | n. s. |
| Revenu (catégorie) | 3,90 (3,24) | 3,28 (2,27) | n. s. |
| Nb partenaires masculins | 40,20 (87,86) | 23,48 (54,91) | n. s. |
| Nb partenaires féminins | 44,35 (94,72) | 35,25 (60,16) | n. s. |
| Durée relation la plus longue (mois) | 114,60 (91,88) | 75,00 (65,24) | n. s. |
| | FRÉQUENCES (%) | | |
| Secondaire ou moins ^a | 77,77 | 60,00 | n. s. |
| Revenu principal emploi | 40,00 | 42,85 | n. s. |
| Hétérosexuel | 70,00 | 82,10 | n. s. |
| Célibataire | 70,00 | 85,71 | n. s. |

Note. ^a Le nombre de participants est de 9 cliniques et 25 témoins pour cette variable

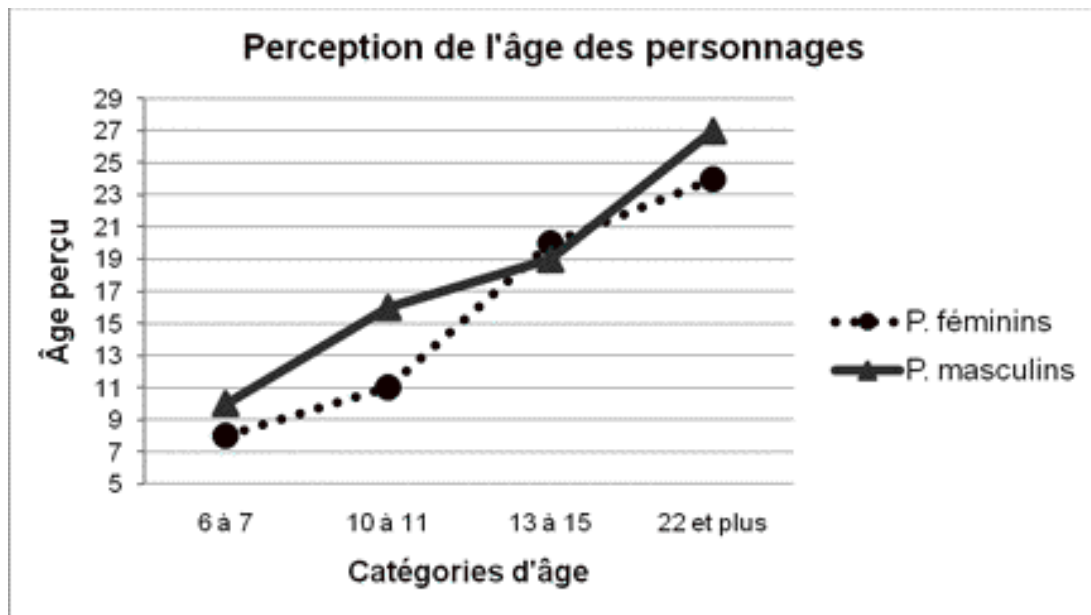
Analyses principales

Une ANOVA mixte a été effectuée selon le groupe d'appartenance des participants (2 niveaux indépendants) quant à l'âge perçu des personnages numériques, sur deux facteurs, dont l'âge (4 niveaux répétés) et le sexe (2 niveaux répétés). Les groupes de

participants ne diffèrent pas significativement quant à l'âge attribué aux personnages numériques ($\Lambda = 0,960$; $F(3,32) = 0,719$; $p \geq 0,05$). Cependant, l'âge attribué aux stimuli diffère significativement selon le sexe des personnages présentés ($\Lambda = 0,490$; $F(3,32) = 35,373$; $p < 0,05$). Les personnages masculins sont perçus comme étant significativement plus âgés que les personnages féminins. L'âge perçu par les participants diffère selon la catégorie d'âge qui a été attribuée par les expérimentateurs ($\Lambda = 0,061$; $F(3,32) = 164,677$; $p < 0,01$). Une décomposition des effets simples entre chaque catégorie d'âge a alors été effectuée. La moyenne d'âge attribuée à la catégorie «adulte» est significativement supérieure à celle attribuée à la catégorie «adolescent» ($F(1,35) = 52,595$; $p < 0,01$). La moyenne d'âge attribuée à la catégorie «adolescent» est significativement supérieure à celle attribuée à la catégorie «enfant» ($F(1,35) = 109,042$; $p < 0,01$). Enfin, la moyenne d'âge attribuée à la catégorie «enfant» est significativement supérieure à celle attribuée à la catégorie «jeune enfant» ($F(1,35) = 169,556$; $p < 0,01$) (voir Figure 1).

FIGURE 1

Moyennes de l'âge perçu en fonction des catégories d'âge et du sexe des personnages numériques.



Une ANOVA mixte a été effectuée selon le groupe d'appartenance des participants (2 niveaux indépendants) quant à la réponse pénienne transformée en score Z ipsatif obtenu à chacune des catégories de scénarios auditifs (5 niveaux répétés). Les moyennes des scores Z aux catégories diffèrent significativement selon le groupe des participants ($\Lambda = 0,514$; $F(2,36) = 8,508$; $p < 0,001$) (voir Figure 2). Les effets simples issus de l'interaction ont été décomposés à partir de tests t portant sur les groupes de participants (voir Tableau 2). Comparativement aux participants du groupe témoin, les parti-

cipants du groupe clinique démontrent des réponses péniennes significativement plus élevées aux catégories de scénarios portant sur une relation sexuelle avec (1) ou sans (2) coercition, et sur le viol d'un enfant avec utilisation excessive de violence (3), et significativement moins élevées à la catégorie portant sur une relation sexuelle avec un partenaire adulte consentant (4). Aucune différence significative n'est décelée entre les groupes à la catégorie portant sur une agression physique d'un enfant sans sexualité (5).

FIGURE 2

Moyennes d'amplitude transformées en scores Z ipsatifs en fonction des catégories de stimuli sonores et du groupe des participants.

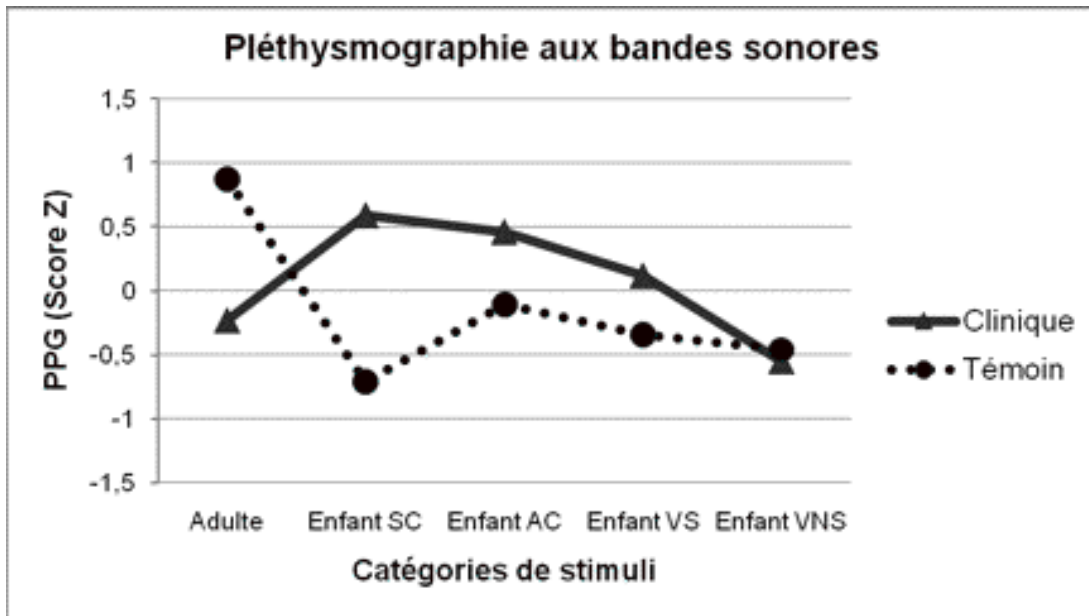


TABLEAU 2

Tests *t* réponses pléthysmographiques aux bandes sonores

| CATÉGORIES | DIFF. DE M | <i>t</i> |
|------------|------------|----------|
| Adulte | -1,10 | -4,24** |
| Enfant SC | 0,66 | 2,84** |
| Enfant AC | 0,56 | 2,81** |
| Enfant VS | 0,46 | 3,32** |
| Enfant VNS | -0,09 | -0,63 |

Note. *dl* de 33. SC = relation sexuelle sans coercition, AC = relation sexuelle avec coercition, VS = viol d'un enfant avec utilisation excessive de violence, VNS = agression physique d'un enfant sans sexualité.

** $p < 0,01$

Une ANOVA mixte a été effectuée selon le groupe d'appartenance des participants (2 niveaux indépendants) quant à la réponse pénienne transformée en score Z ipsatif obtenu à chacune des catégories d'âge des personnages numériques (4 niveaux répétés). Les moyennes des scores Z aux catégories d'âge des personnages numériques diffèrent significativement selon le groupe des participants ($\Lambda = 0,867$; $F(3,26) = 4,30$; $p \leq 0,05$) (voir Figure 3). Les effets simples issus de l'interaction ont été décomposés à partir de tests t portant sur les groupes des participants (voir Tableau 3). Seule la catégorie concernant des «adultes» permet de distinguer les participants selon leur groupe d'appartenance. Les participants du groupe témoin y obtiennent une réponse pénienne transformée en score Z d'amplitude significativement plus élevée que celle du groupe clinique.

FIGURE 3

Moyennes d'amplitude transformées en scores Z ipsatifs en fonction des catégories de stimuli numériques et du groupe des participants.

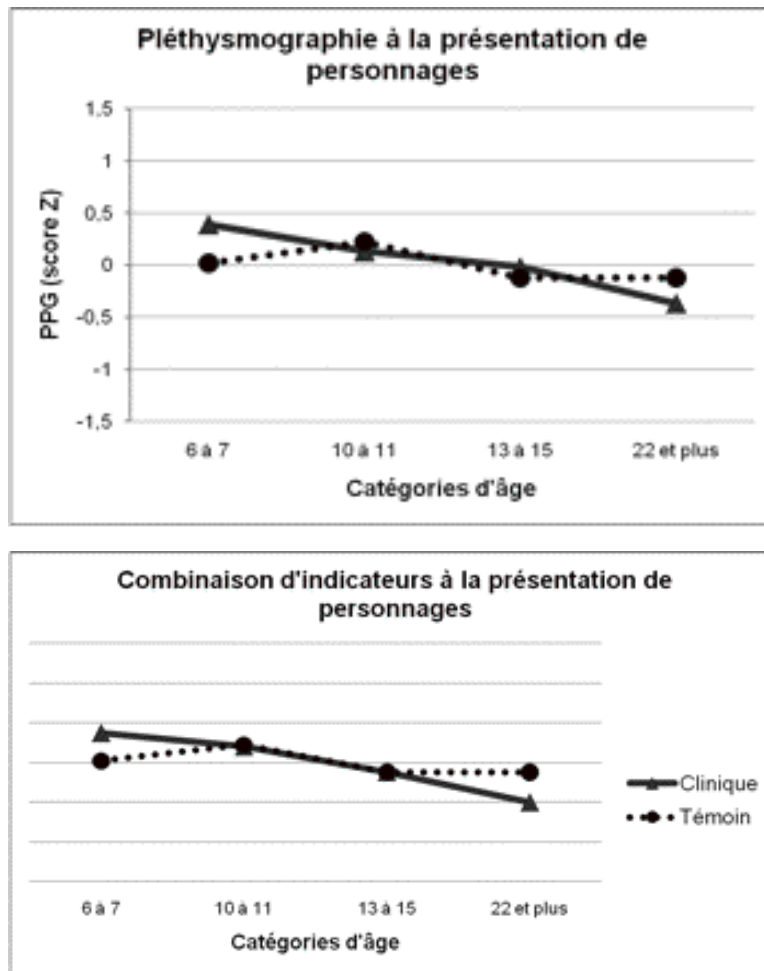


TABLEAU 3
Tests *t* réponses pléthysmographiques aux personnages

| CATÉGORIES | DIFF. DE <i>M</i> | <i>t</i> |
|--------------|-------------------|----------|
| Adulte | -0,68 | -3,47* |
| Adolescent | 0,32 | 1,28 |
| Enfant | -0,16 | -0,66 |
| Jeune enfant | 0,31 | 1,49 |

Note. *dl* de 28

* $p < 0,05$

Enfin, une ANOVA mixte a été effectuée selon le groupe d'appartenance des participants (2 niveaux indépendants) quant à la combinaison de la réponse pénienne et du nombre de fixations transformés en score *Z* ipsatif obtenu à chacune des catégories d'âge des personnages numériques (4 niveaux répétés). Les moyennes de la combinaison des scores *Z* aux catégories d'âge des personnages numériques diffèrent significativement selon le groupe des participants ($\Lambda = 0,987$; $F(3,26) = 0,379$; $p \leq 0,01$) (voir Figure 3). Les effets simples issus de l'interaction ont été décomposés à partir de tests *t* portant sur les groupes des participants (voir Tableau 4). Comparativement aux participants du groupe témoin, les participants du groupe clinique démontrent des combinaisons d'indicateurs significativement plus élevées lors de la présentation de « jeunes enfants » et significativement moins élevées lors de la présentation de la catégorie portant sur des « adultes ». Aucune différence significative n'est décelée entre les groupes pour les autres catégories d'âge.

TABLEAU 4
Tests *t* réponses de la combinaison d'indicateurs aux personnages

| CATÉGORIES | DIFF. DE <i>M</i> | <i>t</i> |
|--------------|-------------------|----------|
| Adulte | -0,38 | -3,56** |
| Adolescent | -0,01 | -0,37 |
| Enfant | -0,02 | -0,92 |
| Jeune enfant | 0,36 | 2,20* |

Note. *dl* de 28

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Discussion

Cette étude portait sur l'analyse de données préliminaires visant à soutenir l'utilisation de personnages numériques afin d'évaluer, par la combinaison d'indicateurs oculaires et péniens, la présence d'intérêts sexuels envers les enfants chez des agresseurs sexuels de mineurs. D'une part, bien que toutes les catégories d'âge générées à partir des critères de développement de Tanner (1978) se distinguent les unes par rapport

aux autres dans la direction attendue, les personnages masculins sont perçus comme étant plus âgés que les personnages féminins. De fait, certains stimuli (masculins 10 à 11 ans et 13 à 15 ans, ainsi que féminin 13 à 15 ans) ont obtenu des moyennes d'âge perçu à l'extérieur des étendues désirées d'âges. Cela amène à remettre en question la capacité de certains personnages à amener une distinction entre les hommes selon la présence d'intérêts sexuels envers les enfants prépubères. Il est également possible de s'interroger sur la capacité d'hommes adultes non experts à évaluer l'âge d'enfants ou d'adolescents nus à partir de leurs caractéristiques physiologiques. Il importe de noter que si les critères de développement utilisés sont associés avec l'âge, la variabilité individuelle est telle qu'il demeure impossible d'établir une transposition exacte entre un âge précis et un stade de développement (Rosenbloom & Tanner, 1998).

D'autre part, les profils obtenus par l'utilisation de divers indicateurs physiologiques lors de la présentation de bandes sonores et de personnages numériques ont permis de distinguer les hommes adultes ayant commis des gestes sexuels problématiques à l'égard de mineurs de ceux sans problématique sexuelle de cette nature. Les résultats issus de la mesure pénienne lors de la présentation de bandes sonores corroborent ceux publiés dans la documentation scientifique (Marshall & Fernandez, 2003a) et, plus spécifiquement, ceux colligés à partir d'ensembles similaires de stimuli (voir par exemple Barsetti et al., 1998). En outre, l'analyse de regroupements effectuée auprès d'agresseurs sexuels de mineurs par Michaud et Proulx (2009) ne met pas en évidence de groupes caractérisés par la présence d'intérêts envers l'agression physique d'enfants sans sexualité, une catégorie qui, dans la présente étude, ne différencie pas les agresseurs sexuels des non-agresseurs. En ce qui concerne la combinaison d'indicateurs pénien et oculaires lors de la présentation de stimuli numériques, les catégories portant sur les personnages «adultes» et «jeunes enfants» sont en mesure de distinguer les agresseurs sexuels d'enfants des non-agresseurs. Dans la mesure où les groupes d'agresseurs sexuels d'enfants de l'étude sont constitués d'hommes ayant une problématique envers les mineurs de 13 ans et moins et comme les personnages d'âges «jeune» et «adolescent» sont perçus en moyenne comme étant âgés de plus de 13 ans, il apparaît plausible que ces catégories soient en quelque sorte moins spécifiques à l'un ou l'autre des groupes étudiés.

Enfin, les échantillons présentés dans cette étude sont de petite taille, ce qui limite le choix des analyses statistiques ainsi que leur puissance, le nombre d'indicateurs physiologiques considérés et la portée des résultats obtenus. Il en est de même quant à diverses variables criminologiques qui pourraient s'avérer pertinentes à considérer dans la poursuite du projet.

Cette recherche est à notre connaissance la première étude publiée soutenant la capacité de la combinaison de la vidéo-oculographie et de la pléthysmographie pénienne, lors de la présentation de personnages numériques *sans immersion virtuelle*, à distinguer les hommes selon le fait d'avoir ou non commis des gestes sexuels envers les enfants. En ce sens, il est possible de présager que, dans un futur rapproché, cette

modalité d'évaluation pourrait être utilisée à des fins cliniques et de recherche fondamentale afin d'évaluer la présence d'intérêts sexuels envers les enfants.

Les présents résultats permettent également d'orienter les décisions quant à la sélection de futurs indicateurs et la création possible d'une nouvelle génération de personnages numériques. Dans cette perspective, d'autres indicateurs oculaires, comme la position du regard par rapport aux zones de référence, la durée des fixations du regard sur ces zones de référence ou la durée et l'amplitude moyennes des saccades oculaires, pourraient s'avérer intéressants à étudier. Des variables intermédiaires, dont la tendance à l'immersion et le sentiment de présence, pourraient être considérées quant à leur influence sur la relation entre l'excitation sexuelle et le type de matériel présenté. Qui plus est, dans une perspective où les composantes physiologiques, cognitives et affectives de l'expérience émotive que constitue l'excitation sexuelle sont considérées comme étant dynamiques sur le plan individuel ainsi qu'entre les individus et leur environnement (Renaud et al., 2010), d'autres indicateurs liés à la dimension temporelle pourraient faire l'objet d'une plus grande attention.

Note des auteurs

Les auteurs tiennent à remercier les intervenants du Centre de psychiatrie légale de Montréal, du Centre d'étude et de recherche de l'Université de Montréal et du Groupe Amorce pour avoir rendu possible le recrutement de participants au sein de leur organisme, ainsi que les trois évaluateurs anonymes pour leurs suggestions.

Bibliographie

- Abel, G. G., Jordan, A., Hand, C. G., Holland, L. A., & Phipps, A. (2001). Classification models of child molesters utilizing the Abel Assessment for Sexual Interest™. *Child Abuse & Neglect*, 25(5), 703-718.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e ed., revised text). Washington, DC: Auteur.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2^e ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Barsetti, I., Earls, C. M., Lalumière, M. L., & Bélanger, N. (1998). The differentiation of intra-familial and extrafamilial heterosexual child molester. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(2), 275-286.
- Beaugrand, J. P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. In M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (pp. 1-35). St-Hyacinthe, Canada : Edisem.
- Chartier, S., Renaud, P., Bouchard, S., Proulx, J., Rouleau, J.-L., Fedoroff, P., et al. (2006). Sexual preference classification from gaze behavior data using a multilayer perceptron. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 4, 149-157.

- Earls, C. M., Quinsey, V. L., & Castonguay, L. G. (1987). A comparison of three methods of scoring penile circumference changes. *Archives of Sexual Behavior*, 16(6), 493-500.
- Freund, K., & Blanchard, R. (1989). Phallometric diagnosis of pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 100-105.
- Gagné, R. (1987). *Distinction entre des agresseurs sexuels d'enfants et des non-agresseurs sexuels d'enfants à l'aide de stimuli sonores*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal, Québec, Canada.
- Glasgow, D. V., Osborne, A., & Croxen, J. (2003). An assessment tool for investigating paedophile sexual interest using viewing time: An application of single case methodology. *British Journal of Learning Disabilities*, 31(2), 96-102.
- Golde, J. A., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2000). Psychophysiological assessment of erectile response and its suppression as a function of stimulus media and previous experience with plethysmography. *Journal of Sex Research*, 37(1), 53-59.
- Groner, R., McConkie, G. W., & Menz, C. (1985). *Eye movements and human information processing*. Amsterdam, Netherlands: Elsevier
- Hanson, K. R., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891.
- Hanson, K. R., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The dynamic supervision project*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
- Hanson, K. R., Lloyd, C. D., Helmus, L., & Thornton, D. (2010). *Using percentile ranks and risk ratio to define nominal risk categories: An example using Static-99R and Static-2002R*. Document inédit.
- Hanson, K. R., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- Hanson, K. R., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24(1), 119-136.
- Haynes, S. N. (2001). Clinical applications of analogue behavioral observation: Dimensions of psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 13(1), 73-85.
- Howes, T. J. (1998). Plethysmographic assessment of incarcerated nonsexual offenders: A comparison with rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10(3), 183-194.
- Kalmus, E., & Beech, A. R. (2005). Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(2), 193-217.
- Kingston, D. A., Firestone, P., Moulden, H. M., & Bradford, J. M. (2007). The utility of diagnosis of pedophilia: A comparison of various classification procedures. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 423-436.

- Konopasky, R. J., & Konopasky, A. W. B. (2000). Remaking penile plethysmography. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 257-284). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Laws, R. D., & Gress, C. L. Z. (2004). Seeing things differently: The viewing time alternative to penile plethysmography. *Legal and Criminological Psychological Society*, 9(2), 183-196.
- Laws, R. D., & Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioural and cognitive behavioural approaches to sexual offenders: Part 1. Early developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 75-92.
- Letourneau, E. J. (2002). A comparison of objective measures of sexual arousal and interest: Visual reaction time and penile plethysmography. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(3), 207-223.
- Lykins, A. D., Meana, M., & Kambe, G. (2006). Detection of differential viewing patterns to erotic and non-erotic stimuli using eye-tracking methodology. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 569-575.
- Marshall, W. L. (2004). Overcoming deception in sexual preference testing: A case illustration with a child molester. *Clinical Case Studies*, 3(3), 206-215.
- Marshall, W. L., & Fernandez, Y. M. (2000). Phallometric testing with sexual offenders: Limits to its value. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 807-822.
- Marshall, W. L., & Fernandez, Y. M. (2003a). *Phallometric testing with sexual offenders: Theory, research, and practice*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Marshall, W. L., & Fernandez, Y. M. (2003b). Sexual preferences: Are they useful in the assessment and treatment of sexual offenders? *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 131-143.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (janvier 2009). *Phallometric assessments of sexual offenders: Procedural issues and recommended solutions*. Service correctionnel du Canada.
- Michaud, P., & Proulx, J. (2009). Penile-response profile of sexual aggressors during phallometric testing. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21(3), 208-334.
- O'Donohue, W., Regev, L. G., & Hagstrom, A. (2000). Problems with the DSM-IV diagnosis of pedophilia. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(2), 95-105.
- Proulx, J., Côté, G., & Achille, P. A. (1993). Prevention of voluntary control of penile response in homosexual pedophiles during phallometric testing. *Journal of Sex Research*, 30(2), 140-147.
- Quinsey, V. L., & Chaplin, T. C. (1988a). Peniles responses of child molesters and normals to descriptions of encounters with children involving sex and violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(3), 259-274.
- Quinsey, V. L., & Chaplin, T. C. (1988b). Preventing faking in phallometric assessments of sexual preference. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528(1), 49-58.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). Actuarial prediction of violence. In V. L. Quinsey, G. T. Harris, M. E. Rice, & C. A. Cormier (Eds), *Violent offenders: Appraising and managing risk* (pp.141-169). Washington, DC: American Psychological Association.

- Renaud, P., Dufresne, M.-H., Dassylva, B., Nicole, A., & Goyette, M. (2009, mai). *Personnages synthétiques et morphisme : Le développement de situations virtuelles idiosyncrasiques dédiées à la sensibilisation aux comportements sexuels déviant*. Communication orale effectuée dans le cadre du cinquième Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS), Montréal, Canada.
- Renaud, P., Dufresne, M.-H., & Goyette, M. (2008, février). *Interaction temps-réel en immersion virtuelle entre un patient pédophile et une clinicienne-expérimentatrice : De l'usage des représentations virtuelles dans les jeux de rôle en clinique de la délinquance sexuelle*. Présentation par affiche effectuée dans le cadre des troisièmes Journées Internationales de Psychotraumatologie et de Médiation : Pédocriminalité, les Soins, la Justice, Neuchâtel, Suisse.
- Renaud, P., Goyette, M., Chartier, S., Zhornicki, S., Trottier, D., Rouleau, J.-L., et al. (2010). Sexual affordances, perceptual-motor invariance extraction and intentional nonlinear dynamics: Sexually deviant and non-deviant patterns in male subjects. *Nonlinear Dynamics, Psychology and Life Sciences*, 14(4), 463-490.
- Renaud, P., Proulx, J., Rouleau, J.-L., Bradford, J., Fedoroff, P., & Bouchard, S. (2007). L'utilisation de personnages virtuels et de technologies de suivi oculomoteur en clinique de la délinquance sexuelle. *Revue Québécoise de Psychologie*, 28(2), 31-42.
- Renaud, P., Rouleau, J.-L., Granger, L., Barsetti, I., & Bouchard, S. (2002). Measuring sexual preferences in virtual reality: A pilot study. *CyberPsychology & Behavior*, 5(1), 1-9.
- Rosenbloom, M. L., & Tanner, J. M. (1998). Misuse of Tanner puberty stages to estimate chronological age. *Pediatrics*, 102(6), 1494.
- Rosenzweig, S. (1942). The photoscope as an objective device for evaluating sexual interest. *Psychosomatic Medicine*, 4(2), 150-157.
- Sachsenmaier, S. J., & Gress, C. L. Z. (2009). The Abel Assessment for Sexual Interest – 2: A critical review. In D. T. Thornton & D. R. Laws (Eds.), *Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders* (pp. 31-57). Chichester, England: John Wiley.
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Seto, M. C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- Seto, M. C., Cantor, J. M., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offences are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 610-615.
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2001). A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(1), 15-25.
- Tanner, J. M. (1978). *Fetus into man: Physical growth from conception to maturity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Trottier, D., Goyette, M., Rouleau, J.-L., & Renaud, P. (2009, mai). *Évaluation des préférences sexuelles auprès d'agresseurs d'enfants : La vidéo-oculographie en immersion virtuelle comme méthode d'identification de mécanismes cognitifs du contrôle de la réponse érectile*. Communication orale effectuée dans le cadre du cinquième Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS), Montréal, Canada.

Ward., T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. Chichester, England: John Wiley.

Zamansky, H. S. (1956). A technique for measuring homosexual tendencies. *Journal of Personality*, 24(4), 436–448.

INTÉGRATION SOCIALE ET RÉCIDIVE CHEZ LES DÉLINQUANTS SEXUELS GRAVES : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE¹

Geneviève Parent, Jean-Pierre Guay, Claudia Bernard et Raymond A. Knight

L'évaluation, le traitement et la gestion des délinquants auteurs d'abus sexuels sont des préoccupations importantes de notre système de justice pénale. Afin de favoriser leur réinsertion et de mieux protéger la population, les systèmes correctionnels québécois et canadiens appliquent généralement une gestion basée sur le niveau de risque que présentent les délinquants. La prédiction du comportement criminel et l'évaluation du risque sont en quelque sorte devenues centrales dans la gestion du système de justice actuel (Andrews & Bonta, 2003). Elles guident désormais les praticiens quant au niveau de supervision requis pour chaque délinquant, orientent l'intervention, permettent de déterminer le niveau de sécurité nécessaire et déterminent les décisions en matière de remise en liberté. Le succès de telles décisions est toutefois tributaire de la qualité de l'évaluation des délinquants (Bonta & Wormith, 2008). Afin d'améliorer les méthodes d'évaluation du risque, les travaux se sont multipliés depuis les 20 dernières années. Le progrès a également été rendu possible grâce à la mise en place de politiques sociales instaurées aux États-Unis, mais surtout au Canada. Ces politiques ont comme objectif d'accroître la sécurité du public en mettant l'accent sur l'intervention auprès des délinquants (Hanson, 2005). Les méthodes d'évaluation du risque, tant chez les délinquants traditionnels (Bonta, 1996) que chez les délinquants sexuels (Doren, 2002; Hanson & Morton-Bourgon, 2004), ont évolué selon trois phases successives.

Évaluer le risque en délinquance sexuelle

Trois générations de méthodes d'évaluation du risque

La première génération de méthodes d'évaluation du risque a été celle de l'évaluation clinique traditionnelle, aussi appelée jugement clinique non structuré ou jugement professionnel non structuré. Ce type d'évaluation repose sur la compréhension dynamique du délinquant par le clinicien et se fonde généralement sur une étude minutieuse du dossier du délinquant ainsi que sur une entrevue avec ce dernier. L'évaluation clinique traditionnelle a pour principale caractéristique d'être basée sur l'intuition et l'expérience du clinicien. Au cours des 50 dernières années, plusieurs

1. Pour citer ce chapitre : Parent, G., Guay, J.-P., Bernard, C., & Knight, R. A. (2011). Intégration sociale et récidive chez les délinquants sexuels graves : Une étude exploratoire. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes*, Cifas 2009. Textes choisis, (pp. 256-283). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

travaux ont démontré que les évaluations dites mécaniques (évaluations actuarielles) avaient une validité prédictive supérieure à celle du jugement clinique non structuré (Ægisdóttir et al., 2006; Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000; Hanson & Morton-Bourgon, 2007; Meehl, 1954; Mossman, 1994). La validité prédictive moindre de ce type d'évaluation ne l'a néanmoins pas faite disparaître. Elle demeure utile et pratique pour la compréhension des structures psychologiques et de la dynamique particulière du délinquant (Hanson & Morton-Bourgon, 2007). De plus, la prédiction clinique demeure étonnamment présente dans les règlements judiciaires (Janus & Prentky, 2003).

Dans les années 90, grâce aux méta-analyses, un consensus quant aux différents facteurs liés statistiquement à la récidive a permis le développement et l'implantation des instruments de deuxième génération (par exemple, voir Statique-99; Hanson & Thornton, 1999 et VRAG; Harris, Rice, & Quinsey, 1993). Les instruments actuariels ont généralement été conçus pour prédire un type particulier de récidive (violente, sexuelle) au sein d'une population précise (délinquants sexuels, hommes violents). Ils sont codés de manière structurée selon un ensemble de règles préalablement établies. Ces outils fournissent également une estimation probabiliste du risque de récidive pour un délinquant, laquelle indique le pourcentage de gens qui, avec un score donné, ont récidivé dans une même période de temps après avoir regagné la collectivité (Barbaree, Seto, Langton, & Peacock, 2001; Seto, 2005). Contrairement au jugement clinique, les outils actuariels sont fidèles, permettant ainsi l'augmentation de la validité prédictive par rapport à la première génération d'évaluation. En effet, l'utilisation de mesures mécaniques correspond à une taille d'effet de 0,12, ce qui peut se traduire par une augmentation de 13 % de la validité prédictive d'une évaluation du risque comparativement au jugement clinique (Grove et al., 2000; Ægisdóttir et al., 2006). Les instruments de cette génération sont toutefois composés majoritairement de facteurs statiques. Ces derniers font généralement référence au passé du délinquant (antécédents, type de victimes, etc.) et ne peuvent être ajustés au gré des changements survenant dans sa vie (Grubin, 1999). De plus, les facteurs statiques ne fournissent ni pistes d'intervention pour les cliniciens (Hanson, Morton, & Harris, 2003) ni renseignements sur la dynamique délictuelle du délinquant (Guay, 2006). Afin de contrer ces limites, on a développé des facteurs dynamiques.

Les instruments de troisième génération sont donc constitués de facteurs dynamiques, mais aussi, à l'occasion, de facteurs statiques (par exemple, voir Stable et Acute; Hanson & Harris, 2001). Ces facteurs évaluent différents domaines de la vie du délinquant (attitudes, environnement, style de vie, coopération, etc.) et se divisent en deux familles : les facteurs dynamiques stables et les facteurs dynamiques aigus (Hanson & Harris, 2000). Les facteurs dynamiques stables tendent à changer sur une période relativement longue (des mois ou des années). Ils sont beaucoup plus ancrés chez le délinquant et constituent souvent des pistes d'intervention lors du traitement. Les facteurs dynamiques aigus peuvent, pour leur part, changer très rapidement (semaines,

jours, minutes). Ceux-ci, plus volatiles, sont généralement associés au passage à l'acte (Quinsey, Jones, Book, & Barr, 2006). Les travaux de Gendreau, Little et Goggin (1996) suggèrent que les facteurs dynamiques permettraient d'expliquer la récidive de façon équivalente, voire supérieure, aux facteurs statiques. Il faut également préciser que les échelles de mesure de la personnalité, comme l'échelle de psychopathie (PCL-R : Hare, 2003), font partie des instruments de troisième génération.

Principales limites des instruments et des méthodes d'évaluation du risque

À l'heure actuelle, la majorité des instruments destinés à l'évaluation des délinquants sexuels sont de deuxième génération. Ils montrent tous une validité prédictive modérée et sont corrélés les uns avec les autres (Hanson, 2005). De plus, aucun des instruments utilisés ne semble surpasser systématiquement les autres pour tous les groupes de délinquants sexuels (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Bien que de nombreux efforts aient été déployés ces dernières années pour mettre au point de nouveaux instruments, on assiste à un plafonnement de la validité prédictive de ceux-ci. Plusieurs raisons peuvent expliquer un tel état de fait.

Une première explication du plafonnement de l'efficacité de la prédiction des instruments utilisés actuellement est qu'ils sont conçus à l'aide d'un nombre restreint de dimensions. La combinaison de plusieurs instruments (Seto, 2005), de même que la simple réorganisation des items (Kroner, Mills, & Reddon, 2005) ne permettent pas de bonifier la qualité de la prédiction. Ces résultats peuvent s'expliquer, du moins en partie, par la nature des items qui composent les instruments. À ce sujet, Roberts, Doren et Thornton (2002), Seto (2005) ainsi que Barbaree, Langton et Peacock (2006) ont procédé à une analyse factorielle des instruments les plus utilisés actuellement (principalement le VRAG, le SORAG, le RRASOR, la Statique-99, le MnSOST-R et la PCL-R, selon l'étude). Les trois études suggèrent que les prédicteurs utilisés dans les instruments de gestion du risque peuvent être regroupés en deux grandes dimensions : une composante de déviance sexuelle et de répétition ainsi qu'une composante de criminalité et de violence. Ces deux dimensions permettent de prédire la récidive chez les délinquants sexuels (Doren, 2004; Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Hanson et al., 2003; Knight, 1999). Une telle variance commune permet d'expliquer, en partie, les performances similaires de ces instruments, mais aussi les raisons pour lesquelles la combinaison des instruments ou des items ne permet pas une augmentation de la validité prédictive.

Une seconde explication concerne l'hétérogénéité des délinquants sexuels. Bartosh, Garby, Lewis et Gray (2003) de même que Parent, Guay et Knight (2009a) ont pris en considération le type de délinquants sexuels dans leurs travaux sur la prédiction de la récidive. Leurs résultats indiquent que les différents instruments offrent des performances variées en fonction des types de délinquants sexuels. D'un côté, les résultats de Bartosh et de ses collaborateurs (2003) suggèrent que le RRASOR, la Statique-99 et le SORAG performeraient bien pour prédire la récidive sexuelle, violente

et générale chez les agresseurs d'enfants, mais pas chez les agresseurs de femmes adultes. Néanmoins, la Statique-99 et le SORAG approcheraient du seuil de signification pour la prédiction de la récidive sexuelle chez ce sous-groupe. Par ailleurs, aucun instrument ne parviendrait à prédire la récidive chez les agresseurs sexuels sans contact (comme les exhibitionnistes). D'un autre côté, les résultats de Parent et de ses collaborateurs (2009a) suggèrent que le SORAG, le RRASOR, la Statique-99, la Statique-02 et le Risk Matrix Sexuel seraient plus performants pour prédire la récidive sexuelle chez les agresseurs d'enfants. En ce qui concerne les agresseurs de femmes, la PCL-R serait le meilleur instrument pour prédire la récidive sexuelle, tandis que le VRAG, le Risk Matrix Violent et la PCL-R seraient plus efficaces pour prédire la récidive violente. Ces performances qui varient selon le type de délinquants sexuels portent donc à croire que les instruments actuels, qui s'adressent à l'ensemble des délinquants sexuels, ne permettent pas une prédiction optimale.

Une troisième explication du plafonnement de l'efficacité de la prédiction des instruments concerne l'étendue et la validité des items choisis pour mesurer le risque. La majorité des instruments les plus communs sont basés sur des items généralement facilement accessibles dans les dossiers criminels. Toutefois, certains auteurs sont d'avis qu'il serait souhaitable d'élargir le champ des facteurs utilisés pour mesurer le risque (Jones, 1996; Kroner et al., 2005; Hanson, 2009). Ces auteurs suggèrent qu'une intégration des principales dimensions identifiées par les différents modèles théoriques en délinquance sexuelle pourrait être profitable. Présentement, la correspondance entre les facteurs de risque qui composent les instruments de deuxième génération et les théories est limitée. En effet, seules deux dimensions sont utilisées pour le moment, soit les comportements antisociaux et violents et les aspects relatifs à la déviance sexuelle et à la répétition. Or, depuis une vingtaine d'années, on assiste à des avancées théoriques importantes en délinquance sexuelle. Alors que les méta-analyses ont permis de maximiser la prédiction, l'intégration de dimensions plus fines de la dynamique des délinquants sexuels (on n'a qu'à penser aux déficits d'attachement et d'intimité [Marshall & Barbaree, 1990; Marshall & Marshall, 2000] ou aux distorsions cognitives [Abel, Becker, & Cunningham-Rathner, 1984; Abel et al., 1989; Ward, Keenan, & Hudson, 2000]) pourrait permettre d'améliorer l'évaluation du risque. Dans un même ordre d'idées, les travaux récents de Knight et de ses collaborateurs (Knight, Guay, Grabell, & Thornton, 2007; Knight & Thornton, 2007) nous portent à croire que l'ajout de variables théoriquement bien documentées (par exemple, le sadisme et la colère généralisée pour les agresseurs de femmes et le niveau de fixation et l'isolement pour les agresseurs d'enfants) pourrait permettre de bonifier la validité prédictive des outils d'évaluation du risque.

Finalement, la dernière hypothèse pouvant expliquer le plafonnement des instruments d'évaluation du risque en délinquance sexuelle concerne l'opérationnalisation des facteurs utilisés. En effet, la majorité des instruments utilisent des items uniques, facilement codifiables et généralement dichotomiques, comme ceux préconisés par

Burgess (1928). Procéder de la sorte offre plusieurs avantages, notamment celui de hausser l'accord inter-juges et de permettre une codification sur dossier. Par contre, ces prédicteurs peuvent être perçus comme des indicateurs imparfaits de notions plus fines (le nombre d'antécédents criminels nous renseigne sur le style de vie antisociale, par exemple). Ce nombre restreint d'items (parfois même très restreint) permet difficilement de mesurer adéquatement des dimensions complexes et multifactorielles. De plus, les modèles statistiques à la base des instruments actuariels ont été conçus selon une logique linéaire où le poids de chaque prédicteur n'est pas influencé par l'absence ou la présence des autres prédicteurs. Autrement dit, les modèles de combinaison des prédicteurs sont encore aujourd'hui construits à partir de la méthode additive de Burgess (1928). Toutefois, une augmentation de la sophistication méthodologique pourrait permettre d'améliorer la qualité de la prédiction (Jones, 1996).

Quelques avenues de développement

Afin de bonifier la qualité de la prédiction des instruments d'évaluation du risque en délinquance sexuelle, plusieurs chercheurs ont déployé un nombre important d'efforts. Premièrement, comme il a été mentionné plus haut, les instruments actuariels sont constitués principalement de prédicteurs statiques (Craig, Brown, Stringer, & Beech, 2005). Cependant, malgré une absence de consensus quant au choix des prédicteurs (Craig et al., 2005), certains travaux récents indiquent clairement la pertinence de s'intéresser aux facteurs dynamiques (Hanson & Harris, 1998, 2000; Quinsey et al., 2006; Thornton, 2002). En effet, ce type de facteurs démontre une validité prédictive équivalente à celle des facteurs de risque statiques (Bonta & Wormith, 2008; Gendreau et al., 1996). Par exemple, le Stable et l'Acute sont en cours de validation, et les résultats préliminaires portent à croire que la combinaison de la Statique-99 et du Stable permettrait une légère amélioration de la validité prédictive (Harris, 2007).

Deuxièmement, les tentatives de recombinaison des items afin de détecter des effets d'interaction semblent prometteuses. Tous les prédicteurs ne sont pas utiles pour prédire la récidive chez tous les délinquants. De plus, certains facteurs de risque, combinés à d'autres, ont un effet décuplé. À l'heure actuelle, l'utilisation d'une stratégie basée sur des arbres de classification et de régression (CART; Breiman, Friedman, Olshen, & Stone, 1998) semble prometteuse, car cette technique statistique, empruntée au domaine du forage de données, permet d'aller au-delà de la simple combinaison additive telle qu'on la connaît depuis les travaux de Burgess (1928). De manière générale, le forage de données peut se définir comme un processus d'exploration de grandes quantités de données dans le but de détecter des associations entre les variables. Contrairement aux méthodes statistiques traditionnelles, le forage de données ne nécessite pas d'hypothèses a priori. Il est utilisé dans différents domaines (souvent en finances) et à diverses fins (analyser les comportements des consommateurs, détecter les comportements anormaux, prédire quel consommateur quittera sa compagnie

d'assurances, etc.). Récemment, plusieurs auteurs ont appliqué avec succès le CART aux domaines des sciences humaines et à la prédiction de comportements violents (Steadman et al., 2000; Knight et al., 2007; Knight & Thornton, 2007; Parent, Guay, & Knight, 2009b). Cette famille de techniques tient compte de l'hétérogénéité au sein du groupe des délinquants sexuels. De plus, elle permet l'identification d'effets d'interaction entre les différents prédicteurs et la récidive qui seraient impossibles à détecter avec les techniques statistiques couramment utilisées (comme la régression).

Un intérêt grandissant pour les facteurs de protection

Contrairement aux facteurs de risque, les facteurs de protection diminueraient potentiellement la probabilité de s'engager dans des comportements déviants. Ils ont toutefois fait l'objet d'une attention pour le moins limitée, surtout en délinquance sexuelle. Ce n'est que depuis une vingtaine d'années que l'on s'y attarde systématiquement dans les études (Salekin & Lochman, 2008). Bien qu'elle ait été laissée de côté jusqu'à maintenant, l'étude des facteurs de protection offre plusieurs avantages. Premièrement, plusieurs grandes études longitudinales se sont progressivement intéressées aux facteurs de protection dans une perspective de prévention (Farrington, 2003; Hawkins et al., 2003; Huizinga, Weither, Espiritu, & Esbensen, 2003; Loeber et al., 2003). Dans ces études, on remarquait toujours qu'un certain nombre de jeunes à risque ne s'engageaient pas dans la délinquance. Afin de comprendre cette situation, certains se sont penchés sur les facteurs qui pouvaient faire diminuer le risque pour ces jeunes. Ainsi, ils ont pu identifier des facteurs susceptibles d'empêcher les jeunes de commettre des délits.

Deuxièmement, dans une optique d'évaluation du risque de récidive, une attention portée aux éléments positifs de la vie du délinquant a pour effet de présenter ce dernier non plus comme une accumulation impersonnelle de facteurs de risque, mais plutôt comme le résultat d'un processus visant l'équilibre entre des éléments positifs et négatifs. À cet égard, l'étude des facteurs de protection permet de réduire la stigmatisation potentiellement associée à une gestion basée sur le risque. De plus, elle permet de se détourner d'un modèle unique du risque et de nuancer l'évaluation des délinquants. Finalement, l'évaluation des facteurs de protection offre des pistes de traitement prometteuses favorisant une démarche de changements chez le délinquant. En effet, miser sur les aspects positifs pour motiver ce dernier à changer est notablement plus encourageant que le simple fait de vouloir diminuer les éléments négatifs de sa vie.

En 2009, le premier instrument d'évaluation des facteurs de protection a vu le jour : le Structured Assessment of Protective Factors ou SAPROF (Vogel, Ruiter, Bouman, & Vries Robbé, 2009). « Le SAPROF est un guide d'évaluation structurée conçu pour être utilisé en association avec un outil d'évaluation du risque fiable et valide selon la méthode du jugement clinique structuré » (p. 24, traduction libre), à l'instar du His-

torical Clinical Risk-20 (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) et du Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Wilson, Gauthier, & Hart, 1997). Cet instrument a été construit à partir de 17 facteurs répartis en trois catégories : les facteurs internes (cinq items), les facteurs motivationnels (sept items) et les facteurs externes (cinq items). Les premiers résultats suggèrent que le SAPROF obtient une validité prédictive de modérée à élevée pour la récidive violente chez les délinquants psychiatriques (période de suivi de trois ans) lorsqu'il est utilisé seul ou en combinaison avec le HCR-20 (Vogel et al., 2009).

Qu'est-ce qu'un facteur de protection ?

Malgré les recherches effectuées sur ce sujet, la définition d'un facteur de protection demeure ambiguë. Les auteurs du SAPROF parlent de « toute caractéristique propre à une personne, à son milieu ou à sa situation qui réduit le risque de comportement violent ultérieur » (Vogel et al., 2009, p. 25, traduction libre). Pour d'autres, un facteur de protection est tout simplement l'absence d'un facteur de risque (Costa, Jessor, & Turbin, 1999) ou l'extrémité opposée d'une variable relative au risque (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Middleton, 2004). Plusieurs facteurs de risque sont effectivement des échelles bipolaires (Loeber et al., 2003). Par exemple, on opérationnalise l'environnement parental sur une échelle où un score élevé représente un environnement parental sain et un score bas, un environnement parental dysfonctionnel. Ainsi, l'environnement parental serait considéré comme un facteur de risque si l'individu obtenait un score bas et comme un facteur de protection si l'individu obtenait un score élevé.

Pour leur part, Sprott, Jenkins et Doob (2000) nomment « facteurs compensatoires » ce type de facteurs opposé aux facteurs de risque. Pour eux, un facteur de protection est un facteur qui produit un effet bénéfique important (c'est-à-dire une diminution de la délinquance) sur les populations à risque seulement. Ainsi, selon ces auteurs, un facteur peut être à la fois un facteur compensatoire et un facteur de protection (un facteur de protection pouvant être l'opposé d'un facteur de risque et avoir un impact seulement sur les populations à risque). Les résultats de Wright, Caspi, Moffitt et Silva (2001) concernant les facteurs de protection viennent appuyer la définition de Sprott et de ses collaborateurs. En effet, Wright et ses collaborateurs rapportent que l'effet protecteur des facteurs de protection se fait sentir plus spécifiquement chez les délinquants à haut risque.

Finalement, pour d'autres chercheurs comme Rogers (2000), l'absence d'un facteur de risque ne correspond pas à un facteur de protection (à moins que l'absence de ce facteur ait été identifiée comme tel). Farrington et Loeber (2000) soutiennent également qu'il existe des facteurs de protection indépendants des facteurs de risque. Par exemple, l'influence des pairs peut être séparée en deux variables distinctes : une variable qui mesure l'association aux pairs prosociaux et une qui mesure l'association

aux pairs antisociaux. Même si ces deux variables de relations sociales peuvent être inversement reliées, elles demeurent indépendantes. En effet, le facteur de risque peut coexister avec le facteur de protection (par exemple, il est possible d'avoir à la fois des amis prosociaux et antisociaux) (Hanson, 2009). En bref, malgré l'intérêt grandissant pour les facteurs de protection, la définition de ces derniers demeure toujours imprécise.

Dans le cadre de ce chapitre, les facteurs utilisés sont décrits davantage comme des oppositions/absences de facteurs de risque. Alors que Sprott et ses collaborateurs (2000) emploient l'expression «facteur compensatoire», nous utiliserons le terme «facteur d'intégration sociale», celui proposé par Sprott et ses collaborateurs (2000) nous semblant limité. Premièrement, même si les facteurs utilisés sont l'opposé ou l'absence d'un facteur de risque, nous jugeons qu'ils représentent davantage une mesure d'intégration sociale du délinquant dans son milieu qu'une mesure compensatoire de son niveau de risque. Deuxièmement, dans la définition de Sprott et de ses collaborateurs, un facteur compensatoire peut également être un facteur de protection, alors que nous jugeons plutôt, tout comme Rogers (2000) ainsi que Farrington et Loeber (2000), qu'un facteur de protection doit être indépendant d'un facteur de risque.

Comment fonctionnent les facteurs de protection ?

Tout comme sa définition, le rôle d'un facteur de protection n'est pas précisé pour le moment (Fitzpatrick, 1997; Pollard, Hawkins, & Arthur, 1999; Vogel et al., 2009). D'un côté, les facteurs de protection pourraient avoir un effet médiateur sur la délinquance, c'est-à-dire qu'ils seraient directement liés au comportement déviant, de la même manière que les facteurs de risque. D'un autre côté, les facteurs de protection auraient un effet modérateur sur le lien entre les facteurs de risque et le comportement déviant (voir figure 1).

Objectifs de l'étude

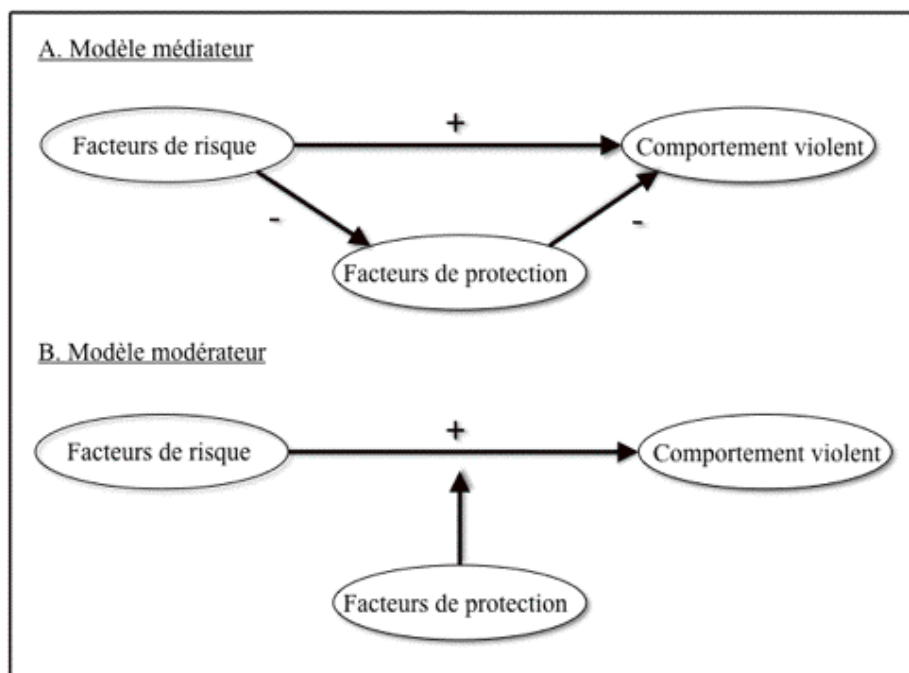
L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'utilité potentielle des facteurs d'intégration sociale dans l'évaluation du risque de récidive chez les délinquants sexuels graves. Plus spécifiquement, nous étudierons l'interaction entre les facteurs de risque et les facteurs d'intégration sociale en fonction du niveau de risque des délinquants (Wright et al., 2001). La relation sera également analysée selon l'âge des victimes.

Méthodologie

Participants

Les 590 participants de cette étude sont des délinquants sexuels qui ont été évalués entre 1959 et 1984 au Massachusetts Treatment Center for Sexually Dangerous Persons (MTC) à Bridgewater, au Massachusetts. Le MTC a été fondé en 1959, à la suite

FIGURE 1
Le rôle des facteurs de protection



de l'entrée en vigueur d'une loi spéciale visant à évaluer et à traiter les délinquants condamnés pour des crimes sexuels répétitifs ou particulièrement violents. D'après le *Civil Commitment*, le délinquant doit être libéré lorsqu'il n'est plus considéré comme sexuellement dangereux.

Dans le but de vérifier la validité des différents facteurs d'intégration sociale, l'échantillon a été divisé selon l'âge des participants. Le point de coupure est 35 ans. Les participants âgés de moins de 35 ans représentent 63,4 % de l'échantillon (n = 374), alors que les participants de 35 ans et plus représentent 35,3 % (n = 208).

Pour évaluer l'impact potentiel des facteurs d'intégration sociale sur la récidive, l'échantillon a été divisé en deux groupes en fonction de la catégorie d'âge des victimes (plus ou moins de 16 ans). D'un côté, les délinquants qui rencontraient les critères du Massachusetts Treatment Center Child Molesters Typology, Version 3 (MTC : CM3; Knight, Carter, & Prentky, 1989) et qui n'avaient fait que des victimes de moins de 16 ans étaient classés dans le groupe des agresseurs d'enfants (n = 275, 46,6 %). D'un autre côté, les délinquants qui rencontraient les critères du Massachusetts Treatment Center Rapist Typology, Version 3 (MTC : R3; Knight & Prentky, 1990) et qui n'avaient fait que des victimes de 16 ans et plus étaient classés dans le groupe des agresseurs de femmes (n = 174, 29,5 %). Parmi ce sous-groupe, 29 participants avaient également fait une victime entre 12 et 15 ans, 11 participants en avaient fait deux et un participant en avait fait trois. Ces participants, bien qu'ils aient fait des victimes adultes et des victimes

âgées entre 12 et 15 ans, ont été inclus dans le groupe des agresseurs de femmes, car leur dynamique répondait davantage aux critères du MTC : R3 qu'à ceux du MTC : CM3. Les autres délinquants qui ne satisfaisaient pas aux critères des deux typologies, qui avaient fait des victimes en deçà et au-dessus de 16 ans ou dont on ne connaissait pas l'âge des victimes ont été exclus des analyses ($n = 141, 23,9 \%$).

Mesure des facteurs d'intégration sociale

Entre 1984 et 1986, deux psychologues d'expérience, spécialement formés pour cette tâche, ont codé divers facteurs de risque d'après les dossiers cliniques et criminologiques de chaque participant. Les informations inscrites au dossier provenaient de diverses sources, dont les rapports scolaires et professionnels, les dossiers de probation et de libération conditionnelle, les rapports psychiatriques et médicaux, les résultats de tests psychologiques et les notes cliniques consignées durant la période d'évaluation au MTC. Lors de cette procédure, différents facteurs d'intégration sociale ont également été codés. Six sphères ont été considérées : le fonctionnement intellectuel, les relations familiales, les relations interpersonnelles, les relations amoureuses, l'emploi et la situation résidentielle. Lorsque l'information nécessaire à la cotation d'un des facteurs était insuffisante pour un participant, il n'obtenait pas de score pour ce facteur.

Niveau intellectuel

Selon plusieurs études, le niveau intellectuel pourrait être considéré comme un facteur d'intégration sociale. En effet, Loeber et ses collaborateurs (2003) rapportent que les délinquants ont un quotient intellectuel plus faible que les non-délinquants. De plus, Herrenkohl et ses collaborateurs (2003) ainsi que Smokowski, Mann, Reynolds et Fraser (2003) soulignent que la réussite scolaire est inversement liée à la délinquance. Dans le cadre de cette étude, le niveau intellectuel des participants a été évalué avec une mesure de leur quotient intellectuel (QI). Les mesures de QI des participants ont été obtenues grâce à l'un des trois tests suivants : le WAIS, le WISC ou le Stanford-Binet. Chacun de ces tests d'intelligence est standardisé, fidèle et valide auprès d'hommes adultes. Lorsque le participant avait été évalué à plusieurs reprises, sa mesure de QI la plus élevée était considérée.

Contexte familial

La qualité du milieu familial et de sa structure, caractérisée par de bonnes relations entre les parents et les enfants, exemptes de violence, diminue le risque de s'engager dans des comportements délinquants (Herrenkohl et al., 2003; Huizinga et al., 2003; Stoiber & Good, 1998; Tremblay, Vitaro, Nagin, Pagani, & Séguin, 2003). Afin d'évaluer le contexte familial dans lequel les participants ont grandi, le niveau de stabilité de la famille dans laquelle ils ont passé la majorité de leur enfance et de leur adolescence a été mesuré. L'impression générale de stabilité familiale repose sur les principes d'adéquation et de cohérence dans l'environnement familial. La cotation tenait compte de plusieurs facteurs : nombre de membres dans la famille, nombre de

déménagements durant la jeunesse, nombre de périodes de transition vécues en raison du divorce ou de la séparation des parents, perte d'emploi des parents, présence d'alcoolisme ou de troubles de santé mentale dans la famille ou encore exposition à des conflits et des querelles dans le milieu familial. En considérant ces facteurs, la stabilité familiale est codifiée comme étant (0) dans le cas d'une famille très chaotique, d'instabilité, d'une famille nombreuse et problématique, de plusieurs déménagements, d'une famille monoparentale avec plusieurs conjoints de courte durée, de conflits parentaux, verbaux ou physiques, d'agression du participant par un parent ou un membre de la fratrie; (1) pour une famille modérément chaotique, perturbante, une famille nombreuse, quelques déménagements, la mort d'un membre de la famille; (2) pour une famille un peu chaotique, parfois instable et perturbante; (3) pour une famille sécurisée et stable, sans problèmes durant le développement du participant.

Relations interpersonnelles

Afin d'évaluer les relations interpersonnelles des participants, une mesure de leur niveau d'activité sociale, qui se quantifie par le niveau d'implication des participants auprès de leurs pairs, a été obtenue. La socialisation avec les pairs a été quantifiée pour deux périodes de la vie des participants : l'adolescence et l'âge adulte.

Vie sociale active à l'adolescence

Plusieurs auteurs soulignent que le fait d'avoir de bonnes habiletés sociales (Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb, & Abbott, 1996; Hawkins, Van Horn, & Arthur, 2004; Smokowski et al., 2003) ainsi qu'un réseau social positif (Huizinga et al., 2003; Morrison, Robertson, Laurie, & Kelly, 2002) à l'adolescence est un facteur diminuant la probabilité de s'engager dans la délinquance. Dans cette étude, le niveau d'activité sociale des participants durant leur adolescence a été mesuré en considérant leur implication dans un groupe de pairs, dans un club ou une organisation, lorsqu'ils étaient âgés de 10 à 17 ans. La participation à des fêtes ou à des événements sociaux a également été considérée. Lorsque le participant était totalement isolé de ses pairs et qu'il n'avait quasiment aucun contact avec ceux-ci, il était coté (0). Si le participant était minimalement impliqué avec ses pairs, qu'il avait un minimum de contacts avec eux, qu'il était généralement isolé et qu'il avait peu ou pas d'amis, il obtenait un score de (1). S'il avait quelques amis ou qu'il faisait partie d'un groupe de pairs, d'un club ou d'une organisation, il était coté (2). Finalement, s'il était socialement actif, sociable, rarement seul, impliqué auprès de plusieurs amis, qu'il allait fréquemment à des fêtes ou autres événements sociaux, qu'il était membre d'un groupe de pairs, d'un club ou d'une organisation, il obtenait un score de (3).

Vie sociale active à l'âge adulte

L'entourage (autre que la famille) semble également un facteur important à considérer. En ce sens, lors de l'évaluation d'un projet pilote d'aide à la réinsertion, 52 % des ex-détenus ont affirmé que le fait d'avoir eu quelqu'un à qui parler ou d'avoir eu un soutien émotionnel était l'aspect qu'ils avaient le plus apprécié de l'aide offerte

par les intervenants (Lewis, Maguire, Raynor, Vanstone, & Vennard, 2007). De plus, Wright et Cullen (2004) suggèrent que le nombre de collègues de travail prosociaux d'un délinquant est inversement lié à la délinquance. Afin de mesurer l'activité sociale des participants durant l'âge adulte, les mêmes caractéristiques et éléments que pour l'adolescence ont été utilisés. L'échelle de mesure est donc identique et s'applique pour mesurer le niveau d'activité sociale des participants entre l'âge de 18 ans et le moment de la collecte de données.

Engagement amoureux

Plusieurs auteurs (Farrington, 2003; Laub & Sampson, 2003; Wright & Cullen, 2004) rapportent que le mariage est un élément important dans la vie de plusieurs délinquants. Le mariage réduirait le temps passé avec les amis, en encourageant le transfert d'un style de vie orienté vers les amis à un style de vie orienté vers la famille (Warr, 1998), et favoriserait le désistement d'un mode de vie criminel. Dans le cadre de la présente étude, nous avons mesuré le plus haut niveau d'engagement avec une conjointe atteint par le participant. Notons que seules les relations hétérosexuelles des participants ont été considérées, les relations homosexuelles n'ayant pas été codifiées. Un participant obtenait une cote de (0) s'il n'avait jamais été en couple, qu'il n'avait jamais été marié ni impliqué dans une fréquentation ; (1) s'il avait des relations hétérosexuelles peu fréquentes ou encore s'il fréquentait rarement des femmes; (2) s'il avait des fréquentations ou des expériences de couple fréquentes mais de courte durée; (3) s'il avait été impliqué assidûment auprès d'une même femme pendant un an ou moins; (4) s'il avait été impliqué assidûment auprès d'une même femme pendant plus d'un an; (5) s'il avait déjà cohabité avec une conjointe; (6) s'il avait déjà été marié, mais qu'il était dorénavant séparé ou divorcé; (7) s'il était marié et (8) s'il était marié et qu'il avait des enfants, ou si lui, sa femme ou les deux avaient adopté un enfant.

Emploi

Afin d'évaluer l'intégration sociale des participants par rapport à leur emploi, plusieurs éléments liés à l'employabilité ont été considérés, et ce, en tenant compte du contexte socioculturel américain des années durant lesquelles les participants ont consenti à donner les informations recueillies.

Niveau de stabilité professionnelle

La stabilité professionnelle est mesurée sans égard au temps passé au même emploi ou au nombre de changements d'emploi. La mesure de la stabilité professionnelle est plutôt axée sur la capacité des participants à être employés durant leur vie adulte, puisque c'est le fait d'avoir un emploi en général, et non le temps passé au même emploi, qui diminue les risques de s'engager dans la délinquance (Uggen, 2000). Ainsi, les participants qui n'avaient pas d'emploi se sont vu attribuer la cote (0); ceux qui avaient été employés sporadiquement, c'est-à-dire moins de la moitié de l'année, se sont fait attribuer la cote (1); ceux qui occupaient généralement un emploi, plus que sporadiquement mais moins qu'à temps plein, ont obtenu la cote (2); ceux qui

étaient employés à temps plein se voyaient attribuer la cote (3) et ceux qui étaient employés à temps plein et qui progressaient dans leur carrière, qui avaient obtenu des promotions, se sont fait attribuer la cote (4). Ceux qui n'avaient jamais été employés n'obtenaient pas de score à cette sphère.

Outre la stabilité d'emploi, le niveau d'habileté professionnelle peut également être considéré comme un facteur d'intégration sociale. Selon la théorie du contrôle social d'Hirschi (1969), une personne aura tendance à commettre des actes délinquants si ses liens avec la société et ses organisations socialisantes sont faibles ou compromis. Avec un haut niveau d'habileté professionnelle viennent généralement de plus grandes responsabilités et, par conséquent, un plus grand niveau d'engagement, ce qui renforce la conformité. Dans le cadre de ce chapitre, le niveau d'habileté professionnelle est mesuré de manière à identifier le plus haut niveau jamais atteint par le participant. Pour ce faire, nous avons considéré le degré d'éducation requis pour exercer la profession et le type d'emploi du participant (non spécialisé, technique, gestion, administration, professionnel). À la lumière de ces éléments, une cote variant de 0 à 6 a été attribuée aux participants. Le participant obtenait la cote (0) s'il occupait un emploi non spécialisé (par exemple, serveur dans un restaurant ou ouvrier); (1) s'il occupait un emploi semi-spécialisé (travailleur manuel, opérateur); (2) s'il occupait un emploi de bureau (col blanc, vente au détail); (3) s'il occupait un emploi spécialisé (vente d'assurances ou de voitures, charpentier, technicien); (4) s'il occupait un emploi de gestionnaire de premier niveau ou de superviseur (assistant-contremaître, travailleur autonome); (5) s'il occupait un emploi de gestionnaire, de cadre ou autres métiers nécessitant un diplôme universitaire et (6) s'il occupait une profession de haut niveau (médecin, avocat ou autres emplois nécessitant un diplôme d'études supérieures). Les participants n'ayant jamais eu d'emploi n'obtenaient pas de score à cette sphère.

Service militaire

Le service militaire peut être vu comme une expérience positive (Bouffard & Laub, 2004; Laub & Sampson, 2003). Dans le cadre de la présente étude, le service militaire est considéré comme le fait d'avoir été enrôlé dans l'Armée, la Marine ou les Forces aériennes. Nous n'incluons pas ici le service dans la Garde nationale (National Guard), la milice d'État (*State Militia*), la Garde côtière, la Marine marchande ou autres formes de services connexes. Les participants qui n'avaient fait aucun service militaire se sont fait attribuer la cote (0); ceux qui avaient été refusés en raison d'un dossier criminel se sont fait attribuer la cote (1); ceux qui avaient été refusés pour des raisons physiques/psychiatriques ont reçu la cote (2); ceux qui avaient été enrôlés se sont fait attribuer la cote (3) et ceux qui avaient été enrôlés et envoyés à la guerre ont obtenu la cote (4).

Indépendance financière

Selon Rauma et Berk (1987), le fait de recevoir de l'argent de façon hebdomadaire grâce à un programme de réinsertion des délinquants diminue le risque de s'engager dans des comportements délinquants. Dans le cadre de cette étude, nous considérons

comme un facteur d'intégration sociale le fait que le participant ait déjà été indépendant financièrement pendant au moins une année entière.

Situation résidentielle

Selon la méta-analyse de Gendreau et de ses collaborateurs (1996), un faible statut socio-économique serait lié à la récidive. Dans le cadre de cette étude, le niveau socio-économique est associé au fait d'être propriétaire de son appartement, de sa maison ou de son condo. La capacité du délinquant à obtenir du financement de la part d'un créancier (dossier de crédit), le sens des responsabilités (budget, entretien) ou encore la stabilité géographique (moins susceptible de déménager) sont tous des éléments rattachés au fait d'être propriétaire et qui augmentent d'une certaine façon l'intégration sociale. Ainsi, nous considérons comme un facteur d'intégration sociale le fait que le participant soit propriétaire, même si le paiement de sa propriété n'est pas terminé.

Mesure du niveau d'intégration sociale et du niveau de risque

L'ensemble des facteurs d'intégration sociale a d'abord été rapporté sur la même étendue (0 à 1). Par la suite, une échelle a été créée avec les différents facteurs pour mesurer le niveau d'intégration sociale de chaque participant. Deux instruments ont été utilisés afin de déterminer le niveau de risque des délinquants sexuels. D'une part, l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R; Hare, 2003) a été utilisée avec les agresseurs de femmes, puisqu'elle était celle qui performait le mieux pour prédire la récidive sexuelle chez ce sous-groupe (Parent et al., 2009a). D'autre part, étant donné que la Statique-99 (Hanson & Thornton, 1999) offrait la meilleure performance pour prédire la récidive sexuelle chez les agresseurs d'enfants (Parent et al., 2009a), elle a été utilisée avec ce sous-groupe.

Mesure de la récidive

Dans le but d'obtenir des taux de récidive sexuelle officiels aussi fiables que possible, quatre différentes sources officielles ont été consultées, soit les données fournies par les bureaux centraux du Massachusetts Board of Probation, du Massachusetts Parole Board, du Massachusetts Treatment Center Authorized Absence Program et du Federal Bureau of Investigation. Nous considérons qu'il y avait eu récidive lorsque de nouvelles accusations avaient été portées au dossier du délinquant sexuel, après une première condamnation pour un délit sexuel. Cette méthode permet de contrer certaines limites observées lorsque la condamnation est utilisée comme mesure de récidive, notamment en ce qui concerne le recours au plea bargaining (modification des chefs d'accusation afin d'alléger la condamnation lorsque la culpabilité est admise). La stigmatisation des délinquants sexuels durant l'incarcération et l'application de sentences moins sévères pour des délits non sexuels sont deux raisons qui expliqueraient pourquoi certains délinquants plaident coupables plus facilement à des délits non sexuels

qu'à des délits sexuels. Cela a pour conséquence de diminuer le nombre de condamnations pour des délits sexuels par rapport au nombre d'accusations.

Dans ce chapitre, la récidive sexuelle comprend tous les crimes sexuels impliquant un contact physique avec la victime. Ainsi, on ne tient pas compte des délits où il n'y a pas de contacts directs avec la victime, comme le voyeurisme. Lors de la codification, les deux évaluateurs ignoraient quels délinquants avaient récidivé.

Résultats

Intégration sociale et vieillissement

De manière générale, plusieurs sont d'avis que le capital social (mesuré dans ce chapitre par les facteurs d'intégration sociale) a tendance à augmenter avec l'âge (Laub & Sampson, 2003). Afin de vérifier la validité des différents facteurs d'intégration en fonction de l'âge, plusieurs analyses comparant les délinquants plus jeunes aux délinquants plus âgés ont été effectuées. Les résultats indiquent effectivement que les participants de 35 ans et plus ont globalement un meilleur niveau d'intégration sociale que ceux de moins de 35 ans. Comparativement aux moins de 35 ans, les participants de 35 ans et plus ont atteint un niveau d'engagement amoureux plus élevé ($Z(1, 429) = -2,70, p < 0,01$), ils possèdent davantage d'habiletés professionnelles ($Z(1, 426) = -3,89, p < 0,001$), ont une meilleure stabilité d'emploi ($t(1, 373) = -2,54, p < 0,05$) et sont propriétaires de leur logement dans une plus grande proportion ($\chi^2(1, 392) = 7,24, p < 0,01$).

Intégration, risque et récidive

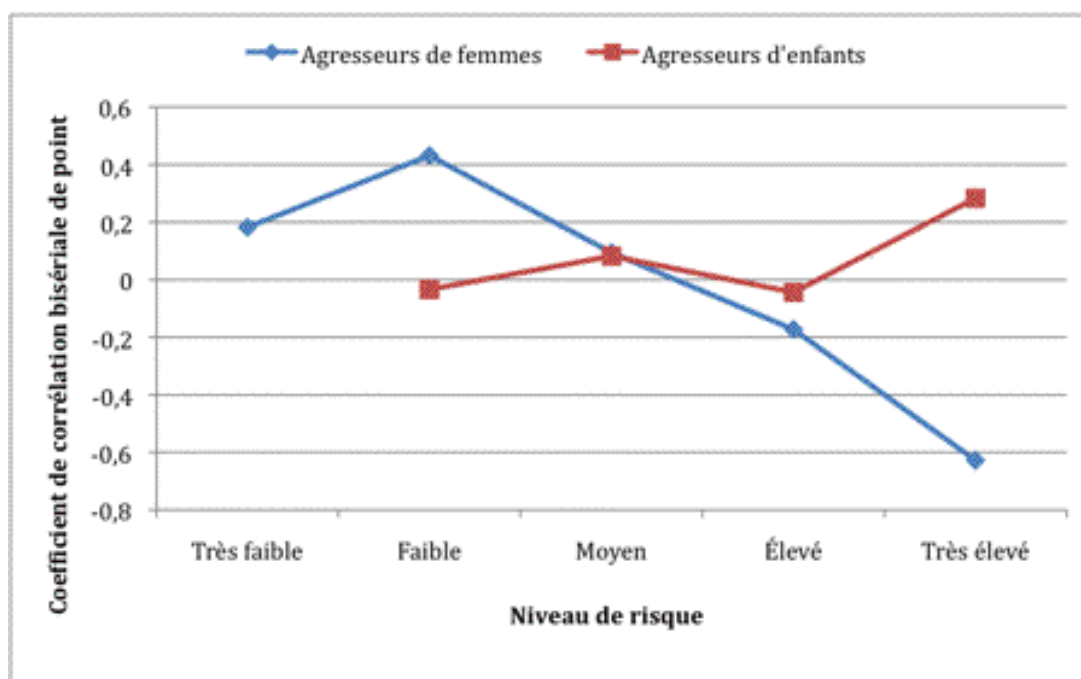
Tout d'abord, mentionnons que dans notre échantillon, le taux de récidive sexuelle après cinq ans est de 15,9 %. Dans un premier temps, nous avons effectué des analyses préliminaires comparant les récidivistes et les non-récidivistes par rapport aux différentes mesures afin d'évaluer le rôle que joueraient possiblement les facteurs d'intégration sociale dans la prédiction de la récidive. Ces analyses n'ont indiqué aucune différence entre les récidivistes et les non-récidivistes. Ainsi, lorsqu'on intégrait tous les délinquants sexuels dans un seul et même groupe, sur une période fixe de cinq ans, les facteurs d'intégration sociale ne semblaient pas permettre de différencier les récidivistes des non-récidivistes. Des analyses plus fines étaient donc nécessaires pour mieux saisir l'impact potentiel des facteurs d'intégration sur la récidive.

Les premières analyses concernaient le lien entre le niveau d'intégration sociale et la récidive sexuelle. Globalement, le niveau d'intégration ne semblait pas lié à la récidive ($r(280) = -0,11, p > 0,05$), même en tenant compte du type d'agresseurs (agresseurs de femmes : $r(109) = -0,11, p > 0,05$ et agresseurs d'enfants : $r(171) = -0,11, p > 0,05$). Par la suite, nous avons évalué le lien entre le niveau d'intégration sociale et le niveau de risque. Rappelons que le niveau de risque a été calculé en fonction de l'instrument actuariel le plus performant selon le type d'agresseurs. Par conséquent, la présente échelle tient compte du type d'agresseurs. En considérant l'échantillon dans

son ensemble, on remarque que le niveau d'intégration est inversement lié au niveau de risque ($r(366) = -0,39, p < 0,001$). Chez les agresseurs de femmes, la force du lien est moindre ($r(152) = -0,26, p < 0,001$), tandis qu'elle est plus importante chez les agresseurs d'enfants ($r(214) = -0,48, p < 0,001$) – ce qui représente une augmentation significative par rapport aux agresseurs de femmes ($Z = -2,40, p < 0,05$). En bref, le niveau d'intégration sociale ne semble pas lié directement à la récidive sexuelle, mais semble plutôt moduler l'effet entre le niveau de risque et la récidive. De plus, cet effet varie selon le type de délinquants sexuels.

Afin de mieux comprendre l'effet d'interaction possible entre le niveau d'intégration sociale, le niveau de risque, la récidive sexuelle et le type de délinquants sexuels, nous avons effectué une série d'analyses de corrélation bisériale de point entre le niveau d'intégration et la récidive pour différents niveaux de risque. Les résultats sont présentés à la figure 2. On peut remarquer que lorsque le niveau de risque est très faible ou faible, le niveau d'intégration est associé à la récidive sexuelle chez les agresseurs de femmes (respectivement $r(25) = 0,18, p > 0,05$ et $r(28) = 0,43, p < 0,05$). Autrement dit, plus un délinquant possède un niveau d'intégration sociale élevé, plus il aura tendance à récidiver si son niveau de risque est faible. Toutefois, ce lien tend à s'inverser avec l'augmentation du niveau de risque. Lorsque le niveau de risque est élevé, plus un agresseur de femmes possède un niveau d'intégration sociale élevé, moins il aura tendance à récidiver ($r(19) = -0,63, p < 0,01$). L'effet positif des facteurs d'intégration semble donc présent seulement chez les sous-groupes les plus à risque.

FIGURE 2
Efficacité de l'échelle d'intégration sociale à prédire la récidive sexuelle selon le niveau de risque



Chez les agresseurs d'enfants², l'effet positif des facteurs d'intégration sociale semble inexistant. Que le délinquant soit à risque faible, moyen ou élevé, le lien entre l'échelle d'intégration et la récidive est pratiquement nul (respectivement $r(20) = -0,03, p > 0,05$, $r(25) = 0,08, p > 0,05$ et $r(47) = -0,04, p > 0,05$). De plus, contrairement à ce qui a été observé chez les agresseurs de femmes, un niveau élevé d'intégration sociale ne semble pas diminuer la tendance à récidiver lorsque le niveau de risque est très élevé. Il s'agirait plutôt du contraire : plus un agresseur d'enfants a un niveau de risque élevé et plus il possède de facteurs d'intégration sociale, plus il aura tendance à récidiver ($r(29) = 0,28, p > 0,05$). Même si ce dernier coefficient de corrélation n'atteint pas le seuil alpha de 0,05, il demeure significativement différent de celui des agresseurs de femmes ($Z = -3,24, p < 0,01$). En d'autres termes, plus le niveau de risque augmente, plus un niveau d'intégration sociale élevé est associé à une faible probabilité de récidive chez les agresseurs de femmes, mais à une *forte* probabilité de récidive chez les agresseurs d'enfants. Ces résultats concordent en partie avec ceux de Sprott et de ses collaborateurs (2000) ainsi qu'avec ceux de Wright et de ses collaborateurs (2001), qui rappellent que les facteurs d'intégration sociale (ou de protection) ont un impact positif plus marquant chez les populations les plus à risque, ce qui est le cas pour les agresseurs de femmes. Toutefois, nos résultats suggèrent que ce lien est inversé chez les agresseurs d'enfants.

Ratio intégration/risque

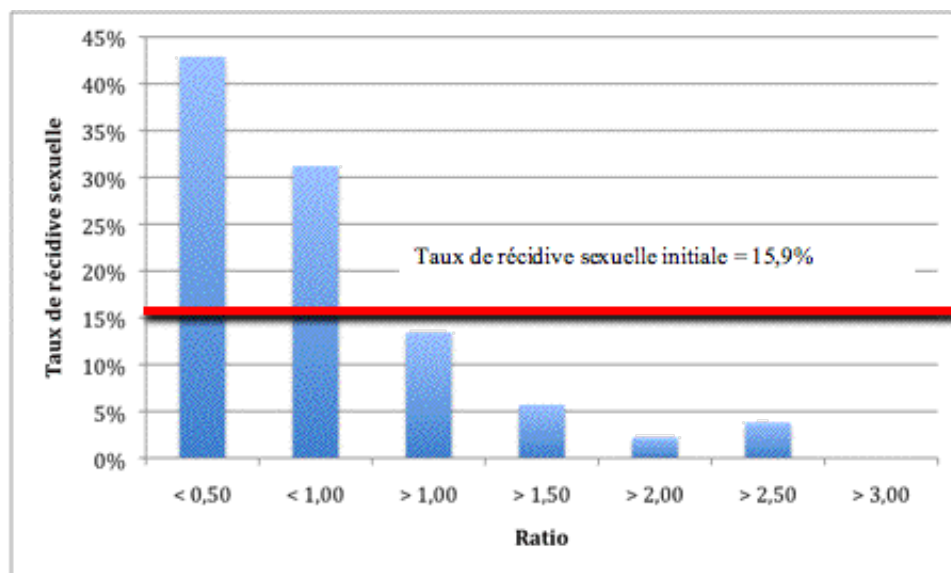
Herrenkohl et ses collaborateurs (2003) soulignent que la relation entre les facteurs d'intégration sociale et les comportements violents ne serait pas directe et que les facteurs d'intégration doivent nettement supplanter les facteurs de risque pour pouvoir contrer l'effet de ces derniers. Il n'y aurait donc pas une seule variable magique (ou *silver bullet*) qui protégerait de la délinquance (Huizinga et al., 2003). Dans cette perspective, le nombre de facteurs d'intégration sociale doit être supérieur au nombre de facteurs de risque si l'on souhaite infléchir la probabilité de récidive sexuelle de façon notable. Un ratio niveau d'intégration/niveau de risque a été calculé afin de mettre cette proposition à l'épreuve. Lorsque ledit ratio est inférieur à 1, le niveau de risque est supérieur au niveau d'intégration, tandis que lorsque le ratio est supérieur à 1, le niveau d'intégration est supérieur au niveau de risque. Rappelons que dans notre échantillon, le taux de base de récidive sexuelle était de 15,9 %. Comme on peut le constater à la figure 3, ce taux de récidive fluctue selon le ratio intégration/risque. En effet, lorsque le ratio est inférieur à 0,50 (niveau d'intégration au minimum deux fois moins élevé que le niveau de risque), le taux de récidive est de 42,9 %; lorsqu'il est inférieur à 1 (niveau d'intégration inférieur au niveau de risque), le taux de récidive est de 31,2 %. Dès que le ratio devient supérieur à 1 (niveau d'intégration supérieur au niveau de risque), le taux de récidive diminue en deçà du taux de base. De plus, lorsque le ratio est supérieur à 1,50, on remarque une plus forte diminution du taux de récidive (inférieur à 6,0 %). Finalement, chez les participants dont le ratio était supé-

2. Aucun des 20 agresseurs d'enfants avec un niveau de risque très faible n'a récidivé. Par conséquent, la corrélation bisériale de point n'a pu être calculée pour ce niveau de risque.

rieur à 3 (niveau d'intégration trois fois plus élevé que le niveau de risque), aucune récidive n'a été relevée.

FIGURE 3

Taux de récidive sexuelle en fonction du ratio intégration/risque de récidive



La figure précédente nous a permis de constater que le ratio semble avoir un impact sur la récidive sexuelle après cinq ans. Afin d'évaluer si le ratio permet également d'expliquer le temps écoulé avant la récidive, nous avons eu recours aux modèles de régression semi-paramétrique des risques proportionnels de Cox (1972). Ces analyses, appartenant à la famille des analyses de survie, permettent de tenir compte du temps écoulé avant l'occurrence d'un événement et d'estimer l'effet de différents prédicteurs, aussi appelés covariés. Tour à tour, deux modèles de Cox ont été utilisés. Les résultats de ces analyses sont présentés au tableau 1 et indiquent que le ratio à lui seul permet d'expliquer la période de temps avant la récidive ($\chi^2 (1,333) = 15,53, p < 0,001$). Ainsi, lors de chaque augmentation d'une unité sur l'échelle de ratio, la probabilité de récidiver diminue de 67 % (Langton, Barbaree, Harkins, Peacock, & Arenovich, 2008). De plus, en introduisant à la fois le niveau d'intégration sociale et le niveau de risque, le ratio demeure marginalement significatif (Wald = 3,29, $p < 0,10$). En d'autres termes, le ratio est responsable d'une variance unique par rapport aux niveaux de risque et d'intégration sociale.

TABLEAU 1
 Régression de Cox de la récidive sexuelle avec le ratio, l'intégration sociale et le risque

| | Modèle 1 | | | Modèle 2 | | |
|-----------------------------|-----------|----------|------|-----------|-------|------|
| | B | Wald | RC | B | Wald | RC |
| Ratio | -1,11 | 15,06*** | 0,33 | -1,63 | 3,29† | 0,20 |
| Intégration | | | | 1,93 | 1,59 | 6,92 |
| Risque | | | | -0,01 | 0,00 | 0,99 |
| -2LL | 641,58 | | | 638,681 | | |
| χ² (d.l.) | 15,53 (1) | | | 19,76 (3) | | |
| Sig. | p < 0,001 | | | p < 0,001 | | |
| N | 335 | | | 335 | | |

Note: † = p < 0,10 ; *** p < 0,001.

Afin d'évaluer l'impact du ratio sur le temps écoulé avant la récidive sexuelle, nous avons également effectué une analyse de survie. Le ratio a été divisé en trois tranches : inférieur à 1, entre 1 et 2 et supérieur à 2. Les résultats, présentés à la figure 4, indiquent encore une fois que le ratio permet d'expliquer le temps écoulé avant la récidive ($\chi^2(2,381) = 16,86, p < 0,001$). De plus, chaque tranche du ratio est significativement différente des autres. Les participants ayant un ratio inférieur à 1 récidivent davantage que ceux qui ont un ratio entre 1 et 2 (Breslow = 7,17, $p < 0,01$) et que ceux ayant un ratio supérieur à 2 (Breslow = 11,93, $p < 0,01$). En outre, ceux qui ont un ratio entre 1 et 2 récidivent davantage que ceux qui ont un ratio supérieur à 2 (Breslow = 5,80, $p < 0,05$). En somme, plus le ratio est élevé, plus le taux de récidive diminue, ce qui concorde avec les résultats de la figure 3.

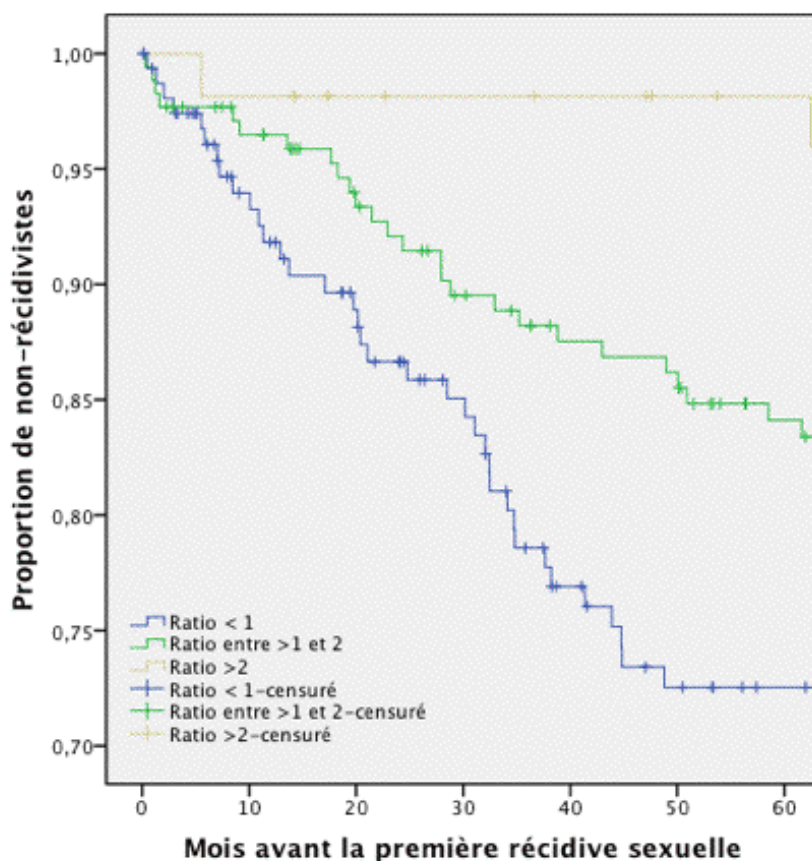
Interprétation des résultats et conclusion

L'objectif du présent chapitre était d'étudier, de façon exploratoire, l'utilité potentielle des facteurs d'intégration sociale dans l'évaluation du risque de récidive sexuelle chez les délinquants sexuels graves. Dans un premier temps, nous avons été en mesure d'observer que les facteurs d'intégration permettaient de discriminer les délinquants plus jeunes des délinquants plus âgés. Pour certains, le désistement d'un mode de vie criminel résulterait de la création de forts liens prosociaux (Laub & Sampson, 2003). La création de liens sociaux forts et durables demandant un certain temps, il est donc normal que les délinquants plus âgés possèdent davantage de facteurs d'intégration, car ils ont eu plus d'occasions de former ce type de liens avec leur entourage et leur milieu.

Intégration, risque et récidive

Les résultats de la présente étude suggèrent qu'à elle seule, l'intégration sociale ne semble pas permettre de prédire la récidive sexuelle chez les délinquants sexuels. Toutefois, elle semble moduler l'effet des facteurs de risque – mais n'aurait pas le même

FIGURE 4
 Analyse de survie de la récidive sexuelle
 en fonction du ratio intégration sociale et risque de récidive



impact chez les agresseurs de femmes que chez les agresseurs d'enfants. Ces résultats laissent présumer que les facteurs d'intégration sociale fonctionneraient davantage selon le modèle modérateur que selon le modèle médiateur. Les facteurs d'intégration n'étant pas liés directement à la récidive, ils semblent plutôt tenir un rôle de modérateur entre le risque et la récidive sexuelle.

L'effet différentiel de l'intégration sociale

Comme nous l'avons mentionné précédemment, selon la théorie du contrôle social d'Hirschi (1969), une personne aura tendance à commettre des actes délinquants si ses liens avec la société et ses organisations socialisantes sont faibles ou compromis. Des liens forts témoignent, entre autres, d'un désir de conformité et sont négativement corrélés avec le comportement délinquant (Herrenkohl et al., 2003 ; Laub & Sampson, 2003). L'application de ces principes généraux chez un groupe de délinquants pose toutefois un certain nombre de difficultés. En effet, si de manière générale l'intégration sociale varie négativement avec le crime, la force du lien est moindre chez un groupe de délinquants, ne serait-ce que parce que les variations intra-groupes sont

faibles, ce qui limite la possibilité d'observer la covariance. Chez les agresseurs de femmes adultes, la nature du lien entre le niveau d'intégration sociale et la récidive semble correspondre à celui observé chez les délinquants en général; l'effet des facteurs d'intégration ne se fait sentir que chez les populations à haut risque (Sprott et al., 2000; Wright et al., 2001). Au fur et à mesure que le niveau de risque augmente, l'ajout de facteurs d'intégration a davantage d'effet.

De tels résultats s'arriment plutôt bien aux travaux qui suggèrent que les agresseurs de femmes partagent un nombre important de caractéristiques avec les délinquants traditionnels et qu'ils n'auraient pas tendance à se cantonner dans un seul type de délinquance, comme la délinquance sexuelle (Boutin, 1999; Harris, Smallbone, Dennison, & Knight, 2009; Lussier, Leblanc, & Proulx, 2005). Les agresseurs de femmes seraient davantage enclins à un style de vie impulsif et antisocial, et l'augmentation des facteurs d'intégration sociale viendrait réduire la récidive sexuelle chez ce groupe. Ainsi, si l'on se rapporte à la définition d'un facteur de protection proposée par Sprott et ses collaborateurs (2000), nos facteurs d'intégration sociale seraient des facteurs de protection, mais seulement pour les agresseurs de femmes.

Chez les agresseurs d'enfants, le portrait est différent. En effet, dans ce cas, le fait d'être intégrés socialement ne semble pas associé à une réduction du risque de récidive, même chez les délinquants à haut risque. De tels résultats s'expliquent en partie par l'importance du mécanisme de fixation si particulier aux agresseurs d'enfants (Knight & Prentky, 1990; Knight et al., 2007; Knight & Thornton, 2007). La notion de fixation réfère à la place qu'occupe l'enfant dans l'univers sexuel de l'agresseur. Pour l'agresseur sexuel fixé, l'enfant est en quelque sorte l'objet sexuel préférentiel. Ainsi, peu importe son nombre de facteurs d'intégration sociale, l'intérêt sexuel déviant envers les enfants demeure. À la rigueur, davantage de facteurs d'intégration lui donneront accès à un plus grand éventail de cibles potentielles – les enfants d'une conjointe, les enfants côtoyés dans le cadre du travail ou ceux des amis ou des collègues. Par ailleurs, les compétences nécessaires à l'établissement d'un capital social peuvent aussi être utilisées afin d'accéder à un plus grand nombre de victimes potentielles.

L'interface intégration sociale/risque

En plus de varier en fonction du type d'agresseur, l'effet des facteurs d'intégration sociale dépend de leur nombre par rapport aux facteurs de risque (Herrenkohl et al., 2003). À cet égard, l'utilisation d'un ratio intégration/risque semble une stratégie prometteuse pour comprendre l'interface entre les facteurs d'intégration sociale et les facteurs de risque. Toutefois, il semble que la parité entre les facteurs de risque et les facteurs d'intégration ne soit pas suffisante, comme le suggèrent Herrenkohl et ses collaborateurs (2003) ainsi que Huizinga et ses collaborateurs (2003). Le nombre de facteurs d'intégration doit donc être supérieur à celui des facteurs de risque pour avoir un effet diminuant sur la probabilité de récidive sexuelle, et l'effet est d'autant plus important à mesure que le ratio augmente.

L'ensemble de ces résultats peut expliquer en partie pourquoi les facteurs d'intégration (ou de protection) sont passés inaperçus dans les méta-analyses. Premièrement, l'inexistence d'un lien direct entre les facteurs d'intégration sociale et la récidive n'a pas permis de les identifier lors de la course au meilleur prédicteur. En effet, ces derniers étaient tout simplement absents des résultats significatifs. Deuxièmement, le fait que l'impact varie selon le type d'agresseurs a également pu nuire à l'identification des facteurs d'intégration. Dans les méta-analyses, les agresseurs sexuels sont généralement considérés comme un groupe homogène. Lorsque des facteurs sont pertinents pour un sous-groupe mais non pour l'autre, leur effet global peut donc paraître minime.

Limites de l'étude

Bien qu'elle offre un éclairage nouveau sur la prédiction de la récidive chez les délinquants sexuels adultes graves, la présente étude comporte certaines limites. Parmi les plus importantes, notons le fait qu'elle ne s'attarde qu'à un sous-groupe particulièrement problématique de délinquants et, par conséquent, qu'elle ne permet pas d'étudier l'ensemble du spectre de l'intégration sociale, nous confinant plutôt à un groupe de délinquants à risque généralement élevé. Une autre limite tient au fait que l'enquête a été menée à partir de dossiers qui n'étaient pas spécifiquement conçus pour étudier les facteurs d'intégration sociale. Un tel contexte ne nous a donc pas permis de nous attarder à la temporalité des événements et nous a forcés à nous rabattre sur l'étude de facteurs génériques d'intégration sociale.

Les résultats de ce chapitre, bien qu'exploratoires, confirment l'idée intuitive que les facteurs d'intégration sociale sont probablement des leviers pertinents pour favoriser le changement. Bien entendu, l'efficacité des interventions basées sur les principes du risque demeure la principale voie vers la réduction de la récidive, tant chez les délinquants traditionnels que chez les délinquants sexuels. Toutefois, il semblerait que l'ajout des facteurs d'intégration sociale à notre évaluation ait des avantages, du moins pour les agresseurs de femmes, qui sont plus enclins à un mode de vie délinquant. Le travail sur les facteurs d'intégration sociale offre aussi l'avantage d'encourager les délinquants au changement en permettant d'aller au-delà d'une simple diminution des éléments négatifs de leur vie et en témoignant de notre intérêt pour leur qualité de vie. Un approfondissement de l'interface entre les facteurs de risque et d'intégration sociale devra toutefois faire l'objet d'une étude plus approfondie.

Bibliographie

- Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rather, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 89-103.
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J., & Rather, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-153.

- Aegisdottir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., et al. (2006). The meta-analysis of clinical judgement project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counselling Psychologist*, 34(3), 341-382.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Barbaree, H. E., Seto, M., Langton, C. M., & Peacock, E. J. (2001). Evaluating the predictive accuracy of six risk assessment instruments for adult sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28(4), 490-521.
- Barbaree, H. E., Langton, C. M., & Peacock, E. J. (2006). The factor structure of Static Actuarial items: Its relation to prediction. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(2), 207-226.
- Bartosh, D. L., Garby, T., Lewis, D., & Gray, S. (2003). Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(4), 422-438.
- Boer, D. P., Wilson, R. J., Gauthier, C. M., & Hart, S. D. (1997). Assessing risk of sexual violence : Guidelines for clinical practice. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 326-342). New York, NY: The Guilford Press.
- Bonta, J. (1996). Risk-needs assessment and treatment. In A. T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that works* (pp. 18-32). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bonta, J., & Wormith, S. (2008). Risk and need assessment. In G. McIvor, & P. Raynor (Eds.), *Developments in social work with offenders*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.
- Bouffard, L. A., & Laub, J. H. (2004). Jail or the army: Does military service facilitate desistance from crime? In L. A. Bouffard & J. H. Laub (Eds.), *After crime and punishment*. Portland, OR: William Publishing.
- Boutin, S. (1999). *La carrière criminelle des agresseurs sexuels*. Mémoire de maîtrise, École de criminologie, Université de Montréal, Montréal.
- Breiman, L., Friedman, J. H., Olshen, R. A., & Stone, C. G. (1998). *Classification and regression trees*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Burgess, E. (1928). Factors determining success or failure on parole. In A. Bruce, A. Harno, E. Burgess, & J. Landesco (Eds.), *The workings of the undetermine-sentence law and the parole system in Illinois* (pp. 205-249). Springfield, IL: State Board of Parole.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 429-455.
- Costa, F. M., Jessor, R., & Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 480-490.
- Cox, D. R. (1972). Regression models and life-tables. *Journal of the Royal Statistical Society, Serie B* 34 (2), 187-220.
- Craig, L. A., Browne, K. D., Stringer, I., & Beech, A. (2005). Sexual Recidivism: A Review of static, dynamic and actuarial predictors. *Journal of Sexual Aggression*, 11(1), 65-84.

- Doren, D. M. (2002). *Evaluating sex offenders: A manual for civil commitments and beyond*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Doren, D. M. (2004). Toward a multidimensional model for sexual recidivism risk. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(8), 835-856.
- Farrington, D. P. (2003). Key results from the first forty years of the Cambridge study in delinquent development. In T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 137-183). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Farrington, D. P., & Loeber, R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 733-748.
- Fitzpatrick, K. M. (1997). Fighting among America's youth : A risk and protective approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 131-148.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). *A meta-analysis of adult offender recidivism: What works!* *Criminology*, 34, 575-607.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). *Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis*. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Grubin, D. (1999). Actuarial and clinical assessment of risk in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(3), 331-343.
- Guay, J.-P. (2006). Prédiction actuarielle et prédiction clinique : Le dernier souffle d'une pratique traditionnelle. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 59(2), 149-164.
- Hanson, K. R. (2005). Twenty years of progress in violence risk assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 212-217.
- Hanson, K. R. (2009). The psychological assessment of risk for crime and violence. *Canadian Psychology*, 50(3), 172-182.
- Hanson, K. R., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, K. R., & Harris, A. J. R. (1998). *Les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle* (No. JS42-82/1998-01F). Ottawa, Ontario : Ministère du Solliciteur général du Canada.
- Hanson, K. R., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 6-35.
- Hanson, K. R., & Harris, A. J. R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 105-122.
- Hanson, K. R., Morton, K. E., & Harris, K. E. (2003). Sexual offender recidivism risk : What we know and what we need to know. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 154-166.
- Hanson, K. R., & Morton-Bourgon, K. E. (2004). *Les prédicteurs de la récidive sexuelle : Une méta-analyse à jour* (No. PS3-1/2004-2F). Ottawa, Ontario : Sécurité publique et Protection civile Canada.

- Hanson, K. R., & Morton-Bourgon, K. E. (2007). *L'exactitude des évaluations du risque de récidive chez les délinquants sexuels : Une méta-analyse* (No. PS4-36/2007F). Ottawa, Ontario : Sécurité publique et Protection civile Canada & Ministère de la Justice du Canada.
- Hanson, K. R., & Thornton, D. (1999). *Statique-99 : Une amélioration des évaluations actuarielles du risque chez les délinquants sexuels*. Ottawa, Ontario & Londres, Angleterre : Ministère du Solliciteur général du Canada & Her Majesty's Prison Service.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Harris, A. J. R. (2007, october). *Dynamic supervision project outcomes : Risk assessment partnerships with multiple provinces and states*. Paper presented at the Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA), San Diego, CA.
- Harris, D. A., Smallbone, S., Dennison, S., & Knight, R. A. (2009). Specialization and versatility in sexual offenders referred for civil commitment. *Journal of Criminal Justice*, 37, 37-44.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders : The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J. D., Smith, B. H., Hill, K. G., Kosterman, R., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2003). Understanding and preventing crime and violence: Findings from the Seattle social development project. In T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 255-312). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hawkins, J. D., Van Horn, M. L., & Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science*, 5, 213-220.
- Herrenkohl, T. I., Hill, K. G., Chung, I-J, Guo, J., Abbott, R. D., & Hawkins, J. D. (2003). Protective factors against serious violent behavior in adolescence: A prospective study of aggressive children. *Social Work Research*, 27, 179-189.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Huizinga, D., Weither, A. W., Espiritu, R., & Esbensen, F. (2003). Delinquency and crime: Some highlights from the Denver youth survey. In T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 47-91). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Janus, E. S., & Prentky, R. A. (2003). Forensic use of actuarial risk assessment with sex offenders: Accuracy, admissibility and accountability. *American Criminal Law Review*, 40, 1443-1499.
- Jones, P. R. (1996). Risk prediction in criminal justice. In A. T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that works* (pp. 33-68). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Knight, R. A. (1999, September). Unified theory of sexual coercion. Paper presented at the Association for Treatment of Sexual Abusers (ATSA), Lake Buena Vista, FL.
- Knight, R. A., Carter, D. L., & Prentky, R. A. (1989). A system for the classification of child molesters: Reliability and application. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(1), 3-23.
- Knight, R. A., Guay, J.-P., Grabell, A., & Thornton, D. (2007, October). *Creating distinct actuarial techniques for rapists and child molesters*. Paper presented at the Society for Research on Psychopathology (SRP), Iowa City, IA.
- Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall, D.R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *The handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 23-52). New York, NY: Plenum Press.
- Knight, R. A., & Thornton, D. (2007, March). *Do different variables predict recidivism in rapists and child molesters?* Paper presented at the Academy of Criminal Justice Sciences (ACJS), Seattle, WA.
- Kroner, D. G., Mills, J. F., & Reddon, J. R. (2005). A coffee can, factor analysis, and prediction of antisocial behavior: The structure of criminal risk. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 360-374.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., Peacock, E. J., & Arenovich, T. (2008). Further investigation of findings reported for the Minnesota Sex Offender Screening Tool–Revised. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(10), 1363-1379.
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lewis, S., Maguire, M., Raynor, P., Vanstone, M., & Vennard, J. (2007). What works in resettlement? Findings from seven pathfinders for short-term prisoners in England and Wales. *Criminology & Criminal Justice*, 7(1), 33-53.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouhamer-Loeber, M., Moffitt, T. E., Caspi, A., White, H. R., et al. (2003). The development of male offending: Key findings from fourteen years of the Pittsburg youth study. In T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 93-136). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lussier, P., Leblanc, M., & Proulx, J. (2005). The generality of criminal behavior : A confirmatory factor analysis of the criminal activity of sex offenders in adulthood. *Journal of Criminal Justice*, 33, 177-189.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 257-275). New York, NY: Plenum Press.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence & Abuse*, 1, 250-263.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

- Morrison, G. M., Robertson, L., Laurie, B., & Kelly, J. (2002). Protective factors related to anti-social behavior trajectories. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 277-290.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence : Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 783-792.
- Parent, G., Guay, J.-P., & Knight, R. A. (2009a). Évaluation de la validité prédictive de neuf instruments chez les agresseurs sexuels adultes. *Criminologie*, 42(2), 223-247.
- Parent, G., Guay, J.-P., & Knight, R. A. (2009b). La contribution des arbres de classification et de régression dans la prédiction de la récidive chez les délinquants sexuels adultes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59, 265-277.
- Pollard, J. A., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research*, 23(3), 145-158.
- Quinsey, V. L., Jones, G. B., Book, A. S., & Barr, K. N. (2006). The dynamic prediction of antisocial behavior among forensic psychiatric patients : A prospective field study. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(12), 1539-1565.
- Rauma, D., & Berk, R. A. (1987). Remuneration and recidivism: The long-term impact of unemployment compensation on ex-offenders. *Journal of Quantitative Criminology*, 3(1), 3-27.
- Roberts, C. F., Doren, D. M., & Thornton, D. (2002). Dimensions associated with assessments of sex offender recidivism risk. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 569-589.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24(5), 595-605.
- Salekin, R. T., & Lochman, J. E. (2008). Child and adolescent psychopathy: The search for protective factors. *Criminal Justice and Behavior*, 35(2), 159-172.
- Seto, M. C. (2005). Is more better? Combining actuarial risk scales to predict recidivism among adult sex offenders. *Psychological Assessment*, 17(2), 156-167.
- Smokowski, P. R., Mann, E. A., Reynolds, A. J., & Fraser, M. W. (2004). Childhood risk and protective factors and late adolescent adjustment in inner city minority youth. *Children and Youth Services Review*, 26, 63-91.
- Sprott, J. B., Jenkins, J. M., & Doob, A. N. (2000). *Early offending: Understanding the risk and protective factors of delinquency* (No. W-01-1-9E). Toronto, Ontario: Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada.
- Steadman, H. J., Silver, E., Monahan, J., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., et al. (2000). A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law and Human Behavior*, 24(1), 83-100.
- Stoiber, K. C., & Good, B. (1998). Risk resilience factors linked to problem behavior among urban, culturally diverse adolescents. *School Psychology Review*, 27(3), 380-397.
- Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 139-153.

- Tremblay, R. E., Vitaro, F., Nagin, D. S., Pagani, L., & Séguin, J. R. (2003). The Montreal longitudinal and experimental study. In T. P. Thornberry & M. D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 205-254). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Uggen, C. (2000). Work as a turning point in the life course of criminals: A duration model of age, employment, and recidivism. *American Sociological Review*, 65(4), 529-546.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2009). *SAPROF: Guideline for the assessment of protective factors for violence risk*. Utrecht, Netherlands: Forum Educatief.
- Ward, T., Keenan, T., & Hudson, S. M. (2000). Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: A developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 41-62.
- Warr, M. (1998). Life-course transitions and desistance from crime. *Criminology*, 36(2), 183-216.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2*. Burnaby, British Columbia : Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2004). *Short Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery*. Toronto, Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Wright, B. R. E., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (2001). The effects of social ties on crime vary by criminal propensity: A life-course model of interdependence. *Criminology*, 39(2), 321-352.
- Wright, J. P., & Cullen, F. T. (2004). Employment, peers, and life-course transitions. *Justice Quarterly*, 21(1), 183-205.

LES AGIRS SEXUELS VIOLENTS DES ADOLESCENTS : UNE APPROCHE CLINIQUE ET CRIMINOLOGIQUE¹

Pascal Roman

Introduction

La question des agirs sexuels violents à l'adolescence renvoie à un phénomène relativement récent dans la clinique criminologique. En effet, on assiste depuis une vingtaine d'années à une forte augmentation de la judiciarisation des infractions à caractère sexuel, en particulier chez les adolescents, mais également de manière plus générale dans l'ensemble de la population².

C'est dans ce contexte que cette recherche a été menée au Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C) de l'Université Lumière – Lyon 2 (France)³.

Bien que cette recherche présente une orientation clinique, il semble nécessaire d'envisager la question de la violence sexuelle à l'adolescence par rapport à l'arrière-fond sociologique dans lequel s'inscrit actuellement cette question. En effet, il importe de tenir compte de la place de la violence sexuelle de l'adolescent (ou du préadolescent), ou de la violence sexuelle projetée sur l'adolescent, tant dans l'imaginaire social que dans la dynamique judiciaire, dans un contexte où l'on semble assister à une sorte de *grand écart* entre, d'une part, une société qui valorise la séduction et le dévoilement des corps dans des tonalités fortement érotisées et, d'autre part, un durcissement de la répression des actes qui touchent à la sexualité.

Sur le plan clinique et psychopathologique, il est nécessaire de se dégager d'une approche réductionniste de la violence sexuelle à l'adolescence en termes de placage identitaire (les termes « abuseur sexuel » ou « agresseur sexuel » constituent une désignation *abusive*, puisqu'ils tendent à réduire le sujet à un acte). Par ailleurs, il y a lieu

1. Pour citer ce chapitre : Roman, P. (2011). Les agirs sexuels violents des adolescents : Une approche clinique et criminologique. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 284-306). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. L'évolution des sanctions prononcées par les juridictions pénales à l'encontre des auteurs d'infractions à caractère sexuel, si on les compare aux sanctions prononcées à l'encontre d'auteurs d'autres infractions violentes (meurtre, par exemple), montre une forme de renversement des valeurs en matière punitive. Historiquement, le meurtre a longtemps été considéré comme l'infraction la plus grave et, à ce titre la plus lourdement sanctionnée; désormais, c'est plutôt le viol qui est l'infraction susceptible d'entraîner la plus lourde condamnation...

3. Cette recherche, financée par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (ministère de la Justice, France) a donné lieu à la rédaction de : *La violence sexuelle et le processus adolescent – Clinique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents*, rapport de recherche, sous la direction du Prof. Pascal Roman, C.R.P.P.C, Institut de Psychologie, Université Lumière – Lyon 2, juillet 2008.

de s'interroger sur la qualité des actes identifiés comme transgressifs au regard des transformations adolescentes. En effet, le processus adolescent interroge, en première ligne, la nécessité d'une renégociation du sexuel dans la vie psychique ; dans ce sens, il importe de ne pas limiter la dimension du sexuel adolescent à un acte qui, s'il témoigne pour une part de son émergence, ne peut en aucun cas en épuiser la compréhension.

Une clarification des termes utilisés s'impose dans le cadre de cette introduction.

L'alternance de l'utilisation de trois formulations au sein de ces propos liminaires, soit « adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel », « adolescents auteurs de violence sexuelle » et « adolescents engagés dans des agirs sexuels violents », témoigne des différents registres abordés par cette recherche, qui renvoient aux champs dans lesquels s'inscrit la réalité de ces adolescents :

- le champ juridique et judiciaire, auquel réfère le terme « adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel » (ou, plus précisément, mis en examen versus condamné pour une infraction à caractère sexuel) ;

- le champ de la psychologie clinique, auquel réfère le terme « adolescent auteur de violence sexuelle » et qui renvoie à la place de la violence sexuelle dans le processus adolescent ;

- le champ de la psychopathologie, auquel réfère le terme « agir sexuel violent », que l'on peut considérer comme participant des pathologies de l'agir.

Notons que Kail et Le Caisne (2002), dans le cadre de la recherche réalisée pour la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.) sur les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel, font le choix, dans une perspective socio-ethnologique, de les dénommer à partir de la violence sexuelle.

Violence sexuelle, processus adolescent et réponse sociale : problématique et hypothèses de la recherche

Ainsi, les préoccupations attachées à une démarche de recherche dans le champ de la violence sexuelle à l'adolescence engagent, de fait, une ouverture à des préoccupations qui débordent, au sens strict, du domaine de la psychologie clinique et de la psychopathologie. En effet, la question de la violence sexuelle à l'adolescence se trouve nécessairement intriquée avec la question de la sanction et du soin à l'égard d'adolescents qui, bien que réunis au plan socio-judiciaire dans une référence aux infractions à caractère sexuel qui leur sont reprochées, recouvrent des problématiques de personnalité diverses, connaissent des destins variés, en particulier sur le plan de la détention préventive ou du placement, et interrogent les potentiels de prise en charge éducative et soignante.

Au fond, on peut considérer que la rencontre des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel ouvre sur la question de la violence sexuelle à l'adolescence, comprise dans la perspective de son inscription dans le processus adolescent : comment,

en effet, la violence sexuelle s'inscrit-elle dans les processus d'aménagement-réaménagement psychique à l'adolescence? De quelle manière, pour l'adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel, se trouve interrogée, à partir de la rencontre avec la violence sexuelle, la dimension de la remise en jeu de la construction des assises narcissiques et identitaires, dans le contexte de la réactualisation des fantasmes incestueux et meurtriers qui accompagnent l'émergence pulsionnelle adolescente?

En amont de la mise en œuvre de la recherche, et dans le cadre de celle-ci, la rencontre avec les professionnels du champ socio-judiciaire qui ont la responsabilité de la prise en charge des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel (psychologues, éducateurs, assistants de service social) a fait émerger un certain nombre d'interrogations qui témoignent de la spécificité du travail avec ces adolescents :

- pour les professionnels, ces situations de violence sexuelle sont difficiles à penser, à cause de la sidération à laquelle elles confrontent (effraction de l'intime des professionnels) et de l'effet de fascination, dont la médiatisation massive de ces « affaires » constitue un indicateur. Cette difficulté de penser se traduirait, en particulier, par une impossibilité de considérer l'acte éducatif dans sa contribution à un soin de l'adolescent (le recours au psy constituerait alors un mode de protection face au risque que fait vivre le défaut d'élaboration du sens de l'acte,)

- ces situations nécessitent d'opérer des différenciations au sein des infractions de nature sexuelle reprochées aux adolescents (attouchements versus viol collectif, par exemple), dans la mesure où elles ne semblent pas engager les mêmes enjeux dans l'histoire de l'adolescent auteur présumé (victime lui-même, par exemple?), ni mobiliser l'adolescent dans une même dynamique, en particulier en ce qui concerne l'accès à une responsabilisation face aux actes;

- ces situations mobilisent un travail avec les familles tout à fait spécifique. On peut penser que la mobilisation dans le lien professionnel d'un intime familial, lié à l'irruption de la sexualité sur la scène sociale au travers de l'acte transgressif de l'adolescent, vient colorer particulièrement le lien entre professionnels et famille, cette dimension se trouvant exacerbée lorsqu'auteur et victime appartiennent à la même famille (dans les cas d'inceste frère-sœur, par exemple).

C'est à l'égard de ces différentes interrogations, qui touchent à la fois au champ de la pratique professionnelle et à celui de l'approche clinique et psychopathologique, que cette recherche a tenté de se situer. En appui sur un croisement des regards, ce travail propose de rendre compte d'une réalité complexe, à l'égard de laquelle d'importants enjeux se dessinent, du point de vue de la prise en charge éducative ou soignante des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. Et c'est sous la forme d'une recherche-action impliquant à la fois praticiens et universitaires – aux différents temps et dans les différents dispositifs et instances de la recherche – que cette recherche sera menée.

Afin de répondre aux différentes interrogations touchant la clinique et la prise en charge des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel (connaissance de

la population, compréhension de la dynamique psychique qui sous-tend l'agir sexuel violent à l'adolescence et élaboration des stratégies de prise en charge), les hypothèses de travail ont été regroupées autour de trois axes.

1 - L'agir sexuel violent dans le processus adolescent

L'engagement de l'adolescent dans la violence sexuelle serait considéré comme une modalité d'aménagement particulière du processus adolescent, à partir d'un « besoin de traumatisme » (pulsion traumatophilique) tel que Guillaumin (2001) a pu le décrire, selon des configurations singulières et en fonction de la nature des actes transgressifs. La violence sexuelle peut ainsi être considérée comme un analyseur des remaniements adolescents : l'agression sexuelle s'inscrirait alors comme une stratégie défensive dans la rencontre de la différence et une quête de réassurance narcissique face à l'émergence de la sexualité génitale, tandis que le viol mettrait à l'épreuve la qualité de l'objet externe sur fond de clivage des investissements libidinaux du côté de l'auteur, dans une tentative d'autoreprésentation d'une excitation vécue comme « en trop » (Roman, 2004). Ces hypothèses viennent en contrepoint des travaux menés par Balier (1990, 1996) et par Ciavaldini (1998) : ce dernier propose de considérer les actes de violence sexuelle comme participant de « systèmes antidépresseurs » au regard des réaménagements adolescents.

Dans le travail psychique de l'adolescence, l'agir sexuel violent sous-tendant l'infraction à caractère sexuel viendrait occuper une place singulière dans l'économie libidinale, au sens où cet agir constituerait une tentative de retournement d'une position passive à une position active face au vécu menaçant des transformations corporelles subies (Jeammet, 2002). Dans ce contexte, le travail du féminin à l'adolescence se trouverait mis à l'épreuve de manière particulièrement aiguë.

2 - L'agir sexuel violent et la dynamique familiale

L'agir sexuel violent de l'adolescent interroge la dynamique des liens et la qualité des organisateurs de la différence différence des sexes, différence des générations (et des interdits qui les accompagnent), au sein de la famille. En effet, l'agir sexuel violent figurerait, sur une autre scène, un non-dit, un non-élaboré, du sexuel au sein de la famille et, à ce titre, il constituerait une forme de liaison de l'excitation dont il conviendrait de préciser le statut.

Les agirs sexuels violents, lorsqu'ils sont commis au sein de la famille, interrogent la dynamique psychique du groupe familial et pourraient être compris comme un mode de traitement spécifique de la question des interdits fondamentaux dans un contexte de vacillement des organisateurs de la différence (cf. supra) dans un double enjeu pour l'adolescent : se dégager d'une représentation de la famille dominée par la figure du magma (indifférenciation, confusion des places) et soutenir l'élaboration d'une scène primitive (scène des origines) introuvable dans le contexte d'un défaut

de rencontre avec le miroir structurant du regard maternel (en référence à la quête du « double bisexuel interne » porté par le fantasme d'inceste fraternel, décrit comme universel par Jaïtin, 2006).

3 – L'agir sexuel violent à la rencontre de l'action éducative

Les difficultés spécifiques de prise en charge éducative ou soignante de ces adolescents peuvent être attribuables à la mobilisation de la dimension de l'intime dans les liens transférentiels (rencontre de l'intime de l'adolescent et de *l'intime* du professionnel) au cœur des pratiques professionnelles.

La pratique professionnelle auprès des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel place les professionnels dans un vécu d'impuissance qui témoignerait, sur le mode de l'identification projective, des aléas de la dynamique passive/active à l'adolescence, dont l'impossible accès à la passivité inhérent aux agirs sexuels violents porterait la trace.

Ce texte ne vise pas la présentation de la recherche de manière exhaustive. Il s'agira ici de mettre l'accent, d'une part, sur quelques-uns des aspects centrés sur une approche descriptive de la population des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents (travail sur des dossiers clos) et, d'autre part, sur le recueil de données criminologiques (rencontre des adolescents avec l'aide d'un questionnaire⁴). Nous nous limiterons ainsi à présenter les indices de la dynamique dans laquelle s'inscrivent les adolescents du triple point de vue des enjeux intrapsychiques, familiaux et éducatifs/soignants. Comme cela sera précisé, les éléments recueillis autorisent l'établissement de pistes interprétatives qui pourront, dans un autre cadre, être mises en perspective avec les éléments issus de l'investigation clinique à proprement parler (entretiens avec les adolescents et passation d'épreuves projectives, entretiens de famille et élaboration du génogramme...). Nous mettrons ici l'accent :

- sur les enjeux de la dynamique du lien auteur/victime, dans la mesure où le choix de la victime (âge, place et statut dans l'environnement de l'adolescent) peut être considéré comme le témoin des modalités d'inscription *familiale* de l'agir sexuel violent (mise à l'épreuve des différents organisateurs de la différence) et de la fonction de l'agir dans la vie psychique de l'adolescent ;

- sur le mode d'engagement dans l'agir sexuel violent (seul ou en groupe, de manière répétée ou non), puisque les modalités de cette rencontre témoignent de la qualité de la gestion pulsionnelle à l'adolescence (problématique activité/passivité) ;

- sur les parcours judiciaires, éducatifs et thérapeutiques des adolescents, dont les caractéristiques permettent d'évaluer la façon dont l'agir sexuel violent, dans ses différentes déclinaisons et en fonction de l'âge de l'adolescent, mobilise de manière différenciée les professionnels.

4. L'adaptation du QICPAAS, questionnaire élaboré dans le cadre d'une recherche consacrée aux auteurs adultes d'infractions à caractère sexuel pour le Ministère de la Santé en France (Balier, Ciavaldini & Girard-Khayat, 1997), à une population adolescente constitue l'un des apports singuliers de la recherche (voir les pistes ouvertes dans la partie conclusive de ce texte).

La violence sexuelle à l'adolescence dans la littérature

Les études consacrées aux adolescents auteurs de violence sexuelle sont encore peu nombreuses dans la littérature, tout particulièrement celles qui s'inscrivent dans une orientation psychanalytique. Les principaux apports seront présentés ici, dans le souci de situer les données de la recherche par rapport aux travaux disponibles.

De façon générale, on note une forte augmentation des condamnations pour violences sexuelles depuis une dizaine d'années en France. En effet, celles-ci ont doublé entre 1994 et 1998, et le nombre de mineurs condamnés pour ce type d'acte a plus que doublé, ce qui amène à s'interroger sur :

- l'effet des campagnes de prévention des violences sexuelles sur la dénonciation de faits subis ;
- la place d'un traitement judiciaire de l'accès des adolescents à la sexualité génitale.

Sélosse (1996) indique que les adolescents représentent environ 25 % des auteurs de violence sexuelle, ce qui correspond à une surreprésentation de cette classe d'âge pour ce type d'actes violents. Haesevoets (2001), quant à lui, rapporte une implication de 30 à 50 % des adolescents dans les faits de violence sexuelle.

Sélosse (1996) propose trois axes de compréhension principaux concernant la place des violences sexuelles à l'adolescence. En effet, celles-ci témoigneraient :

- d'une levée des interdits à l'égard de la sexualité ;
- d'une soumission des adolescents au groupe d'appartenance, en particulier en ce qui concerne les violences commises en groupe ;
- d'une pathologie de la maturation sexuelle, particulièrement dans le cas du viol collectif, qui condense les enjeux exhibitionnistes, voyeuristes, sadiques et pervers.

Haesevoets (2001), rapporte que les adolescents « abuseurs » n'appartiennent pas à un groupe social homogène. Il tente tout de même de dégager certains invariants psychologiques ou familiaux. Sur le plan de la personnalité, la plupart de ces adolescents auraient une faible estime d'eux-mêmes ; sur fond d'inhibition des sentiments et des pulsions, ils entretiennent peu de relations sociales et souffrent de solitude affective. Ils ont été plus souvent victimes que les autres adolescents auteurs d'actes transgressifs et que la population générale, et sont issus de milieux familiaux où règnent la violence, l'instabilité et la promiscuité.

Par ailleurs, un recensement des actes de violence sexuelle, réalisé à partir du signalement des responsables d'établissements scolaires en France au cours de l'année scolaire 1998-99, décrit dans un numéro du *Monde de l'éducation* (Séry, 2001), évalue à environ 600 le nombre de ces actes, qui vont du geste obscène au viol. En ce qui concerne les auteurs de ces actes de violence sexuelle, les données rapportées dans cette étude mettent en évidence le lien existant entre l'engagement dans un acte de violence sexuelle pour un adolescent et la situation de carences éducatives, voire la position de

victime de maltraitances graves ou de violences sexuelles. Deux autres constats sont apportés dans le cadre de ce travail :

- d'une part, certains de ces actes qualifiés de violence sexuelle peuvent être assimilés à des jeux sexuels (ils s'inscrivent dans une démarche de découverte du corps de l'autre, différent) ;

- d'autre part, ces actes s'inscriraient dans une forme de déni du corps de la victime (au sens du déni de l'éprouvé de l'autre).

Une étude réalisée en France pour le compte de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Kail & Le Caisne, 2002) fait apparaître la place des violences sexuelles dans la population adolescente prise en charge par cette institution : les adolescents auteurs de violence sexuelle (des garçons dans 99 % des cas) représentent près de 4,5 % de la population accueillie, alors que les victimes (65 % de filles) constituent un peu plus de 2 % de cette population. Le repérage des auteurs de faits avérés ou présumés est bien sûr plus aisé que celui des victimes, dans la mesure où, en France, la Protection Judiciaire de la Jeunesse est la seule institution compétente pour la prise en charge des mineurs auteurs d'actes délinquants, alors que les victimes identifiées comme telles ne font pas nécessairement l'objet d'un accompagnement éducatif. En ce qui concerne les auteurs, cette étude précise qu'ils ont en moyenne 14 ans et 7 mois, et qu'ils vivent majoritairement dans leur famille au moment des faits. Parmi eux, 48 % sont impliqués dans des faits de viol, et 38 % dans des faits d'agression sexuelle. Les victimes sont pour l'essentiel des membres de la famille (43 %), des membres de leur réseau de sociabilité (28 %) ou de celui de leur famille (24 %).

Enfin, des études cliniques et épidémiologiques canadiennes (Lafortune, 2001, par exemple) apportent des éléments complémentaires pour la compréhension de la problématique des adolescents auteurs de violence sexuelle, éléments qui viennent en écho des travaux français déjà évoqués.

Les adolescents seraient impliqués dans plus de la moitié des violences sexuelles commises sur des enfants et dans un tiers des violences commises à l'encontre de femmes adultes ; si la garde d'enfants par les adolescents constitue une situation à risque au regard des violences sexuelles, on peut reconnaître, de manière générale, que les violences sexuelles sont commises dans le milieu de vie habituel de l'adolescent (famille, famille élargie, cercle amical...).

La moitié des adolescents impliqués dans des violences sexuelles ont été agressés sexuellement ou initiés précocement à la sexualité, et 40 % de ces adolescents ont un ascendant qui a lui-même été victime, toujours dans la lignée maternelle.

Par ailleurs, dans 7 cas sur 10, l'adolescent auteur a connu dans son histoire une situation de perte (séparation, deuil), souvent précoce (pour 40 % d'entre eux).

Parmi les auteurs de violences sexuelles, 85 % sont des garçons, alors que seulement 15 % sont des filles.

Enfin, dans 60 % des cas, les violences sexuelles apparaissent comme participation délinquante exclusive, alors que dans 40 % des cas elles se trouvent associées à d'autres formes d'expression délinquante.

Parmi ces études canadiennes, il convient également de signaler les travaux de Marshall (1994) et ceux de Jacob et ses collaborateurs (1993).

Marshall (1994), à l'occasion d'une recherche sur les auteurs adultes d'agressions sexuelles, reprend des éléments de travaux concernant les populations d'adolescents auteurs. Il cite des recherches montrant que :

« les agresseurs sexuels adolescents provenaient généralement de milieux sociaux socialement isolés, et cette aliénation chez les enfants et les adolescents est le résultat de liens d'attachement pauvres entre parents et enfant. De plus, les agresseurs sexuels adolescents proviennent de familles perturbées où ils ont subi des abus ou été négligés ».

Par ailleurs, Jacob et ses collaborateurs (1993) apportent des éléments qui viennent en écho de notre propre recherche, et qui concernent la différenciation de deux populations d'adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. À partir d'une étude réalisée sur une population de 37 adolescents pris en charge pour des soins à l'Institut Pinel de Montréal (âge moyen : 15 ans et 3 mois), les auteurs mettent en évidence deux groupes différenciés au regard de la victime :

- le premier groupe est constitué d'adolescents ayant commis des violences sexuelles à l'encontre de victimes d'un âge au moins égal à celui de l'auteur (âge moyen des adolescents : 16 ans), et a été nommé « groupe des agresseurs contre les femmes » ;
- le second groupe a commis des violences sexuelles à l'égard de victimes plus jeunes, avec un écart d'âge minimal de cinq ans (âge moyen des adolescents : 15 ans).

Parmi les différences notables repérées entre ces deux groupes apparaissent le lien avec la victime, le nombre de victimes et le nombre de délits commis :

« les agresseurs contre les femmes ont tendance à commettre leurs délits sur des étrangères ou des connaissances éloignées. Ils commettent un moins grand nombre de délits sur un moins grand nombre de victimes » (p. 150).

De plus, les adolescents du groupe des « agresseurs contre les femmes » sont davantage engagés dans des actes délinquants non sexuels, alors que les « agresseurs contre les enfants » ont plus souvent subi des abus pendant l'enfance, se trouvent isolés socialement et font un plus grand nombre de victimes. On observe néanmoins une similitude entre les deux groupes quant aux antécédents familiaux (familles peu sûres, violence intrafamiliale, ruptures...).

Méthodologie de la recherche

La recherche s'est déroulée avec la collaboration de huit services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse de la région Rhône-Alpes, en France.

1 - La collecte des données rétrospectives

Cette collecte concerne 110 dossiers d'adolescents dits « clos », c'est-à-dire correspondant à des situations pour lesquelles le service de la Protection Judiciaire de la Jeunesse n'a plus en charge l'adolescent(e) concerné(e) par une mesure pénale liée à une infraction à caractère sexuel. Après une première élaboration au sein de l'équipe de recherche puis des échanges avec l'équipe de recherche élargie, une fiche méthodologique de collecte des données a été réalisée, ainsi qu'une grille de lecture pour le traitement des données recueillies.

Les dossiers ont été identifiés par des correspondants de chaque service, et les données ont été recueillies sur place, dans les services, par les chargés de recherche pour sept services sur huit.

L'objectif de cette collecte de données rétrospectives est de proposer une photographie de la population des adolescents mis en examen pour des infractions à caractère sexuel, à partir du repérage d'un certain nombre d'items à même de spécifier les caractéristiques de cette population. Elle permet d'accéder à une connaissance affinée de cette population spécifique des adolescents poursuivis pour des infractions à caractère sexuel, sans préjuger de la reconnaissance judiciaire de leur culpabilité ou de la reconnaissance *subjective* dont ils pourront témoigner à l'égard des faits. En effet, la lecture des dossiers ne donne pas d'accès systématique à la reconnaissance des faits par les adolescents, ni même nécessairement à l'issue du traitement judiciaire.

2 - Actualité de la clinique des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents

Vingt situations ont fait l'objet d'une inclusion dans la population de recherche et, parmi elles, 17 ont donné lieu à une investigation approfondie à partir du déploiement du protocole de collecte des données présenté ci-dessous.

Il convient de rappeler que la présente recherche s'engage sur le mode d'une recherche-action, au sein de laquelle les professionnels occupent alternativement deux positions : sujet de la recherche (acteur, pourrait-on dire) et objet de la recherche. Au plan fantasmatique, les professionnels sont ainsi sollicités sur un mode *actif* et sur un mode *passif*, dans des modalités qui correspondent à la problématique de la recherche. En effet, les professionnels sont engagés dans l'élaboration de la méthodologie, dans la collecte d'une partie des données, dans le traitement des données et dans les perspectives d'après-coup de la recherche sur les pratiques professionnelles. Mais ils sont également *en première ligne* dans l'identification des situations d'adolescents sur le terrain des services de la P.J.J., dans la mise en œuvre de l'un des questionnaires de recherche et, en lien avec le psychologue chargé de recherche, dans le soutien de l'établissement des autres rencontres, prévues avec l'adolescent et sa famille.

On peut décrire le protocole de collecte des données autour de deux groupes de rencontres (voir le tableau 1).

Une première double rencontre de l'adolescent (mis en examen ou condamné pour une infraction à caractère sexuel) : d'une part par l'éducateur engagé, sous mandat judiciaire, dans le travail éducatif avec l'adolescent, à l'aide d'un questionnaire, et d'autre part par le psychologue chargé de recherche, en s'appuyant sur un second questionnaire⁵ et sur la passation d'épreuves projectives (Rorschach et T.A.T).

Une seconde double rencontre de *l'environnement* de l'adolescent par le psychologue chargé de recherche : d'abord la rencontre de l'éducateur afin de discuter du parcours de l'accompagnement éducatif de l'adolescent, ensuite la rencontre des parents à l'aide d'une grille d'entretien interrogeant la place de l'adolescent dans la famille et le vécu de l'acte au sein de la famille, avec la proposition de réalisation d'un génogramme libre.

TABLEAU 1
Synthèse du protocole de recherche⁶

| Population/ Chercheur | Professionnel P.J.J. | Psychologue chargé de recherche |
|-----------------------|--|--|
| Adolescent | Sollicitation accord <i>Questionnaire</i> | <i>Questionnaire</i> Épreuves projectives |
| Professionnel P.J.J. | | <i>Entretien</i> |
| Famille | Sollicitation autorisation | Entretien Génogramme libre |

Résultats

Les résultats présentés dans le cadre de cette contribution s'organiseront autour de trois pôles, qui concernent respectivement :

- les caractéristiques générales de la population d'adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel recueillies à partir de l'analyse des *dossiers clos*. Ces données, outre l'apport qu'elles constituent pour une meilleure connaissance de ces adolescents, autorisent une lecture singulière du lien auteur/victime qui ouvre des pistes de compréhension de la dynamique à l'œuvre en regard de l'agir sexuel violent à l'adolescence ;
- la différenciation, au sein de la population actuelle d'adolescents engagés dans des agirs sexuels violents, de deux groupes distincts. Cette différenciation permet de soutenir la perspective d'une inscription de l'agir sexuel violent au sein du processus adolescent ;
- les réponses éducatives proposées, dont on peut faire l'hypothèse qu'elles s'appuient sur un système de représentations qui tend à surdéterminer les orientations psychoéducatives dans le champ judiciaire.

5. Voir note 3

6. Les dispositifs sur lesquels s'appuie cette contribution sont indiqués en italique.

Le lien auteur – victime : à la rencontre du même

Quelques éléments généraux seront présentés dans un premier temps, avant d'aborder plus spécifiquement la question du lien entre auteur et victime. Ces éléments sont issus, rappelons-le, de l'analyse de 110 dossiers clos recueillis auprès des services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. La collecte des données issues de ces dossiers a été réalisée à l'aide d'une grille de lecture précisant les items faisant l'objet de cette collecte⁷. Ces données ont ensuite été synthétisées et traduites sous forme de pourcentages.

La totalité des dossiers concernent des adolescents de sexe masculin, ce qui correspond à la tendance générale observée dans la pratique professionnelle auprès des adolescents auteurs, et se rapproche des données de la littérature⁸.

Le tableau 2 présente l'âge d'entrée dans le processus judiciaire. L'âge moyen d'entrée (taux de réponse : 96 %) est 15 ans et 8 mois, avec un écart de 18 ans entre l'entrée de l'adolescent le plus jeune (10 ans et 11 mois) et le plus âgé (29 ans – pour des faits commis pendant sa minorité, à l'âge de 17 ans; le décalage est lié à la possibilité d'un dépôt de plainte dans un délai de prescription favorable à la victime).

TABLEAU 2
Âge d'entrée dans le processus judiciaire

| âge | < 13 ans | 14 – 15 ans | 16 – 17 ans | > 18 ans |
|-----|----------|-------------|-------------|----------|
| % | 16 | 37 | 39 | 8 |

L'âge au moment des faits est présenté au tableau 3. L'âge moyen (taux de réponse : 32 %; cette donnée doit donc être considérée comme plus fragile en raison du faible taux de réponse) se situe à 14 ans et 3 mois, avec un écart de 9 ans entre le plus jeune (8 ans) et le plus âgé (17 ans). Par ailleurs, 48 % des adolescents avaient moins de 15 ans au moment des faits, et 52 % plus de 15 ans.

TABLEAU 3
Âge au moment des faits

| âge | < 10 ans | 11 – 13 ans | 14 – 15 ans | 16 – 17 ans |
|-----|----------|-------------|-------------|-------------|
| % | 2 | 26 | 49 | 23 |

On relève ainsi globalement un écart entre le temps de l'entrée dans le processus et le moment des faits de l'ordre de 1 an et 5 mois. La mise au jour de cet écart pose la question de la temporalité dans laquelle s'inscrit la réponse judiciaire, que l'on doit considérer au regard de différents facteurs :

7. Genre, âge (au moment des faits, au moment de l'entrée dans la procédure pénale), magistrat ouvrant la procédure (juge d'instruction, juge des enfants), type de mesure pénale, qualification des faits, lien auteur/victime, devenir judiciaire, situation de famille (parents, fratrie...).

8. Pour mémoire, l'étude Kail et Le Caisne (2002) conclut à une répartition de 1 fille pour 100 garçons.

- le temps du dépôt de plainte de la (ou des) victime(s), qui peut, de manière extrême, conduire à une mise en cause tardive (par exemple, la situation où l'entrée dans le processus est à l'âge de 29 ans) ;

- le temps de l'enquête policière avant saisie de la justice ;

- le temps de l'élucidation et de l'établissement des faits.

En contrepoint, on peut interroger la manière dont les adolescents engagés dans des agirs violents se trouvent en mesure de s'inscrire dans une temporalité judiciaire qui leur échappe, et qui contribue potentiellement à renforcer les vécus de passivité à l'adolescence. En écho, le temps d'accès à la plainte pour les victimes met en jeu leur capacité à investir une démarche active, face au vécu de passivité lié aux faits subis.

Quant à la nature des infractions commises (voir le tableau 4), elles sont à 38 % des crimes (viols) et à 62 % des délits (agression sexuelle). Les actes commis en groupe représentent 34 % des situations. D'une manière générale, on verra que les actes commis en groupe concernent plutôt les adolescents (à partir de 15 ans), alors que les actes commis de manière isolée sont davantage imputables aux préadolescents.

TABLEAU 4
Répartition en fonction de la nature de l'infraction

| infraction | délit | crime | en groupe |
|------------|-------|-------|-----------|
| % | 62 | 38 | 34 |

L'analyse des données concernant les victimes retiendra particulièrement notre attention (voir le tableau 5). Leur nombre (taux de réponse : 90 %) se situe entre 1 et 9 selon les adolescents.

TABLEAU 5
Répartition du nombre de victimes

| N | 1 | 2 | 3 | 4 et + |
|---|----|---|---|--------|
| % | 80 | 9 | 8 | 3 |

Le tableau 6 présente la répartition des victimes⁹ en fonction du genre (taux de réponse : 83 %). L'analyse de cette répartition met en évidence la part non négligeable de situations (environ 30 %) dans lesquelles la victime se trouve dans un lien homosexuel avec l'auteur, que celui-ci constitue un *choix* exclusif ou non.

TABLEAU 6
Répartition des victimes en fonction du genre

| genre victime (pour un auteur) | filles | garçon | filles et garçon |
|--------------------------------|--------|--------|------------------|
| % | 71 | 24 | 5 |

9. Rappelons que 100 % des auteurs sont de genre masculin.

L'analyse de l'âge des victimes (voir le tableau 7) se trouve entachée d'une imprécision du fait de la qualité des données contenues dans les dossiers consultés¹⁰. Elle montre cependant sans conteste que le choix d'une victime adulte reste tout à fait marginal (3 %), la grande majorité des victimes se trouvant dans l'âge de l'enfance ou de l'adolescence.

TABLEAU 7
Répartition des victimes en fonction de l'âge

| âge | - 15 ans | 15 – 18 ans | + 18 ans |
|-----|----------|-------------|----------|
| % | 92 | 5 | 3 |

Enfin, la prise en compte du lien existant entre l'auteur et la victime permet d'abord de déterminer la répartition entre victime connue (93 %) et non connue (7 %); ces résultats viennent confirmer les données de la littérature (tant en ce qui concerne les victimes d'adolescents que d'adultes, d'ailleurs). Ensuite, il est possible de noter la qualité du lien dans les situations où les victimes sont connues, selon qu'elles appartiennent à la famille (43 %) ou à l'environnement extrafamilial (57 %).

Le sous-groupe des victimes appartenant à la famille est constitué d'enfants de la fratrie, de la fratrie recomposée ou de cousinage (voir le tableau 8).

TABLEAU 8
Répartition des victimes connues intrafamiliales (43 %)

| nature du lien | incidence (%) |
|--------------------------------------|---------------|
| sœur | 32 |
| frère | 15 |
| demi-frère - demi-sœur | 19 |
| fratrie « recomposée » ¹¹ | 12 |
| cousin - cousine | 19 |
| nièce | 3 |

Le sous-groupe des victimes connues n'appartenant pas à la famille (voir le tableau 9) est constitué essentiellement de victimes en lien de proximité avec la famille (enfant gardé par la mère ou par l'adolescent, pour les plus jeunes) ou de pair (lien amical ou amoureux).

10. En l'absence de donnée précise sur l'âge de la (ou des) victime(s), il a fallu se contenter de la qualification des faits, qui comporte une mention de l'âge de la victime selon la seule distinction entre moins de 15 ans et plus de 15 ans.

11. Enfant du nouveau conjoint de l'un des deux parents.

TABLEAU 9
Victimes connues extrafamiliales (57 %)

| nature du lien | incidence (%) |
|-------------------------------|---------------|
| pair(e)s (hors lien amoureux) | 59 |
| lien amoureux (dont un ex) | 8 |
| lien autorité | 10 |
| autres enfants environnement | 15 |
| autres adultes | 8 |

Au regard de l'ensemble des données concernant le lien entre l'adolescent auteur d'infraction à caractère sexuel et la (les) victime(s), il est remarquable d'observer que l'agir sexuel violent implique, d'une manière ou d'une autre, auteur et victime dans une relation de même-té. Sans que ces critères ne soient cumulatifs, on peut noter qu'au minimum un élément de l'ordre du même vient organiser, pour chacun, ce lien entre auteur et victime : ce sera le rapport d'âge entre auteur et victime, la connaissance et l'appartenance de la victime au groupe des pairs, l'appartenance à la même fratrie (fratrie biologique ou recomposée) ou à la même famille. À partir de là s'ouvrent plusieurs pistes de compréhension de la singularité du choix de la victime, dans le temps de l'adolescence. Parmi celles-ci, l'accent sera mis, dans le fil des hypothèses de la recherche, sur :

- la place et l'importance de l'engagement du narcissisme (se reconnaître dans l'autre-même) dans l'expérience de la sexualité à l'adolescence, dont témoigne d'une certaine manière l'agir sexuel violent à l'adolescence, et la fonction de miroir que contient alors la scène sexuelle violente ;
- la fonction de réassurance de l'agir sexuel violent (contrôler le même-autre) face au risque de crise identitaire liée à l'effraction pulsionnelle de la puberté.

L'agir sexuel violent et le processus adolescent

L'analyse des données issues de la rencontre actuelle d'adolescents engagés dans des agirs sexuels violents permet d'affiner la compréhension de l'inscription psychodynamique de ceux-ci. Quelques données générales concernant cette population seront présentées dans un premier temps.

Sur les 20 adolescents rencontrés (19 garçons et une fille), seules les données concernant 17 d'entre eux sont exploitables. Les données psychosociales et criminologiques recueillies autorisent l'établissement de quelques repères :

- l'âge moyen au moment des faits est de 15 ans et 1 mois (faits commis de 10 à 17 ans) ;
- le nombre de victimes est de 2 au maximum (dans 16 situations sur 18, une seule victime est identifiée) ;

- les victimes sont connues dans 17 situations sur 18 (95 %) : victime intrafamiliale pour 38 %, extrafamiliale pour 62 % ;

- enfin, dans 80 % des cas, les victimes sont de genre féminin, dans 14 % de genre masculin et dans 6 % de genres masculin et féminin.

L'ensemble des données criminologiques autorise la partition de cette population en deux groupes distincts, dont on peut faire l'hypothèse qu'ils renvoient à des logiques psychiques distinctes, sous-tendues par une économie psychoaffective inscrite de manière singulière dans le processus adolescent. Ces deux groupes rassemblent 14 des 17 adolescents pour lesquels les données sont suffisamment consistantes pour être mises en perspective (voir la présentation synthétique de ces deux groupes dans le tableau 10).

TABLEAU 10
Présentation de deux groupes d'adolescents (agirs sexuels violents)

| critère | groupe I (n = 7) | Groupe II (n = 7) |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| âge moyen | 14 ans (de 10 à 16 ans) | 16 ans (de 15 à 17 ans) |
| nature de l'infraction | viol / agression | viol |
| fréquence des faits | répétés | isolés |
| commission des faits | seul | en groupe |
| nombre de victimes | une ou deux | une |
| genre de la victime | filles / garçon | filles |
| âge de la victime | prépubère | pubère |
| reconnaissance des faits | totale | partielle |
| écart de reconnaissance | non | oui |

Un troisième groupe, dont les éléments discriminants échappent à l'analyse, regroupe les trois adolescents qui ne font partie d'aucun des deux groupes. On peut néanmoins proposer une inclusion de ces trois adolescents au travers de la discussion d'une autre coupe de l'ensemble de la population, celle qui différencie les adolescents auteurs de viol, d'une part, de ceux auteurs d'agressions sexuelles, d'autre part.

Groupe I : des préadolescents en quête de réassurance

Le premier groupe est constitué de sept adolescents.

Ils sont *jeunes*, puisque la moyenne d'âge est de moins de 14 ans au moment des faits (de 10 à 16 ans).

Ils ont commis des actes qui ont fait l'objet d'une réitération pour près de la moitié d'entre eux.

Les faits commis se répartissent à peu près également entre agression sexuelle et viol.

L'écart dans la reconnaissance des faits entre les questionnaires proposés respectivement par le professionnel et par le chargé de recherche est limité, et la reconnaissance totale des faits domine la position subjective de ces adolescents.

Les victimes sont aussi bien des filles (7/10) que des garçons (3/10), elles sont exclusivement prépubères, âgées de 5 ans en moyenne, et elles présentent un écart d'âge avec l'auteur de 5 à 15 ans.

Le parcours judiciaire de l'adolescent est marqué par une absence de détention préventive, mais par un placement en famille d'accueil dans 3 cas sur 7.

La situation de Manuel, présentée ci-dessous, illustre la dynamique ouverte par l'agir sexuel violent dans cette première configuration.

Manuel, 17 ans

Manuel est un adolescent âgé de 17 ans au moment où il a été rencontré dans le cadre de la recherche. Il a été mis en examen quelques semaines auparavant pour des faits d'agression sexuelle¹² sur un garçon âgé de 7 ans, lié à la famille (enfant d'amis de sa mère), alors que lui même avait tout juste 16 ans.

Pendant les entretiens de recherche, Manuel se présente de manière passive, comme si l'engagement dans la démarche de recherche lui avait été imposé... Il se décrit comme un adolescent sans désir et sans envie.

Manuel est en difficulté pour prendre position à l'égard des faits qui lui sont reprochés, même s'il les reconnaît : c'est le caractère transgressif qu'il semble avoir du mal à envisager, ainsi que le caractère de contrainte à l'égard de la victime. La possibilité qui a été offerte à Manuel, dans le cadre de l'entretien avec le psychologue chargé de recherche, à l'aide d'un questionnaire élaboré spécialement pour la recherche, de se prononcer sur le vécu de l'acte par la victime lui permettra toutefois de témoigner d'un mouvement d'empathie a minima... et peut-être de construire les prémices d'une culpabilité. La victime « a eu peur », reconnaît Manuel, et « elle aura peur toute sa vie ».

Manuel ne peut pas dire grand-chose de son propre vécu de l'acte transgressif. Celui-ci s'est déroulé de manière isolée, à son domicile qui est celui de sa mère : en effet, ses parents sont séparés, et Manuel vit chez sa mère. L'agir sexuel transgressif s'est passé alors que Manuel était seul avec le jeune garçon. Voici ce que Manuel peut en dire : « je lui ai demandé de venir avec moi. Après, je lui ai demandé de me toucher. Après, on est allé encore un peu plus haut; et il m'a masturbé, c'est tout ». Manuel indique avoir éprouvé du plaisir lors de ces attouchements.

12. On distingue en France, pour les mineurs comme pour les majeurs, deux types d'infractions à caractère sexuel : les viols, qui entrent dans la catégorie des crimes (infractions les plus graves), et qui désignent toute atteinte sexuelle impliquant une pénétration (quelle que soit la partie du corps pénétrée, quel que soit le vecteur de la pénétration), et les agressions sexuelles, qui entrent dans la catégorie des délits, et qui recouvrent l'ensemble des faits d'atteinte sexuelle sans pénétration (attouchements, exhibitions...).

Groupe II : des adolescents en quête de sens

Le second groupe est également constitué de sept adolescents.

Ils sont plus âgés, puisque la moyenne d'âge de ce sous-groupe est de 16 ans (de 15 à 17 ans).

Leur mise en examen concerne exclusivement des faits de viol.

Ils présentent un écart significatif dans la reconnaissance dont ils peuvent témoigner à l'égard des faits qui leur sont reprochés, entre le questionnaire proposé par le professionnel et celui proposé par le chargé de recherche, et aucun d'entre eux ne peut reconnaître sans réserve son implication dans les faits qui lui sont reprochés.

Les victimes sont toutes des filles, elles ont en moyenne 14 ans (elles peuvent être considérées comme des pairs) et présentent de 1 à 4 ans d'écart d'âge avec les auteurs.

Le parcours judiciaire est marqué par une détention préventive dans 3 cas sur 7 ; pour 4 sur 7, ils participent à la recherche avant le prononcé du jugement.

La situation de Didier, présentée ci-dessous, illustre la dynamique propre aux adolescents de ce second groupe.

Didier, 17 ans

Didier est un adolescent de 17 ans, qui se présente sur un versant assez immature. Il paraît livré à lui-même, sans scolarité ni formation, au moment où il est rencontré.

Didier est mis en examen pour des faits de viol en groupe, commis peu avant ses 16 ans. Il présente l'accord qu'il a donné pour participer à la recherche comme l'occasion de faire une expérience, disant qu'il n'a rien à perdre. Il n'est pas encore jugé pour les faits qui lui sont reprochés.

Didier ne reconnaît que de manière très partielle les faits de viol pour lesquels il est mis en examen. Ces faits consistent en une participation, en groupe, à une fellation imposée à une jeune fille de son quartier, âgée de 15 ans et connue de Didier. Didier reconnaît avoir pratiqué des attouchements sur la victime dans le contexte d'un chahut d'adolescents, mais dit ne pas être impliqué dans la contrainte à une fellation sur la jeune fille. Didier remet en question les dépositions de la victime, qui aurait changé de version dans ses différentes déclarations.

Didier ne peut exprimer de sentiments particuliers autour de l'acte. Il dit n'avoir rien éprouvé, ni avant, ni pendant, ni après les faits. Il banalise sa participation, indiquant qu'il est ensuite rentré chez lui – c'était le soir de l'anniversaire de sa mère. Il pensait qu'il n'entendrait plus jamais parler de cette histoire.

Voilà comment Didier relate les faits : « un des garçons a attrapé la fille, l'a jetée par terre. Un autre a attrapé sa jambe, donc il a fait tomber son pantalon et sa culotte en relevant la jambe... Moi je suis arrivé et je lui ai mis une claque sur ses fesses. Après ils l'ont lâchée et elle s'est rhabillée. Elle est restée là, nous aussi, et après chacun est

rentré chez soi». Dans le récit de Didier, il faut comprendre que les faits qui lui sont reprochés se seraient déroulés avant son arrivée.

La définition de ces deux groupes permet d'entrevoir une modélisation des enjeux de l'agir sexuel violent en fonction des critères qui le déterminent.

Pour les adolescents du groupe I, on peut relever que le choix d'une victime prépubère, et indifférenciée le cas échéant dans son appartenance de genre, inscrite dans des réseaux de lien intra- ou extrafamiliaux, vient tout particulièrement mettre à l'épreuve les organisateurs fondamentaux de la différence que sont la différence des sexes et la différence des générations. L'enjeu de ce registre d'agir sexuel violent, dont la fonction première serait de contribuer à une confortation narcissique dans les premiers temps de l'adolescence, peut alors être décrit autour de deux axes :

- se déterminer comme sujet sexué face au débordement pulsionnel de l'adolescence (garçon *ou* fille) ;
- construire sa place comme maillon d'une chaîne au plan des générations (enfant *ou* adulte).

Pour les adolescents du groupe II, le choix d'une victime pubère, paire de l'adolescent, dans un dispositif de violence en groupe, met à l'épreuve tout à la fois les modalités d'investissement du couple activité/passivité (dont on connaît la sensibilité pendant l'adolescence) et la construction dans le regard de l'autre (la violence en groupe possède cette spécificité de mettre en jeu de manière privilégiée le regard, entre *voir* et *être vu*). L'enjeu de ce registre d'agir sexuel violent, dont la fonction semble pouvoir être repérée en termes de lutte contre l'effondrement, serait alors, pour l'adolescent :

- d'éprouver l'étrangeté des transformations corporelles en se confrontant au corps des autres garçons (rencontre du *même*) et à l'énigme du corps féminin ;
- de se soutenir face au risque d'un lâchage narcissique (risque d'effondrement identitaire majeur dans le contexte du bouleversement lié à la puberté), en référence à la définition que propose Balier du *recours* à l'acte (1996).

Ainsi peut-on considérer que l'agir sexuel violent ferait partie d'une modalité d'aménagement face au risque de la passivation (Jeammet, 2002) liée à l'irruption pulsionnelle (Gutton, 1991) à l'adolescence. Cette modalité d'aménagement prendrait des formes différenciées en fonction de l'économie psychique des adolescents et du type de problématique psychoaffective à *traiter* : menace pour le narcissisme *versus* risque d'effondrement et de désorganisation psychique.

D'une manière générale, on peut considérer que l'agir sexuel violent témoigne de l'échec de l'investissement d'une sexualité génitale.

L'agir sexuel violent marque le primat du narcissisme et le *déni* de la rencontre de l'autre face au risque de la rencontre de la différence.

Dans l'agir sexuel violent, la sexualité s'exprime dans un registre infantile, dominé par le double enjeu pénétré/être pénétré (au sens de l'épreuve de la continuité de l'enveloppe somato-psychique, qui prend forme dans la constitution d'un Moi-peau

suffisamment fiable), au détriment de l'investissement du plaisir (de soi, de l'autre) dans un contexte d'une suffisante différenciation des identités.

On peut envisager l'agir sexuel violent dans sa contribution à un processus de maturation, dans la mesure de l'appel au tiers contenu potentiellement dans l'acte (on peut en particulier insister sur l'appel à l'interdit, dont l'expression peut venir témoigner d'un écart face au risque de *l'impasse narcissique*, c'est-à-dire d'un repli sur les besoins propres de l'adolescent).

Les réponses éducatives et soignantes : le risque de la confusion ?

L'analyse des entretiens avec les éducateurs met en évidence, de manière constante, que l'agir sexuel violent à l'adolescence est vécu comme une énigme à décrypter. Dans ce contexte, il s'avère difficile pour les professionnels d'aborder l'engagement de l'adolescent dans les faits reprochés et d'élaborer le sens de ces agirs dans le développement de sa personnalité.

On peut noter qu'une différence dans la prise en compte de ces situations se dessine selon le type d'agir sexuel violent (en fonction de l'appartenance de l'adolescent à l'un des deux groupes, I ou II, tels qu'ils ont été déterminés) :

- à l'égard des adolescents du groupe I, on observe une forme de sidération des professionnels ; les faits reprochés aux adolescents appellent la figure du monstrueux, particulièrement dans la dimension *pédophilique* de ceux-ci, et engagent chez les professionnels un double mouvement de protection et de soin ;

- à l'égard des adolescents du groupe II, on relève davantage une position d'ambiguïté des professionnels, pris entre la gravité des actes et leur banalisation (il s'agit de pratiques sexuelles entre adolescents), au nom d'une forme d'initiation sexuelle qui pourrait passer par l'expression d'une violence certes inacceptable, mais dont la dimension rituelle pourrait être évoquée.

L'analyse des données relatives aux parcours judiciaires et éducatifs des adolescents de chacun des groupes amène un autre point de vue sur l'écart des représentations sous-tendant l'accompagnement des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents. En effet, les réponses apportées au travers de la procédure judiciaire et des choix éducatifs et soignants témoignent de cet écart.

Pour les adolescents du groupe I, lorsque la nécessité d'un éloignement de la famille apparaît (faits commis au sein de la fratrie ou dans la famille proche), le placement est réalisé, à la demande du magistrat (le plus souvent il s'agit du juge des enfants), dans une famille d'accueil. L'ensemble des mesures mises en œuvre favorise une démarche de compréhension du sens des agirs violents (mesures d'investigation sociale, éducative et psychologique), et les adolescents concernés sont soutenus dans leur engagement au sein d'un dispositif de soins.

Pour les adolescents du groupe II, on observe que des mesures d'incarcération sont décidées de manière presque systématique par le magistrat (juge d'instruction

ou juge des enfants), alliées à des mesures que l'on pourrait qualifier de *sécuritaires* (contrôle judiciaire en particulier). Dans ce contexte, il s'avère extrêmement difficile, voire impossible, de penser un accompagnement psychologique pour ces adolescents au regard de la prégnance de démarches dominées par la répression et l'exclusion.

Deux hypothèses peuvent être proposées pour tenter de comprendre la manière dont s'opère la partition des modalités de prise en charge de chacun de ces groupes d'adolescents.

D'une part, on peut penser que les professionnels confrontés à des adolescents mis en cause pour des infractions à caractère sexuel se trouvent pris dans une forme de *confusion des langues* (Ferenczi, 1933) dans la rencontre de l'agir sexuel violent à l'adolescence. Pour Ferenczi, la confusion des langues résulte d'un écart entre le registre d'expression de la sexualité de l'enfant (registre de la sexualité infantile) et l'interprétation que l'adulte va en faire (dans le registre de la sexualité génitale adulte). Si la confusion des langues ouvre un lien pathologique entre l'adulte et l'enfant, il convient d'en préciser les contours dans la clinique adolescente qui nous intéresse ici. En effet, dans ce cadre, tout, chez l'adolescent rencontré, peut donner l'illusion de l'accès à une maturité qui inscrirait l'agir sexuel transgressif dans le registre de la sexualité génitale : l'accès à la puberté, l'exercice d'une sexualité *comme les adultes*, la revendication d'une forme d'autonomie qui vaudrait en quelque sorte pour une maturité adulte. Or, l'analyse des examens psychologiques réalisés avec les adolescents témoignera sans conteste de la fragilité de leur organisation psychoaffective et de la précarité de l'accès à la génitalité (Roman et al., 2009). Ainsi, les professionnels se trouveraient comme abusés, à leur insu, dans la rencontre avec les adolescents, et comme pris, pour leur propre compte, dans une excitation qui mobilise l'intime de leurs engagements dans le registre de la sexualité.

D'autre part, on peut considérer que le retrait affectif, souvent massif, des adolescents à l'égard des faits qui leur sont reprochés gèle, pour une bonne part, la possibilité pour les professionnels de soutenir un travail de mise en représentation avec l'adolescent en appui sur un éprouvé partagé qui pourrait constituer un fond d'expérience à partir duquel pourrait se déployer une posture d'accueil et de transformation.

La clinique de l'agir sexuel violent à l'adolescence : une clinique à décrypter

Plusieurs aspects méritent d'être discutés à partir des éléments précédemment rapportés.

1 - Au plan clinique, la rencontre avec les adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel est caractérisée par une absence d'expression d'affects, tout particulièrement concernant l'acte transgressif qui leur est reproché. Tout se passe comme si l'adolescent était absent de la scène de l'acte, ne manifestant qu'une préoccupation minimale pour la situation de la victime, alors même que, dans la plupart des cas, celle-ci fait partie des réseaux de liens affectifs ou, à tout le moins, des réseaux de

sociabilité de l'adolescent. Cette difficulté de reconnaissance de la victime peut être comprise comme le signe d'une difficulté pour l'adolescent à se construire dans les différents organisateurs de la différence (moi/ non-Moi, différence des sexes, différence des générations).

2 – Au plan de la place de l'agir sexuel violent dans le processus adolescent, la distinction entre les deux groupes au sein de la population d'adolescents rencontrés laisse entrevoir la dimension non univoque de sa fonction : réassurance *versus* lutte contre l'effondrement. Chacune de ces configurations renvoie, au fond, à une solution spécifique dans la gestion de la dynamique activité/passivité, dont on connaît l'acuité à l'adolescence : éprouver le vécu de passivité en l'imposant à l'autre (*projection* dans la contrainte sexuelle imposée à l'enfant prépubère) ou éprouver de manière alternative les positions actives et passives (*externalisation* d'une dynamique psychique sur la scène de l'agir sexuel violent en groupe).

3 – Au plan des parcours de prise en charge des adolescents, les écarts dans les choix portés par les différents professionnels ou les différentes institutions du champ socio-judiciaire peuvent être considérés comme des analyseurs de l'effet de la rencontre de la violence sexuelle des adolescents. Les parcours mis en œuvre portent la trace d'un sentiment d'incompréhension, qui se traduit le plus souvent par une mise à distance de la scène de l'acte sexuel violent. Cette mise à distance va, dans certaines situations, confiner à une position de déni de la spécificité de ces agirs, considérés abusivement comme relevant d'un registre génital de la sexualité et, dans tous les cas, interroger le cadre de référence des pratiques.

Les différentes avancées dans la compréhension des enjeux psychodynamiques des agirs sexuels violents et de leur inscription intersubjective appellent quelques propositions pour la pratique professionnelle éducative et soignante dans le champ socio-judiciaire. On peut distinguer à ce titre les propositions qui concourent à la compréhension de la dynamique psychique de l'adolescent de celles qui contribuent aux processus de transformation et de changement, même si l'on peut aisément faire l'hypothèse d'un emboîtement de ces deux registres de démarches, dans la mesure où une juste préoccupation pour l'adolescent contient en soi une potentialité soignante.

Au plan de la compréhension du sens de l'agir sexuel violent :

- en premier lieu apparaît la nécessité d'élaborer les conditions d'un travail des professionnels sur les représentations du sexuel et de la sexualité, afin que chacun puisse se dégager suffisamment des effets de sidération et de leurre engagés dans la rencontre avec les adolescents ;

- en second lieu, on peut souligner l'intérêt de considérer l'utilisation d'un outil de médiation lors de la rencontre des adolescents engagés dans des agirs sexuels violents – cet outil a pris ici la forme d'un questionnaire adapté du QICPAAS (Balier et al., 1997). L'introduction d'un tel outil de médiation permet d'abord au professionnel de se dégager des enjeux transférentiels massivement appelés par la rencontre de la sexualité à l'adolescence par l'utilisation d'un dispositif méthodologique standardisé

(contenir l'excitation, ouvrir un espace de parole sur l'acte) ; l'outil assure également un support pour une mise en représentation possible de l'agir sexuel violent et des éléments contextuels qui éclairent les conditions de sa survenue (systématisation de l'investigation des différents secteurs d'investissement de l'adolescent, expression d'une attention aux lieux de souffrance de l'adolescent...).

Au plan de l'accompagnement de l'adolescent :

- en premier lieu, on ne peut qu'insister sur la promotion de dispositifs qui visent moins à favoriser une contention (au travers de l'enfermement et du contrôle) qu'une contenance (qui s'actualise par une préoccupation et le soutien du travail du sens), en particulier à l'égard des adolescents qui peuvent paraître comme les moins *accessibles* aux soins (les adolescents du groupe II). La mise en œuvre d'une telle posture de travail auprès de l'adolescent repose sur la promotion du travail pluridisciplinaire, au service du sujet, reconnu comme tel dans son humanité ;

- en second lieu, il convient de soutenir la mise en place de dispositifs de prise en charge soignante qui prennent appui sur la dimension du *groupe* (groupe thérapeutique, avec ou sans médiation, psychodrame, groupe de parole...), dans la mesure où le groupe devient un soutien du travail de mise en représentation, par le recours à l'investissement d'une scène *externe*, sur laquelle peuvent se déployer les scénarios internes, au travers de l'expérience de la confrontation au regard de l'autre, dans un espace protégé.

Bibliographie

- Balier, C. (1990). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris, France : P.U.F.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, France : P.U.F.
- Balier, C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M. (1997). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. Paris, France : Direction générale de la santé, ministère de la Santé.
- Ciavaldini, A. (1998). Caractéristiques de l'enfance et de l'adolescence du délinquant sexuel. *Adolescence*, 16(1), 127-135.
- Ferenczi, S. (1933/1982). Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. *Œuvres Complètes Psychanalyse 4*. (pp. 125-138). Paris, France : Payot.
- Guillaumin, J. (2001). *Adolescence et désenchantement*. Bordeaux, France : L'Esprit du Temps.
- Gutton, P. (1991). *Le pubertaire*. Paris : P.U.F.
- Jeammet, P. (2002). La violence : Une réponse à une menace sur l'identité. In O. Halfon, F. Ansermet, J. Laget & B. Pierrehumbert (Éds.), *Sens et non-sens de la violence* (pp. 179-211). Paris, France : P.U.F.
- Haesevoets, Y.-H. (2001). Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : De la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive (pp. 447-483). *Psychiatrie de l'Enfant*, XLIV (2) Paris, France : P.U.F.

Jacob, M., Mckibben, A. & Proulx, J. (1993). Étude descriptive et comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels. *Criminologie*, 26(1), 133-163.

Jaïtin, R. (2006). *Clinique de l'inceste fraternel*. Paris, France : Dunod.

Kail, B., & Le Caisne, L. (2002). *Les violences sexuelles commises ou subies*. Les auteurs et les victimes accueillies à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Ministère de la Justice (non publié).

Lafortune, D. (2001). Abus sexuel juvénile et délinquance juvénile à la lumière des antécédents personnels et familiaux. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique*, 54 (3), 299-317.

Marshall, W. L (1994). Pauvreté des liens d'attachement et déficience dans les rapports intimes chez les agresseurs sexuels, *Criminologie*, 27 (2), 55-69.

Roman, P. (2004). La violence sexuelle et le processus adolescent. Dynamique des aménagements psychiques des auteurs aux victimes de violence sexuelle. L'apport des méthodes projectives. *Psychologie Clinique et Projective*, 10, 113-146.

Roman, P., Ravit, M., Guyon, A., & Payet, J. (2009). Cinsel Sıddet Uygulayan Ergenlerin Psikodinamigi ; Klinik ve Projektif Bir Yaklasim (Psychodynamique des agirs sexuels violents à l'adolescence : Une approche clinique et projective, *Yansitma*, 11-12, 37-60.

Sélosse, J. (1996). Les conduites transgressives des adolescents (analyse de leurs représentations). In R. Feger (Éd.), *Désordre, rupture, échec* (pp. 75-94). Québec, Canada : Presses Universitaires du Québec.

ÉVALUATION DES EFFETS D'UNE THÉRAPIE DE GROUPE POUR ADOLESCENTS AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES^{1, 2}

Sarah Viens, Marc Tourigny, Fabienne Lagueux et Étienne Loméga

Résumé

Cette étude évalue les effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. Un devis quasi expérimental de type pré-test – post-test avec groupe contrôle non équivalent a été utilisé. Les sujets du groupe contrôle ($n = 22$) reçoivent des services traditionnels d'un centre jeunesse du Québec. Les sujets du groupe expérimental ($n = 29$) ont participé à une thérapie de groupe spécialisée pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles d'une durée de 22 semaines, en plus de recevoir les services traditionnels. Tous les participants ont été rencontrés pour une entrevue semi-structurée et ont rempli huit questionnaires de type auto-rapporté. Une première série d'analyses visant à explorer l'équivalence des deux groupes sur les 33 variables dépendantes démontre que les deux groupes diffèrent sur seulement quatre variables. Des analyses de variance à mesures répétées ont démontré que le groupe expérimental ne s'améliore pas davantage que le groupe contrôle sur la grande majorité des variables testées. Diverses hypothèses, liées à la thérapie, aux caractéristiques des adolescents et à la méthodologie de l'étude sont discutées pour expliquer le peu d'effets associés à la thérapie.

Abstract

This study evaluates the effectiveness of a group therapy for juvenile sex offenders. A quasi experimental pre-test/post-test research design including a comparison group has been conducted. The subjects of the control group ($n = 22$) received traditional services from a Quebec Youth Center. The subjects of the experimental group ($n = 29$) participated in a 22 weeks group specialized treatment and also received services from the Youth Centers. All of the participants completed a semi-structured interview and 8 questionnaires of the self-assessment type. A first series of analyses aiming to explore the differences between the two groups has been conducted. It shows that the

1. Pour citer ce chapitre : Viens, S., Tourigny, M., Lagueux, F., & Étienne, L. (2011). Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agression sexuelle. In M. Tardif (Éd.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, Cifas 2009. Textes choisis*, (pp. 307-327). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca>

2. Cette recherche a bénéficié d'un soutien financier du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS) et du Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'abus sexuel à l'endroit des enfants (PRIMASE).

two groups are similar on all but 4 of the 33 dependent variables. Repeated measures analyses of variances have then showed that the experimental group did no better than the control group on the majority of the tested variables. Hypothesis concerning the therapy itself, the subjects and the design of the study are discussed regarding the results of the evaluation.

Introduction

Les adolescents auteurs d'agressions sexuelles (AAAS) constituent un sujet de recherche plutôt récent résultant du développement de l'étude des adultes agresseurs sexuels. En effet, des recherches ont démontré que plus de la moitié des agresseurs sexuels adultes reconnaissent avoir développé une fantasmagorie sexuelle déviante dès l'adolescence (Fanniff & Becker, 2006) et que de 50 à 80 % de ceux-ci auraient commis leurs premiers gestes sexuels abusifs à l'adolescence (Reitzel & Carbonnell, 2006). De plus, une étude pancanadienne ayant recueilli des données auprès d'un échantillon représentatif des corps policiers démontre que sur cinq agressions sexuelles déclarées, une est commise par un adolescent, bien que ce groupe d'âge ne représente que 10 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2003). Dans la plus récente enquête longitudinale auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents canadiens, près de 4 % des garçons de 12 à 15 ans affirment avoir commis des gestes d'agressions sexuelles. Ainsi, 3,3 % d'entre eux ont « fait des attouchements sexuels à quelqu'un contre son gré » et 1,3 % reconnaissent avoir « forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles ». Ce taux représente quelque 26 800 garçons ayant commis une infraction sexuelle (Statistique Canada, 2003).

L'intervention précoce, dès l'adolescence, est ainsi devenue une préoccupation importante des praticiens du domaine des agressions sexuelles. Ce changement d'attitude de la part des professionnels – qui considéraient traditionnellement ces gestes comme une exploration normale de leur sexualité émergente, ou encore comme des problèmes de comportements liés à la crise d'adolescence – a amené l'élaboration et la mise sur pied de divers programmes d'intervention auprès des adolescents ayant commis une agression sexuelle, tant au Québec (Lafortune, Tourigny, Proulx, & Metz, 2007) qu'ailleurs dans le monde occidental (Moore, Crumpton Franey, & Geffner, 2004).

En 1999, il existait au Canada plus de 60 milieux d'intervention offrant des traitements spécialisés aux AAAS (Lagueux & Tourigny, 1999). Au Québec, les AAAS sont admis dans le système des centres jeunesse sous la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) ou la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA). Des services psychosociaux et de réadaptation leur sont généralement offerts, sur une base individuelle. Selon Lafortune et al. (2007), il existerait au Québec neuf centres de thérapie offrant des interventions de groupe et individuelles à cette population. Trois sont à vocation pédopsychiatrique ; les six autres centres opèrent dans des organismes com-

munautaires ou des centres jeunesse et offrent de l'intervention de groupe basée sur un modèle psychoéducatif ou sexologique.

Les interventions de groupe pour cette clientèle sont préconisées par la plupart des cliniciens du domaine (Efta-Breitbach & Freeman, 2004; McGarvey & Lenaghan, 1998). En effet, par rapport à la thérapie individuelle, ce type de thérapie présente certains avantages pour la clientèle adolescente. Ainsi, les adolescents seraient plus sensibles aux pressions manifestées par les pairs et plus ouverts à la confrontation en compagnie des gens dans la même situation qu'eux. Enfin, ce type de thérapie réduirait l'isolement social et serait favorable à l'amélioration de la communication et des habiletés sociales déficientes chez cette population (McGarvey & Lenaghan, 1998; Newbauer & Blanks, 2001).

La plupart des thérapies destinées aux AAAS sont offertes en milieu communautaire; un seul milieu propose un traitement de type résidentiel à des adolescents hébergés au centre (Lafortune et al, 2007). D'un point de vue sociétal, les thérapies en milieu externe offrent un avantage économique indéniable, puisqu'elles coûtent moins du dixième du prix d'une thérapie résidentielle (Kahn & Chambers, 1992). Les thérapies résidentielles, plus rares, sont réservées à une clientèle dont les difficultés sont jugées plus sévères. Dans le cadre de cet article, l'expression « en milieu communautaire » sera utilisée afin de désigner une thérapie offerte en dehors d'un milieu résidentiel.

Efficacité des thérapies de groupe en milieu communautaire

Malgré la prolifération des programmes thérapeutiques destinés aux AAAS depuis les années 1980, il existe encore peu d'études évaluant les thérapies en regard de leur efficacité (Reitzel & Carbonnell, 2006). Trois recensions et une méta-analyse portant sur les thérapies destinées aux AAAS ont été dénombrées : Fanniff et Becker (2006) ont recensé 15 études; Lagueux (2006) a recensé 16 études; Walker, McGovern, Poey et Otis (2004) ont recensé 10 études; Worling et Curwen (2000) ont recensé 10 études pour leur méta-analyse. Ces recensions n'ont toutefois pas fait de distinctions entre les thérapies individuelles et de groupe, ni entre les différents milieux offrant les thérapies (résidentiel comparativement à milieu communautaire).

Afin de déterminer l'efficacité spécifique des thérapies de groupe pour AAAS en milieu communautaire, nous avons effectué une recension de 16 études ayant évalué les effets de ce type de thérapie. Le tableau 1 présente les principaux résultats de cette recension.

TABLEAU 1
Caractéristiques des études évaluatives recensées portant sur les thérapies de groupe pour AAAS en milieu communautaire

| Étude # | ÉCHANTILLON | | | INTERVENTION | | | | RÉSULTATS | | |
|---------------------------|------------------|-----------|--------|----------------|------|-------------|--------------------------|----------------------------------|--|--|
| | N étude Exp-Comp | Âge | Viol % | Taux abandon % | Déni | Recrutement | Durée moyenne (semaines) | Source de mesure de la récidence | Taux récidence sexuelle (%) Suivi (mois) | Taux récidence criminelle (%) Suivi (mois) |
| DEVIS EXPÉRIMENTAUX | | | | | | | | | | |
| 1 | 16 8-8 | 14 | 63 | 38 | NS | 2 | 4-30 | 2 | 13; 37 75 | 25; 37 50 |
| 2 | 30 18-12 | 16 | NS | 10 | 0 | 1+2 | 10 | NS | NS | NS |
| DEVIS QUASI EXPÉRIMENTAUX | | | | | | | | | | |
| 3 | 155 46-109 | 14 | 24 | 22 | NS | 2 | 20 | 2 | 2; 0-36 4 | 24; 0-36 18 |
| 4 | 73 54-19 | 14 | 28 | 2 | 0 | 2 | 30 | NS | NS | NS |
| 5 | 119 50-69 | NS | NS | NS | 0 | 1+ 2 | 4+ | 2 | 0; 168-288 8 | 8; 168-288 17 |
| 6 | 148 58-90 | 16 | NS | 31 | NS | 1+ 2 | 104 | 2 | 5; 72 18 | 19-21; 72 32-50 |
| DEVIS PRÉ-EXPÉRIMENTAUX | | | | | | | | | | |
| 7 | 24 | 16 | NS | 0 | 95 | 2 | NS | NS | NS | NS |
| 8 | 52 | 13- 18 | NS | 55 | NS | NS | NS | 1+ 2 | 10; 12 | NS |
| 9 | 220 | 12- 18 | NS | NS | NS | 2 | NS | 2 | 15; 7-106 | 51; 7-106 |
| 10 | 221 | 15 | 33 | NS | 4 | NS | 10-110 md=27 | 2 | 8; 20 | 45; 20 |
| 11 | 6 | 14-20 | NS | 0 | NS | 2 | 12 | NS | NS | NS |
| 12 | 10 | 13-17 | 50 | 0 | 0 | 1+2 | 16 | 1 | 0; 6 | NS |
| 13 | 21 | 15 | NS | NS | NS | NS | 25 | 1+ 2 | 14; 12-57 | NS |
| 14 | 21 | 14-21 | NS | NS | 0 | 1+ 2 | 39-52 | 1 | 0; 12-48 | NS |
| 15 | 21 | 13-18 | NS | NS | NS | 2 | 12 | NS | 5; 36 | NS |
| 16 | 112 | 14 | 42 | NS | NS | 1+2 | NS | 2 | 14; 17-49 | 35; 17-49 |

NS : non spécifié

Recrutement : 1= auto-références, 2=références professionnelles

Mesure d'efficacité : 1 =auto-rapportée, 2= dossiers criminels ou de protection

Le tableau 1 souligne certaines limites méthodologiques menaçant la validité interne et externe des études, ce qui rend difficile de tirer des conclusions définitives sur leur efficacité. Ces limites concernent d'abord la faiblesse des devis, car seulement le tiers des études ont recours à un groupe contrôle, puis le petit nombre de sujets, ce qui diminue notamment la puissance statistique des analyses. L'examen de ces études permet d'identifier d'autres limites : des périodes de suivi très courtes, un manque d'uniformité dans la mesure de la récurrence, un manque d'informations sur les taux d'abandon et de participation à l'étude, un manque d'informations sur le niveau d'implantation de la thérapie (niveau de participation et durée).

Les taux de récurrence sexuelle ou non sexuelle constituent les mesures d'efficacité utilisées dans la majorité des études (11 études) et proviennent pour la plupart de données officielles (9 études). Les taux de récurrence sexuelle varient de 0 à 15 % chez les groupes ayant reçu de la thérapie de groupe, pour des périodes de suivi allant de 0 à 24 ans. Le taux de récurrence criminelle non sexuelle des groupes ayant reçu la thérapie varie pour sa part de 8 à 51 % dans les sept études l'ayant mesurée.

Trois des quatre études comparant le groupe expérimental à un groupe contrôle en regard de la récurrence sexuelle et non sexuelle démontrent que la thérapie diminue de façon statistiquement significative le taux de récurrence sexuelle et non sexuelle comparativement au groupe ne recevant pas de thérapie (Borduïn & Henggeler, 1990; Seabloom, Seabloom, Seabloom, Barron & Hendrickson, 2003; Worling & Curwen, 2000).

Les études qui s'intéressent à d'autres effets que les taux de récurrence sont au nombre de quatre. En 1992, Graves, Openshaw et Adams ont effectué une étude comportant un devis expérimental auprès de 30 AAAS. Les 18 participants du groupe expérimental recevaient, en plus du traitement individuel traditionnel dont bénéficiaient les participants du groupe contrôle, un programme de groupe d'entraînement aux habiletés sociales. Les chercheurs concluent à des améliorations plus importantes aux plans des habiletés sociales, de la communication parent-enfant, des problèmes comportementaux et du concept de soi chez les participants à la thérapie de groupe comparativement au groupe contrôle.

L'étude quasi expérimentale de Lagueux (2006) a permis d'évaluer auprès de 54 adolescents les effets d'une thérapie de groupe spécialisée à cibles multiples qui s'ajoutait aux services traditionnellement offerts par les centres jeunesse aux AAAS. Les cibles d'intervention de la thérapie ont été mesurées avant et après la thérapie à l'aide de 13 instruments. L'étude conclut que la thérapie de groupe n'apporte pas d'avantages additionnels aux participants, puisque le groupe expérimental ne se distingue du groupe contrôle que sur deux sous-échelles du Questionnaire de compréhension des gestes (Perron, Lagueux & Wright, 1999). De plus, les sujets du groupe contrôle s'améliorent davantage que ceux du groupe expérimental en ce qui concerne l'attitude de l'adolescent dans sa perception de sa relation avec son père.

Dans une étude utilisant un devis pré-expérimental (pré et post traitement) auprès de six AAAS, Laforest et Paradis (1990) ont pour leur part évalué trois composantes d'un traitement spécialisé de groupe, soit les connaissances sexuelles, l'éducation (attitudes relativement à la sexualité et aux relations interpersonnelles) et la croissance personnelle. À l'aide de questionnaires non standardisés et d'entrevues avec les intervenants ayant offert la thérapie de groupe, les chercheurs ont conclu à des améliorations sur les trois composantes étudiées.

Enfin, l'équipe de Becker, Kaplan et Kavoussi (1988) s'est intéressée à l'étude des intérêts sexuels déviants chez 24 AAAS. Dans cette étude comportant un devis pré-expérimental, une évaluation plétysmographique a été effectuée avant et après la thérapie éclectique, dont une des composantes était une thérapie de groupe. L'étude démontre une diminution statistiquement significative des intérêts sexuels déviants entre les deux temps de mesure, mais seulement auprès des AAAS ayant commis des agressions sexuelles à l'encontre de victimes masculines.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les effets d'une thérapie de groupe pour des adolescents ayant commis des agressions sexuelles. En fonction des limites méthodologiques identifiées lors de notre recension, cette étude propose d'inclure un groupe contrôle, d'utiliser des instruments standardisés mesurant les objectifs spécifiques de la thérapie, de documenter le niveau de participation à la thérapie et de mesurer les effets proximaux de la thérapie plutôt que la récidive.

Deux objectifs secondaires s'ajoutent à l'évaluation des effets de la thérapie. Il s'agit tout d'abord de dresser le portrait des participants à l'étude, des gestes commis et de leurs victimes, puis de documenter l'implantation de la thérapie de groupe.

Méthodologie

Devis de recherche

Un devis quasi expérimental avec un plan de type pré-test – post-test avec un groupe traitement et un groupe contrôle non équivalent a été utilisé. Les sujets des deux groupes ont été répartis selon leur région d'origine, mais ils ont tous bénéficié d'un suivi psychosocial traditionnel en centre jeunesse relativement aux agressions sexuelles commises. Seul le groupe expérimental participe à une thérapie de groupe spécialisée pour AAAS offerte dans sa région.

Échantillon

Pour être admissibles à l'étude, les adolescents devaient répondre aux quatre critères suivants : a) être de sexe masculin et être âgé de 11 à 18 ans ; b) ne pas présenter de déficience intellectuelle moyenne ou sévère ; c) être pris en charge par la protection

de la jeunesse ou soumis à la Loi des jeunes contrevenants à la suite d'une agression sexuelle qui a été jugée fondée ; et d) reconnaître minimalement les agressions sexuelles commises. En plus de ces critères, les adolescents du groupe contrôle ne devaient pas recevoir de services de thérapie de groupe. La participation à la recherche était volontaire, et tous les adolescents étaient informés de leur possibilité de participer ou non, sans préjudice quant aux services futurs à recevoir. Les participants recevaient un chèque-cadeau de 15 dollars d'un magasin de musique pour leur participation à l'étude.

Le groupe expérimental comptait un total de 42 sujets au départ (pré-test), répartis dans cinq cohortes de traitement. Le taux d'abandon pour le groupe expérimental est de 31 %, 13 des 42 sujets ayant débuté l'étude ont abandonné ou n'ont pu être recontactés lors du post-test. Le groupe expérimental compte donc un nombre final de 29 sujets ayant complété le pré et le post-test.

Le groupe contrôle comptait pour sa part 34 sujets ayant été évalués lors du pré-test. Par la suite, 12 d'entre eux ont abandonné avant le deuxième temps de mesure. Le taux d'abandon à l'étude est donc de 35 % (12/34) pour le groupe contrôle.

Procédure

Tous les participants ont été rencontrés pour une entrevue semi-structurée, et ils ont rempli huit questionnaires de type auto-rapporté dans les deux semaines précédant le début de la thérapie. L'intervieweur a déterminé, selon les capacités de l'adolescent, s'il lui permettait de répondre seul aux questions ou s'il devait lire les questionnaires avec lui. En tout temps, l'intervieweur était présent avec le participant et disponible pour lui expliquer les consignes et répondre à ses questions. Une deuxième collecte de données, constituée seulement des huit mêmes questionnaires, a été réalisée dans un délai maximal de deux semaines suivant la fin de la thérapie. Ce temps de suivi a été choisi pour standardiser les moments de passation entre les deux groupes. À la suite de l'entrevue initiale, un rapport complet d'évaluation réalisé par l'équipe de recherche a été remis aux intervenants responsables du suivi psychosocial de l'adolescent, donnant ainsi un portrait détaillé de la problématique du jeune et pouvant servir à identifier des cibles spécifiques d'intervention.

Les données d'implantation ont été consignées par écrit par les intervenants, et ce, à la fin de chaque rencontre de groupe. Les taux d'abandon et de participation, les présences et la qualité de la participation des AAAS ont été documentés.

Variables dépendantes – effets de la thérapie

Les instruments retenus dans le cadre de cette étude sont une entrevue semi-structurée et huit questionnaires destinés aux adolescents, qui mesurent des dimensions étroitement liées aux cibles d'intervention et dont les qualités psychométriques sont adéquates. Tous les instruments, sauf l'entrevue semi-structurée, ont été administrés

aux deux temps de mesure et sont de type auto-rapporté, les sujets devant répondre à l'aide d'échelles de type Likert variant de 4 à 7 points.

L'entrevue semi-structurée (Madrigrano, Rouleau, & Robinson, 1997) comporte 101 questions et vise à recueillir des informations sur plusieurs dimensions de la vie de l'adolescent : données sociodémographiques, informations sur la situation juridique, histoire personnelle et familiale, histoire de victimisation psychologique, physique et sexuelle, histoire de délinquance, histoire sexuelle (déviante et non déviante), consommation d'alcool, de drogues et de pornographie, cheminement académique, habiletés sociales et délit sexuel.

Le *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS; Endler, Norman, & Parker, 1990) mesure les stratégies d'adaptation mises en œuvre lors de situations de stress chez les jeunes de 13 à 18 ans. L'instrument de base possède trois échelles classifiant les réponses aux différentes situations, soit : a) celles orientées vers la tâche (16 items), b) celles orientées vers l'émotion (16 items), et c) celles orientées vers l'évitement (16 items). Cette version adaptée par Lagueux (2006) contient deux échelles additionnelles, évaluant le recours à des réponses agressives (4 items) et sexuelles (4 items). Le score brut par sous-échelle varie de 16 à 80, et un score plus élevé indique une utilisation plus fréquente de ce type de réponse. Le coefficient alpha de Cronbach varie de 0,83 à 0,92 selon les échelles (Lagueux, 2006³).

Le *Dating Questionnaire* permet d'évaluer le confort dans diverses situations liées à la sexualité. Il s'agit d'une sous-échelle de 18 items de la section Behaviour de l'instrument *Mattech Questions on Comfort* (MQC; Kirby, 1990). Le répondant doit indiquer son degré de confort dans une situation sociale liée à la sexualité. Le score varie de 18 à 72, et plus le score est élevé, plus l'inconfort est grand. Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument est de 0,89 (Pagé, 2004⁴).

Le *Matson Evaluation of Social Skills in Youngsters* (MESSY; Matson, 1983) permet de mesurer les habiletés sociales chez des enfants de moins de 18 ans. L'instrument comporte 62 items répartis en six sous-échelles, soit : a) les habiletés sociales appropriées; b) l'affirmation de soi inappropriée; c) les traits impulsifs et récalcitrants; d) la confiance en soi excessive; e) la jalousie et f) le score global. Le score global peut varier de 62 à 310, et plus le score est élevé, plus les habiletés sociales sont appropriées. Le coefficient alpha de Cronbach de la version française du questionnaire est de 0,82 (Pagé, 2004).

Le Questionnaire de compréhension des gestes (QCG; Perron, Lagueux, & Wright, 1999) est un questionnaire maison de 60 items conçu pour mesurer la compréhension du processus de l'agression sexuelle chez les AAAS. Le questionnaire présente 12 sous-échelles regroupées en quatre sections. Plus le score est élevé aux différentes sous-échelles, plus la compréhension des gestes commis est grande. Lagueux (2006) rapporte des coefficients alpha de Cronbach de 0,63 à 0,95 selon les sous-échelles.

3. Au près de 54 AAAS québécois.

4. Au près de 100 adolescents québécois non-agresseurs.

Le *Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent* (SKAT-A; Lief, Fullard, & Devlin, 1990) s'adresse aux adolescents et aux jeunes adultes, et est composé de trois sections distinctes portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements liés à la sexualité. Seule la section « attitude », comprenant 43 items, est utilisée pour cette étude. Le sujet doit indiquer son accord avec chacune des affirmations; le score varie de 43 à 215, un score élevé indiquant une attitude plus libérale face à la sexualité. Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument est de 0,68 (Pagé, 2004).

Le *Survey of Heterosexual Interactions* (SHI; Twentyman & McFall, 1975) permet d'évaluer les habiletés sociales hétérosexuelles chez les adolescents en 22 items. L'instrument présente un score global variant de 20 à 140, un score élevé signifiant des habiletés élevées. La version française présente un coefficient alpha de Cronbach de 0,94 (Pagé, 2004).

Le *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C; Brière, 1996) mesure l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, les préoccupations sexuelles, la dissociation et la colère chez les jeunes de 8 à 17 ans. Un score clinique a été déterminé pour chacune de ces six échelles, et plus le score est élevé, plus le symptôme est présent. L'instrument mesure aussi la tendance au déni ainsi que la tendance à exagérer les symptômes. L'instrument présente 54 comportements, et le répondant doit indiquer la fréquence de chacun d'eux. Lagueux (2006) rapporte des coefficients alpha de Cronbach variant de 0,70 à 0,84 selon les échelles.

L'*UCLA Loneliness Scale*, version 3 (UCLA-3; Russell, 1996) mesure le sentiment de solitude chez les adolescents et les adultes à l'aide de 20 items. Le sujet doit inscrire la fréquence d'apparition du comportement. Le score varie de 20 à 80, et un score élevé indique un grand sentiment de solitude. Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument est de 0,81 (Pagé, 2004).

Variable indépendante – la thérapie de groupe

La thérapie de groupe est une intervention auprès des AAAS offerte dans un organisme communautaire du Québec proposant un ensemble de services à toute personne touchée par l'agression sexuelle à l'endroit d'enfants âgés de 0 à 17 ans. Cette thérapie est répartie en 22 rencontres hebdomadaires, d'une durée moyenne de deux heures. Les thèmes de chacune des rencontres sont regroupés sous trois volets principaux : l'éducation sexuelle, les habiletés sociales et la prévention de la récidive. Chaque cohorte de thérapie est composée de cinq à 10 participants. Une fois la thérapie démarrée, le groupe n'admet pas de nouveaux participants. Quant à l'équipe d'animation, elle est formée de deux hommes, un travailleur social et un psychoéducateur.

La thérapie de groupe auprès des AAAS propose huit objectifs distincts. Ces objectifs sont les suivants : a) comprendre et corriger les erreurs de pensée au sujet du cycle de l'agression sexuelle; b) contrôler la sexualité déviante; c) améliorer le contrôle du stress et de la colère; d) augmenter les habiletés sociales; e) augmenter l'empathie;

f) améliorer la qualité des relations avec les parents et les pairs; g) augmenter les connaissances en matière de sexualité; et h) prévenir la récurrence.

Les AAAS référés à la thérapie proviennent des centres jeunesse et reçoivent des services en vertu de la LPJ ou de la LSJPA. Une entrevue d'évaluation clinique est effectuée au préalable par un des intervenants, afin de déterminer les besoins individuels de chaque adolescent et de vérifier s'il correspond aux critères d'admission, soit : a) avoir un minimum de motivation à participer; b) reconnaître au moins partiellement les agressions sexuelles qui lui sont reprochées; c) reconnaître que la victime a subi un préjudice quelconque; d) accepter de participer à la totalité de la thérapie et signer un engagement à cet effet; e) ne pas présenter de trouble psychiatrique sévère (psychose, schizophrénie ou autres désordres de la personnalité); et f) ne pas avoir commis d'agressions sexuelles graves impliquant des voies de fait avec lésions corporelles, un meurtre ou du sadisme.

Les participants s'engagent par écrit à respecter les règles de la thérapie, c'est-à-dire : a) participer activement, tant dans les discussions de groupe qu'au niveau des exercices durant la thérapie ou à l'extérieur; b) justifier toute absence le jour même de la rencontre et reprendre le contenu manqué lors d'une rencontre individuelle; c) se présenter sans avoir consommé ni drogue ni alcool; et d) chaque semaine, compléter le journal de bord et les devoirs qui leur ont été assignés.

Stratégie d'analyse

En ce qui concerne l'objectif principal d'évaluer les effets de la thérapie, une première série d'analyses bivariées vise à s'assurer de l'équivalence des groupes au pré-test sur l'ensemble des variables dépendantes. Des test-t pour échantillons appariés ont ensuite été réalisés pour mesurer les changements survenus dans chacun des groupes entre les deux temps de mesure. Enfin, des analyses de variances à mesures répétées ont été effectuées afin de distinguer l'évolution des deux groupes entre les deux temps de mesure. Les variables dépendantes présentant des différences entre les groupes au pré-test ont été testées à l'aide d'analyses de type GLM (General Linear Model) à mesures répétées dans le but de contrôler le score au pré-test. Les résultats sont introduits dans l'équation en tant que covariables, et le test est réalisé et interprété comme une analyse de régression.

Pour ce qui est du premier objectif secondaire de cette recherche, des analyses descriptives ont été menées sur les variables sociodémographiques recueillies lors de l'entrevue semi-structurée.

Afin de répondre au deuxième objectif secondaire de cette étude, une description des données d'implantation recueillies auprès des intervenants a été effectuée.

Résultats

Premier objectif secondaire : description des participants à l'étude, des gestes commis et des victimes.

Le tableau 2 démontre que les deux groupes ne diffèrent pas quant aux variables sociodémographiques testées. Il s'agit d'adolescents masculins, de race blanche, ayant en moyenne 12,3 ans lors du premier délit. Très peu de ces jeunes habitent avec leurs deux parents (13 %).

TABLEAU 2
Caractéristiques sociodémographiques des AAAS

| | ÉCHANTILLON TOTAL <i>n=45</i> | GROUPE EXPÉRIMENTAL <i>n=23</i> | GROUPE CONTRÔLE <i>n=22</i> | ANALYSES STATISTIQUES |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Variables | % | % | % | Chi ² /Test T |
| Âge moyen premier délit (ans) | 12,3 | 12,5 | 11,8 | 0,534 |
| Caucasien | 100 | 100 | 100 | NA |
| Études/travail | 98 | 96 | 100 | 1,023 |
| Dossier LSJPA/LPJ | 22 | 27 | 17 | 0,635 |
| Consommation drogue | 18 | 17 | 18 | 0,005 |
| Consommation alcool | 27 | 26 | 27 | 0,008 |
| <i>Lieu de résidence¹</i> | | | | |
| Deux parents | 13 | 9 | 18 | |
| Un parent | 53 | 57 | 50 | |
| Placement | 27 | 30 | 23 | |
| Autre | 7 | 4 | 9 | |
| Parents séparés/divorcés | 77 | 83 | 80 | 0,580 |

* $p < 0,05$

1. Le test de Chi carré est invalide considérant le nombre de cellules avec $n < 5$.

Le tableau 3 présente l'historique de victimisation des AAAS. On constate qu'un tiers des jeunes affirme avoir été victime d'agression sexuelle, un quart d'agression psychologique et un cinquième d'agression physique. La moitié des jeunes n'a subi aucune forme de violence.

TABLEAU 3
Prévalence et cooccurrence des mauvais traitements dans l'enfance chez les AAAS

| | ÉCHANTILLON TOTAL <i>n=45</i> | GROUPE EXPÉRIMENTAL <i>n=23</i> | GROUPE CONTRÔLE <i>n=22</i> | ANALYSES STATISTIQUES |
|---------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Variables | % | % | % | Chi ² /Test T |
| VICTIMISATION | | | | |
| Sexuelle | 36 | 35 | 36 | 0,012 |
| Physique | 22 | 13 | 32 | 2,293 |
| Psychologique | 29 | 22 | 36 | 1,171 |
| Deux formes | 9 | 5 | 13 | NA |
| Trois formes | 13 | 13 | 14 | NA |

* $p < 0,05$

Le tableau 4 résume les principales caractéristiques des 62 victimes d'agression sexuelle des adolescents de notre échantillon total, telles que décrites par les AAAS. Le tiers des AAAS a fait plus d'une victime, connue dans tous les cas. Les trois quarts des victimes sont de sexe féminin, et il s'agit d'enfants dans 90 % des cas. La plupart des gestes commis étaient des attouchements, et très peu d'agressions sexuelles impliquaient de la contrainte physique ou verbale.

TABLEAU 4
Description des agressions commises par les AAAS et de leurs victimes

| | ÉCHANTILLON TOTAL | GROUPE EXPÉRIMENTAL | GROUPE CONTRÔLE | ANALYSES STATISTIQUES |
|---------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------------------|
| Variabiles | % | % | % | Chi ² /Test T |
| Victimes (nombre admis) | <i>n</i> =62 | <i>n</i> =43 | <i>n</i> =19 | |
| Féminine | 74 | 70 | 84 | 1.436 |
| Enfant | 90 | 91 | 90 | 0.009 |
| Connue | 100 | 100 | 100 | NA |
| Intrafamiliale | 100 | 100 | 100 | NA |
| Plus d'une victime | 32 | 35 | 29 | 0.195 |
| Caractéristiques des agressions | | | | |
| Attouchements | 90 | 91 | 82 | 0.716 |
| Avec pénétration | 8 | 9 | 6 | 0.112 |
| Avec contrainte | 13 | 13 | 13 | NA |

* $p < 0.05$

Lorsqu'on compare les deux groupes au pré-test sur l'ensemble des variables dépendantes, à l'aide d'analyses bivariées, on constate peu de différences. Les deux groupes se distinguent sur seulement quatre sous-échelles du QCG. Le groupe expérimental possède une moins grande compréhension des concepts de base liés à l'agression sexuelle que le groupe contrôle. Par contre, les participants du groupe expérimental reconnaissent davantage leur responsabilité globale quant à l'agression sexuelle, leur responsabilité quant aux gestes posés et leur responsabilité quant aux risques de réciproque.

Deuxième objectif secondaire : description des données d'implantation

L'échantillon de départ comptait 42 participants dans le groupe expérimental, répartis en cinq cohortes. De ce nombre, six ont abandonné avant même de commencer la thérapie. Parmi les 36 ayant amorcé la thérapie, sept ont abandonné en cours de traitement. Le taux d'abandon à la thérapie est donc de 20 %.

Bien que la thérapie prévoyait en théorie 22 rencontres, celles-ci ont plutôt varié de 21 à 24 selon la cohorte. Le nombre moyen de rencontres par adolescent, toutes cohortes confondues, est de 21 rencontres.

Les adolescents qui ont complété la thérapie ont démontré une bonne participation, puisque la plupart d'entre eux se sont peu ou pas absentes (35 % aucune absence, 26 % une absence, 17 % deux absences et 22 % trois ou quatre absences). Au total, les adolescents ont participé à 94 % des rencontres prévues. Enfin, notons que les adolescents ont aussi été évalués en fonction de leur implication active dans le groupe. À plus de 98 %, les intervenants ont jugé que les adolescents participaient spontanément dans le groupe.

Changements entre les deux temps de mesure

Les modifications survenues entre les deux temps ont été mesurées pour chacun des groupes séparément. Les tableaux 5 à 8 démontrent que le groupe contrôle s'est amélioré de façon statistiquement significative sur trois variables, alors que le groupe expérimental s'est amélioré sur 20 variables dépendantes. Les participants à la thérapie ont amélioré leurs attitudes face à la sexualité (SKAT-A). De plus, ils ont montré une amélioration significative sur les 12 échelles du *Questionnaire de Compréhension des Gestes*, alors qu'en parallèle, le groupe contrôle n'a démontré aucune amélioration significative sur cet instrument. La participation à la thérapie de groupe a aussi permis de diminuer les symptômes de traumatismes, abaissant les niveaux de dépression, de colère et de préoccupations sexuelles tels que mesurés par le TSC-C. Les symptômes dissociatifs ont quant à eux diminué pour les deux groupes. Les habiletés sociales et les interactions hétérosexuelles se sont aussi améliorées chez les participants des deux groupes, comme l'indiquent les résultats obtenus au MESSY et au SHI.

Comparaison entre les deux groupes

Les analyses de variance à mesures répétées ont démontré que les deux groupes se distinguent significativement pour quatre des variables. Les participants du groupe expérimental se sont améliorés davantage que ceux du groupe contrôle quant à leur compréhension du processus de l'agression sexuelle, dans la reconnaissance de la planification de leurs gestes et dans la reconnaissance de leur intérêt sexuel inapproprié. Le groupe expérimental a aussi connu une amélioration plus marquée de ses attitudes par rapport à la sexualité comparativement au groupe contrôle. Toutefois, aucune différence statistique n'est constatée entre les deux groupes pour les autres variables, suggérant que les deux groupes ont évolué dans le temps de façon semblable.

Les analyses à mesures répétées de type GLM (*General Linear Model*) effectuées sur les quatre variables présentant des différences au pré-test ont démontré une amélioration plus importante du groupe expérimental au niveau de la reconnaissance par l'adolescent de sa responsabilité globale, de sa responsabilité quant aux gestes posés et de sa responsabilité en ce qui concerne les risques de récurrence.

TABLEAU 5
 Résultats des analyses statistiques pour les variables liées à des dimensions sociales
 et attitudes face à la sexualité

| | GROUPE EXPÉRIMENTAL | | | | | GROUPE CONTRÔLE | | | | | EFFET |
|---------------------------------|---------------------|------|-------|------|---------|-----------------|------|-------|------|--------|--------|
| | T0 | | T1 | | Test-t | T0 | | T1 | | Test-t | TxGr |
| Résultats | M | ÉT | M | ÉT | | M | ÉT | M | ÉT | | Test-t |
| <i>UCLA-3</i> | | | | | | | | | | | |
| Score total | 41.1 | 6.1 | 39.3 | 9.1 | 1.2 | 40.8 | 10.1 | 37.5 | 10.7 | 1.4 | 0.3 |
| <i>MESSY</i> | | | | | | | | | | | |
| Score total | 134.7 | 19.1 | 125.5 | 24.3 | 3.0** | 138.8 | 28.3 | 127.8 | 30.4 | 3.1** | 0.1 |
| Habiletés sociales appropriées | 83.8 | 14.0 | 91.0 | 11.7 | -3.1** | 82.6 | 20.5 | 87.2 | 18.7 | -1.7 | 0.5 |
| Affirmation de soi inappropriée | 29.9 | 8.3 | 28.7 | 10.4 | 0.8 | 32.3 | 10.1 | 29.7 | 9.2 | 1.5 | 0.4 |
| Traits impulsifs | 11.1 | 3.2 | 10.8 | 4.0 | 0.5 | 12.6 | 4.9 | 11.1 | 4.8 | 1.4 | 0.8 |
| Confiance excessive | 10.7 | 3.4 | 10.9 | 3.0 | -0.3 | 10.2 | 3.3 | 10.2 | 4.3 | 0.0 | 0.0 |
| Jalousie | 7.2 | 2.2 | 7.1 | 3.2 | 0.3 | 7.6 | 2.7 | 6.8 | 3.2 | 1.3 | 0.1 |
| <i>MQC</i> | | | | | | | | | | | |
| Score total | 3.1 | 0.5 | 3.3 | 0.5 | -1.9 | 3.1 | 0.7 | 3.1 | 0.6 | 0.0 | 0.9 |
| <i>SHI</i> | | | | | | | | | | | |
| Score total | 88.2 | 20.8 | 100.6 | 23.6 | -4.1*** | 88.3 | 24.8 | 99.6 | 23.9 | -2.3* | 0.0 |
| <i>SKAT-A</i> | | | | | | | | | | | |
| Score total | 144.5 | 18.4 | 162.4 | 14.4 | -5.7*** | 151.7 | 20.7 | 151.4 | 24.0 | -0.4 | 6.2** |

* p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

TABLEAU 6
 Résultats des analyses statistiques pour les symptômes post-traumatiques

| | GROUPE EXPÉRIMENTAL | | | | | GROUPE CONTRÔLE | | | | | EFFET |
|--------------------------|---------------------|-----|------|-----|---------|-----------------|------|------|------|--------|--------|
| | T0 | | T1 | | Test-t | T0 | | T1 | | Test-t | TxGr |
| Résultats | M | ÉT | M | ÉT | | M | ÉT | M | ÉT | | Test-t |
| <i>TSC-C</i> | | | | | | | | | | | |
| Anxiété | 52.8 | 8.1 | 52.7 | 9.5 | 0.1 | 56.9 | 14.7 | 52.7 | 14.6 | 1.0 | 0.1 |
| Dépression | 56.4 | 7.4 | 51.4 | 6.8 | 2.6* | 59.5 | 17.7 | 53.3 | 15.5 | 1.3 | 0.5 |
| Dissociation | 53.8 | 8.1 | 51.5 | 9.6 | 2.1* | 56.7 | 14.7 | 50.2 | 13.4 | 2.2* | 2.1 |
| Stress post-traumatique | 54.3 | 9.1 | 51.3 | 7.5 | 1.7 | 58.4 | 12.9 | 51.5 | 11.3 | 2.0 | 1.1 |
| Colère | 49.0 | 6.6 | 44.9 | 7.2 | -4.3*** | 49.7 | 8.7 | 45.7 | 8.9 | 1.4 | 0.0 |
| Préoccupations sexuelles | 61.2 | 9.5 | 56.5 | 7.3 | 3.2** | 59.4 | 17.0 | 57.8 | 22.8 | 0.4 | 0.7 |

* p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

TABLEAU 7
Résultats des analyses statistiques pour les variables liées à l'agression sexuelle

| | GROUPE EXPÉRIMENTAL | | | | GROUPE CONTRÔLE | | | | EFFET TxGr F (1,40) | |
|---|---------------------|------|-------|------|-----------------|--------|-------|------|---------------------------|---------|
| | T0 | | T1 | | T0 | | T1 | | | |
| | M | ÉT | M | ÉT | M | ÉT | M | ÉT | | |
| Résultats | | | | | | | | | | Test-t |
| <i>QCG</i> | | | | | | | | | | |
| Comprend concepts ¹ | 25.6 | 3.2 | 27.2 | 1.8 | 27.1 | 1.8 | 26.1 | 4.6 | 0.9 | 1.1 |
| Reconnaît respons- abilité ¹ | 24.2 | 3.9 | 27.5 | 1.1 | 20.3 | 4.8*** | 22.0 | 5.2 | -1.1 | 20.5*** |
| Reconnaît responsabi- lité gestes ¹ | 11.6 | 2.5 | 13.7 | 0.8 | 9.3 | 4.9*** | 10.6 | 3.6 | -1.0 | 11.3*** |
| Responsabilité risques récidive ¹ | 12.6 | 2.1 | 13.7 | 0.6 | 10.5 | 2.9** | 11.5 | 3.9 | -0.5 | 5.5** |
| Empathie pour victimes | 161.3 | 32.1 | 196.1 | 32.5 | 167.7 | 4.2*** | 181.0 | 43.0 | -1.3 | 1.6 |
| Reconnaît con- séquences pour victimes | 98.6 | 22.4 | 113.1 | 12.1 | 96.1 | 3.5** | 106.0 | 21.2 | -1.6 | 0.4 |
| Reconnaît sentiments des victimes | 62.8 | 18.5 | 82.9 | 27.2 | 72.4 | 3.8** | 74.9 | 34.2 | -0.3 | 3.8 |
| Comprend processus agression sexuelle | 53.8 | 11.3 | 79.0 | 13.4 | 55.3 | 8.3*** | 57.5 | 13.2 | -1.2 | 14.8*** |
| Reconnaît planifica- tion | 16.1 | 7.5 | 28.6 | 7.9 | 16.0 | 8.2*** | 17.2 | 8.6 | -1.4 | 30.7*** |
| Reconnaît intérêt sexuel | 8.4 | 6.3 | 16.6 | 6.5 | 9.4 | 6.1*** | 8.4 | 5.9 | 0.8 | 22.5*** |
| Reconnaît remords | 21.3 | 6.4 | 24.2 | 3.9 | 22.5 | 2.5* | 23.5 | 5.1 | -0.7 | 1.0 |
| Reconnaît être à risque | 8.1 | 1.9 | 9.8 | 2.0 | 7.4 | 3.0** | 8.4 | 1.4 | -1.5 | 0.7 |

¹ Ces quatre variables ont été soumises à des analyses de type GLM afin de prendre en considération les différences inter-groupes au pré-test.
 * p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

TABLEAU 8
 Résultats des analyses statistiques pour les variables liées à la réponse au stress

| | GROUPE EXPÉRIMENTAL | | | | t | GROUPE CONTRÔLE | | | | t | EFFET |
|-------------------|---------------------|------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|----------|
| | T0 | | T1 | | | T0 | | T1 | | | TxGr |
| Résultats | M | ÉT | M | ÉT | | M | ÉT | M | ÉT | | F (1,40) |
| <i>CISS</i> | | | | | | | | | | | |
| Tâche | 54.7 | 12.8 | 56.6 | 15.3 | -1.0 | 49.2 | 11.7 | 55.1 | 13.1 | -2.0 | 1.4 |
| Émotion | 45.2 | 8.3 | 43.0 | 11.6 | 0.9 | 2.9 | 8.3 | 39.0 | 11.8 | 1.5 | 0.0 |
| Évitement | 50.1 | 9.9 | 51.8 | 12.2 | -1.2 | 50.1 | 10.9 | 51.3 | 14.5 | -0.5 | 0.0 |
| Réponse agressive | 8.0 | 3.4 | 7.0 | 3.9 | 1.5 | 7.9 | 4.0 | 6.8 | 2.6 | 1.1 | 0.0 |
| Réponse sexuelle | 6.8 | 3.4 | 6.2 | 2.2 | 1.0 | 6.9 | 4.2 | 7.0 | 4.7 | 0.2 | 0.5 |

* p < 0.05, ** p < 0.01, ***p < 0.001

Discussion

Efficacité de la thérapie

Il appert que la thérapie spécialisée de groupe pour AAAS n'est pas plus efficace que le traitement traditionnel, puisque le groupe expérimental ne s'améliore pas plus que le groupe contrôle sur la grande majorité des variables testées. On ne peut conclure à une atteinte des objectifs de la thérapie, bien qu'une amélioration significative soit notée sur 7 des 33 variables testées. Ces résultats rejoignent ceux de Lagueux (2006), qui concluait, lors d'une étude similaire, que la thérapie de groupe apporte peu de bénéfices supplémentaires au traitement traditionnel des centres jeunesse. Diverses hypothèses pourraient expliquer le peu d'effets décelés lors de la présente étude.

Une première hypothèse est que les AAAS de notre étude ne présenteraient pas le profil type décrit dans la littérature. Dans une récente recension sur le sujet, les AAAS sont décrits comme manquant d'habiletés sociales, étant isolés de leurs pairs, souffrant de symptômes dépressifs, provenant d'une cellule familiale dysfonctionnelle et d'un milieu socioéconomique problématique (Nelson, 2007). Au pré-test, les sujets des deux groupes ne présentaient pas de graves problèmes sur ces différentes dimensions de leur fonctionnement. Le faible niveau de difficulté rend difficile l'obtention de grandes améliorations à la suite des interventions. Leurs scores se situent dans les moyennes normales pour tous les instruments testés. Les AAAS de notre échantillon présentent peu de difficultés fonctionnelles, sont aux études ou au travail à temps plein et consomment peu. Les seules caractéristiques qui les distinguent sont la grande prévalence des mauvais traitements et le fait qu'ils proviennent davantage de milieux familiaux éclatés. Ces résultats, ajoutés aux caractéristiques des agressions commises, semblent appuyer la thèse de l'accident de parcours pour notre échantillon. L'agression typique de notre étude implique des attouchements sans contrainte sur une seule victime, intrafamiliale. Cette constatation rejoint les résultats d'une étude québécoise

comparant des AAAS et des adolescents normaux (Pagé, 2004), qui conclut que les AAAS présenteraient très peu de différences avec les adolescents normaux.

Une deuxième hypothèse pourrait être liée à un biais de sélection des participants au groupe contrôle. En effet, comme le recrutement des AAAS du groupe contrôle s'est effectué auprès des intervenants sociaux des jeunes, il est possible que les intervenants plus intéressés à la problématique se soient manifestés. Ces intervenants seraient donc plus motivés et, par le fait même, plus compétents dans le domaine, rehaussant du coup la qualité de l'intervention dite traditionnelle. De plus, un rapport d'évaluation dressant un portrait détaillé de la problématique de l'adolescent a été remis aux intervenants à la suite du pré-test. Ces rapports ont pu influencer les interventions subséquentes. Les AAAS des deux groupes auraient ainsi reçu un traitement plus similaire que ce qui avait été planifié, et le fait de documenter le suivi individuel reçu par les participants des deux groupes aurait permis d'étudier davantage cette hypothèse.

La troisième de ces hypothèses, que nous ne pouvons écarter, est que les objectifs de la thérapie seraient mal adaptés aux besoins des participants. Les thérapies pour AAAS sont inspirées de modèles de traitements pour adultes et sont basées sur un portrait incomplet des AAAS (Becker, 1990). Lab et ses collaborateurs (1993) soulignent d'ailleurs le manque de connaissances sur l'étiologie des AAAS pour offrir des thérapies efficaces et adaptées à cette population. Les traitements à cibles multiples, ou éclectiques, seraient la preuve de l'insuffisance des connaissances. De plus, les participants de la présente étude ne correspondaient pas au portrait typique des AAAS dans la littérature et sur lequel les interventions sont habituellement basées.

Enfin, les résultats pourraient être expliqués par les limites méthodologiques de l'étude. D'abord, au plan statistique, la taille des échantillons est assez restreinte, ce qui affecte la puissance statistique et la capacité à détecter des différences statistiques. D'ailleurs, lorsqu'on mesure seulement les modifications respectives survenues entre les deux temps, celles-ci varient considérablement. Les participants du groupe contrôle s'améliorent significativement sur trois variables, alors que ceux du groupe expérimental démontrent une amélioration sur 20 variables. Les analyses de variance, reprises avec des échantillons plus grands, permettraient d'éviter des erreurs de type II. Ces résultats suggèrent que malgré l'absence d'améliorations marquées en faveur du traitement de groupe, la prise en charge des AAAS par des intervenants serait bénéfique pour eux, et particulièrement la modalité de groupe, comme le suggéraient Walker et ses collaborateurs (2004).

Données d'implantation

La prise en compte de données d'implantation de la thérapie est une avancée importante par rapport aux recherches précédentes, car ces données ont été chroniquement ignorées à ce jour. Ces données fournissent des indications selon lesquelles la thérapie de groupe a été implantée comme prévu (Chen, 2005). En effet, les AAAS ayant parti-

cipé à la thérapie de groupe ont démontré un bon niveau de présence, puisqu'ils ont assisté à 94 % des rencontres planifiées. Les intervenants ont aussi jugé la qualité de leur participation comme étant excellente dans plus de 99 % des cas.

Le taux d'abandon témoigne aussi du niveau d'adaptation du programme à la clientèle visée. Dans le cas présent, 31 % des participants ont abandonné avant ou pendant la thérapie. Sheridan et ses collaborateurs (1998) suggèrent qu'une ordonnance de participation pourrait aider au démarrage d'une thérapie non sollicitée. Les chercheurs doivent cependant tenir compte des critères de sélection des participants, de leur provenance et du caractère de la participation (volontaire ou non). Dans les cas de présence ordonnée, un taux de participation élevé ne traduira pas automatiquement une thérapie adaptée aux besoins de la clientèle, ni une participation réelle.

Limites méthodologiques et recommandations

En terminant, rappelons les apports et limites de la présente étude. D'abord, comme en témoigne notre recension des écrits, les études évaluatives sur les thérapies pour AAAS ayant recours à des instruments standardisés sont encore peu nombreuses. Cette étude est l'une des rares à s'intéresser à d'autres effets que la récurrence comme indice d'efficacité. De plus, certaines données d'implantation ont été prises en compte dans l'évaluation de cette thérapie, contrairement aux études antérieures. Cette étude a aussi comme particularité l'utilisation d'un groupe contrôle pour cerner les effets attribuables à la thérapie.

L'étude présente toutefois certaines limites méthodologiques. Notons d'abord une puissance statistique modeste, le grand nombre de tests statistiques effectués – qui augmentent la probabilité d'une erreur de type I – et l'utilisation d'un devis quasi expérimental plutôt qu'un devis expérimental qui aurait pu éliminer certaines menaces à la validité interne. Certaines variables comme les services externes et l'alliance thérapeutique n'ont pu être contrôlées, et le suivi psychosocial traditionnel reçu par les participants des deux groupes n'a pas été documenté. L'utilisation de mesures auto-rapportées infère une possibilité de biais, car elles présentent seulement la perception du jeune, qui pourrait être influencée par la désirabilité sociale. L'ajout d'autres sources de données, par exemple d'un parent ou d'un intervenant, pourrait donner un meilleur portrait de l'efficacité de la thérapie. Il pourrait être intéressant, lors de recherches futures, d'ajouter une mesure de la récurrence sexuelle et non sexuelle pour compléter le portrait de l'efficacité de cette thérapie.

Conclusion

Les résultats de la présente étude nous amènent à nous repositionner sur l'état des connaissances actuelles concernant les AAAS. Il apparaît que la majorité des adolescents de notre échantillon ne correspondent pas avec le portrait habituellement tracé des agresseurs sexuels « en devenir ». Il faudra envisager les AAAS comme une population

hétérogène qui ne présente pas tous les mêmes besoins et adapter les traitements en conséquence. De plus amples recherches sur les caractéristiques des AAAS s'annoncent nécessaires pour corroborer les résultats de la présente étude. Un meilleur portrait de cette population permettra la mise sur pied de programmes de thérapie mieux adaptés, plutôt que de programmes éclectiques dérivés des connaissances sur les adultes agresseurs sexuels. Rappelons-nous que l'adolescence est une période de transition où d'importants changements s'opèrent et où transgresser les tabous fait partie de l'apprentissage de la vie en société. Il faudra peut-être considérer une partie des AAAS comme des adolescents normaux ayant commis une erreur de parcours et orienter le traitement comme tel, pour éviter qu'elle ne se reproduise.

Bibliographie

Les articles marqués d'un astérisque sont inclus dans la recension.

*Becker, J. (1990). Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 362-365. [Étude 8]

*Becker, J., Kaplan M. S., & Kavoussi, R. (1988). Measuring the effectiveness of treatment for the aggressive adolescent sexual offender. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 215-222. [Étude 7]

*Borduin, C. M., & Henggeler, S. W. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(2), 105-113. [Étude 1]

Brière, J. N. (1996). *Trauma symptom checklist for children: Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.

Chen, H-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Pub.

Efta-Breitbach, J., & Freeman, K. A. (2004). Treatment of juveniles who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13 (3-4), 125-128

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *CISS: Coping inventory for stressful situations-Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Fanniff, A. M., & Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescents sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 265-282.

*Graves, R., Openshaw, K. D., & Adams, G. R. (1992). Adolescent sex offenders and social skills training. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(2), 139-153. [Étude 2]

*Gretton, H.M., McBride, M., Hare, R.D., O'Shaughnessy, R., & Kumba, G. (2001). Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28(4), 427-449. [Étude 9]

*Khan, T. J., & Chambers, H. J. (1991). Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare*, 70(3), 333-345. [Étude 10]

- Kirby, D. (1990). *Sexuality questions and scales for adolescents*. Santa Cruz, CA: Sage Pub.
- *Lab, S. P., Shields, G., & Schondel, C. (1993). Research note: An evaluation of juvenile sexual offender treatment. *Crime and Delinquency*, 39(4), 543-553. [Étude 3]
- *Laforest, S., & Paradis, R. (1990). Adolescents et délinquance sexuelle. *Criminologie*, 23(1), 95-116. [Étude 11]
- Lafortune, D., Tourigny, M., Proulx, J., & Metz, K. (2007). Les interventions pour adolescents agresseurs sexuels implantées au Québec. *Revue de psychoéducation*, 36(1), 25-56.
- *Lagueux, F. (2006). *Évaluation des effets d'un programme de traitement de groupe pour adolescents agresseurs sexuels*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal, Montréal. [Étude 4]
- Lagueux, F., & Tourigny, M. (1999). *État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Lief, H. I., Fullard, W., & Devlin, S. J. (1990). A new measure of adolescent sexuality: SKAT-A. *A Journal of Sex Education and Therapy*, 16, 79-91.
- Madrigano, G. D., Rouleau, J.-L., Robinson, M.-C. (1997). Caractéristiques sociodémographiques et cliniques d'une population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18(3), 91-110.
- Matson, J. L. (1994). *Matson evaluation of social skills with youngsters: Manual* (2nd Ed.). Worthington, OH: IDS Publishing.
- *Mazur, T., & Michael, P. M. (1992). Outpatient treatment for adolescents with sexually inappropriate behavior: program description and six month follow-up. *Journal of Offender Rehabilitation*, 3-4, 191-203. [Étude 12]
- *McGarvey, J., & Lenaghan, M. (1996). A structured group approach with adolescent perpetrators. *Child Abuse Review*, 5, 203-213. [Étude 13]
- Moore, T., Crumpton Franey, K., & Geffner, R. (2004). Introduction: Assessment and treatment of youth who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 1-13.
- Nelson, M. (2007). Characteristics, treatment, and practitioners perceptions of juvenile sex offenders. *Journal of Juvenile Justice Services*, 21(1-2); 7-16.
- Newbauer, J.F., & Blanks, J.W. (2001). Group work with adolescent sexual offenders. *The Journal of Individual Psychology*, 57 (1), 37-55.
- Pagé, C. (2004) *Le profil d'un groupe d'adolescents agresseurs sexuels comparé à celui d'un groupe d'adolescents n'ayant commis aucune agression sexuelle*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec en Outaouais, Gatineau.
- Perron, A., Lagueux, F., & Wright, J. (1999). *Questionnaire de Compréhension des Gestes-QCG*. Document non publié, Université de Montréal, Montréal.
- Reitzel, L.R., & Carbonnell, J. L. (2006) The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sex Abuse*, 18, 401-421.
- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale (3rd version): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality*, 66, 20-40.

*Seabloom, W., Seabloom, M. E., Seabloom, E., Barron, R., & Hendrickson, S. (2003). A 14-to-24 year longitudinal study of a comprehensive sexual health model treatment program for adolescent sex offenders: Predictors of successful completion and subsequent criminal recidivism. *Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(4), 468-481. [Étude 5]

*Sheridan, A., McKeown, K., Cherry, J., Donohoe, E., McGrath, K., O'Reilly, K., Phelan, S., & Tallon, M. (1998). Perspectives on treatment outcome in adolescent sexual offending: A study of a community-based treatment program. *The Irish Journal of Psychology*, 19, 168-180. [Étude 14]

*Smets, A. C. & Cebula, C. M. (1987). A group treatment program for adolescent sex offenders: Five steps toward resolution. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 11(2), 247-254. [Étude 15]

*Smith, W. R., & Monastersky, C. (1986). Assessing juvenile sexual offenders' risk for reoffending. *Criminal Justice and Behavior*, 13(2), 113-140. [Étude 16]

Statistique Canada (2003). Les infractions sexuelles au Canada. *Juristat* no. 85-002, 23 (6). Consulté le 7 février 2007 <http://www.statcan.ca/francais/freepub/85-002-XIF/0060385-002-XIF.pdf>.

Twentyman, C., & McFall, M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.

Walker, C. E. & McCormick, D. (2004). Current practices in residential treatment for adolescent sex offenders: A survey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3), 245-255.

Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., & Otis, K. E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: A meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3), 281-293.

*Worling, J. R., & Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse and Neglect*, 24 (7), 965-982. [Étude 6]

CONCLUSION

Le thème du 5^e Congrès international francophone sur l'agression sexuelle : Transformations et paradoxes, était destiné à refléter la trajectoire évolutive de l'acquisition des connaissances et des pratiques cliniques.

En bref, quelles impressions se dégagent de l'ensemble des textes du livre Cifas 2009? Il appert que les indicateurs d'incidence et de prévalence peuvent fluctuer selon les changements sociaux, légaux et politiques qui traversent nos sociétés. Le recours à des méthodes plus intégratives de divers facteurs associés au traitement des plaintes et des dévoilements est donc préconisé. Il ressort que l'enchevêtrement de problèmes avec les effets à long terme de la victimisation doit être analysé. Ainsi, parmi les jeunes présentant des problèmes de consommation de substances, ceux qui ont été victimes d'abus sexuel pendant l'enfance présentent un problème plus sévère de consommation et vivent davantage de détresse psychologique (problèmes suicidaires, automutilation, symptômes dépressifs) comparativement aux non-victimes. Les comportements sexuels de jeunes enfants victimes interpellent aussi les chercheurs, car ils se distinguent des non-victimes par l'âge et la fréquence de manifestation, mais non en fonction du genre. Par ailleurs, l'évaluation des effets des interventions a donné lieu à plusieurs études, surtout auprès des jeunes victimes ou non. Ainsi, un programme de prévention auprès de jeunes comme Viol –Secours et une thérapie de groupe auprès d'adolescentes victimes ont démontré des résultats bénéfiques mais perfectibles. À cet égard, les effets d'une intervention psychoéducative auprès d'enfants victimes d'agression sexuelle ont permis de réduire les symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de stratégies d'évitement. En ce qui concerne l'intervention de groupe auprès d'adolescentes victimes, des effets positifs sont signalés relativement au stress post-traumatique, au sentiment de pouvoir sur leur vie et aux problèmes de comportements. Toutefois, l'identification des effets spécifiques et des limites de ces modalités d'intervention suggèrent que de futures recherches sont nécessaires avant de conclure à leur efficacité. Afin de pallier les limites des recherches actuelles sur les effets de traitement, les auteurs recommandent de tenir compte des conditions et de la fiabilité d'implantation, de la sensibilité des instruments d'évaluation de même que des interventions cliniques concurrentes. Des thèmes en émergence ont été abordés lorsque des auteurs ont étudié l'expérience post-dévoilement des pères non agresseurs envers leur enfant victime, ou encore la conceptualisation du pardon dans son rapport avec les effets de la victimisation sexuelle. Selon une autre étude, les facteurs associés à l'adaptation sociale ne montrent qu'un rôle modérateur à la récurrence chez les agresseurs sexuels.

Une recherche portant sur la coercition sexuelle des couples signale une prévalence élevée de coercition mutuelle lorsque les perceptions des deux partenaires sont considérées. Deux équipes de chercheurs abordant l'évaluation des agresseurs sexuels affinent la conceptualisation des croyances, des schémas idéationnels et des fantasmes à la base de la problématique pour l'une, et préconisent l'évaluation combinée des intérêts sexuels déviants par la plétysmographie pénienne et la vidéo-oculographie pour l'autre.

Dans cette mouvance des questions en émergence, d'autres auteurs s'intéressent aux interventions cliniques auprès d'adolescents auteurs d'agression sexuelle. Une étude vise à mieux définir le fonctionnement psychique de ces jeunes qui commettent des agressions sexuelles violentes et à analyser sous l'angle de l'intersubjectivité le lien avec le thérapeute. En ce qui a trait aux effets d'une intervention de groupe auprès des adolescents auteurs d'abus sexuels, les résultats s'avèrent peu concluants, ce qui souligne l'importance de mieux caractériser les profils de ces jeunes et leurs difficultés en comparaison avec les autres jeunes.

Les constats en matière d'évaluation, de traitement et d'implantation de programmes de prévention sont incessamment remis en question et exigent une amélioration de nos connaissances et de nos pratiques. Les pistes de recherche empruntées par les auteurs de ces écrits situent bien le niveau des préoccupations actuelles dans le domaine des agressions sexuelles. Des connaissances continuent à s'accroître pour améliorer la compréhension du phénomène et l'efficacité de nos pratiques et instruments. Au fil de l'acquisition des connaissances en matière d'agression sexuelle, les devis de recherche sont exploratoires dans les nouvelles avenues et plus complexes dans les axes mieux connus. C'est d'ailleurs avec le souci de créer des retombées pratiques qui répondent à la complexité des réalités du domaine de l'agression sexuelle que les auteurs des textes contenus dans ce livre nous ont livré leurs résultats de recherche.

LISTE DES AUTEURS

Allard, Marie-Alexia, Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal

Courriel : marie-alexia.allard@umontreal.ca

Beaudoin, Isabelle, M.Cr, Services de toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Bergeron, Sophie, Ph.D., Professeure, Département de psychologie, Université de Montréal
Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal

Bernard, Claudia, M.Sc., École de criminologie, Université de Montréal

Bertrand, Karine, Ph.D., Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Boisvert, Isabelle, M.Sc., Coordonnatrice de recherche, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Boucher, Sophie, Ph.D., Professeure titulaire, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Université du Québec à Montréal
Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal

Brousseau, Mélanie M., Ph.D., Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal
Courriel : melanie.brousseau@gmail.com

Brunelle, Natacha, Ph. D., Professeure, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Chiaravello, Stéphanie, Ph.D., Stagiaire postdoctorale, Département de psychologie, Université de Montréal

Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Université du Québec à Montréal
Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal
Courriel : stephanie.chiaravello@umontreal.ca

Clements, Geneviève, M.Sc., Psychoéducatrice, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Courriel : genevieve.clements@USherbrooke.ca

Collin-Vézina, Delphine, Ph.D., Chaire de recherche du Canada en aide sociale à l'enfance, Professeure adjointe, École de service social, Université McGill, Montréal

Courriel : delphine.collin-vezina@mcgill.ca

Cyr, Mireille, Ph.D., Professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal

Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Université du Québec à Montréal
Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal

LISTE DES AUTEURS

Daigneault, Isabelle, Ph. D., Professeure, Département de psychologie, Université de Montréal
Courriel : isabelle.daigneault@umontreal.ca

Dufour, Magali, Ph.D., Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Courriel : magali.dufour@usherbrooke.ca

Fernet, Mylène, Ph.D., Professeure titulaire, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité

Goyette, Mathieu, Candidat au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal, Institut Philippe-Pinel de Montréal

Courriel : m.goyette@umontreal.ca

Guay, Jean-Pierre, Ph.D., Professeur agrégé, École de criminologie, Université de Montréal

Hautekeete, Marc, Professeur Émérite, Psychologie Cognitive Normale et Pathologique, Thérapies cognitivo-comportementales, Université de Lille 3

Hébert, Martine, Professeure titulaire, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Université du Québec à Montréal

Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal

Courriel : hebert.m@uqam.ca

Hélie, Sonia, Ph.D., Chercheure, Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire

Jacq, Béatrice, Psychologue clinicienne, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Joly, Jacques, Ph. D., Professeur agrégé, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Groupe de Recherche sur les Inadaptations à l'Enfance (GRISE)

Knight, Raymond A., Ph. D., Professeur, Brandeis University

Lagueux, Fabienne, Ph.D., Professeur, Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Loméga, Étienne, M.Sc., Gestionnaire national des programmes de réinsertion sociale, Service Correctionnel Canada.

Longpré, Nicholas, Candidat à la maîtrise, École de criminologie, Université de Montréal

Magnan, Sophie, Université de Montréal

McDuff, Pierre, M.A., Consultant en statistique, Université de Montréal, Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions sexuelles (CRIPCAS)

Michaud, Francine, Agence de santé et services sociaux de la Capitale Nationale

LISTE DES AUTEURS

Paquette, Geneviève, Ph.D., Professeure, Département de l'enseignement au préscolaire et au primaire, Université de Sherbrooke.

Courriel : genevieve.paquette@usherbrooke.ca

Parent, Geneviève, M.Sc., Candidate au doctorat, École de criminologie, Université de Montréal

Courriel : genevieve.parent.4@umontreal.ca

Pavy, Amélie, Psychologue clinicienne, Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), Centre de Détention d'Uzerche et de la Maison d'Arrêt de Tulle, Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande, France

Renaud, Patrice, Professeur, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, Institut Philippe-Pinel de Montréal

Robin, Marion, Psychologue clinicienne, Centre Calvé, Berck, France

Roman, Pascal, Professeur, Institut de Psychologie, Laboratoire de Recherche en Psychologie des Dynamiques Intra – et Inter-subjectives (LARPsyDIS), Faculté des Sciences Sociales et Politiques, Université de Lausanne (Suisse)

Institut de Psychologie, Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie, Clinique (C.R.P.P.C), Université Lumière – Lyon 2 (France)

Courriel : Pascal.Roman@unil.ch

Rouleau, Joanne-Lucine, Professeure, Département de psychologie, Université de Montréal, Centre d'étude et de recherche de l'Université de Montréal (CÉRUM)

Roy, Catherine, Ph.D., Consultante en recherche

Tourigny, Marc, Ph.D., Professeur titulaire, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Groupe de Recherche sur les Inadaptations à l'Enfance (GRISE)

Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions sexuelles (CRIPCAS)

Courriel : marc.tourigny@usherbrooke.ca

Trottier, Dominique, Candidate au doctorat, Département de psychologie, Université de Montréal

Vanderstukken, Olivier, Psychologue clinicien et Coordinateur réseau, Unité Régionale Sanitaire auprès des Auteurs de Violence Sexuelle (URSAVS)

Centre de Ressources Interdisciplinaire pour le Suivi des Auteurs de Violence Sexuelle (CRISAVS) Nord-Pas de Calais

Service Médico Psychologique Régional (SMPR) de Lille, CHRU de Lille, France

Courriel : oliviervanderstukken@yahoo.fr

Viens, Sarah, M.A. Candidate au doctorat, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke,

Courriel : Sarah.Viens@USherbrooke.ca

COMITE D'ÉVALUATEURS

Aubert, Emmanuel, Psychologue, Université du Québec à Montréal

Bégin, Huguette, professeure, Département de psychologie, Université de Montréal

Blais, Martin, Professeur, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Boucher, Sophie, Professeure, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Carpentier, Julie, Professeure, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Collart, Pierre, Psychologue, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation Université catholique de Louvain

Collin-Vézina, Delphine, Professeure, Department of social sciences and humanities, Université McGill, Montréal

Cortoni, Franca, Professeure, École de criminologie, Université de Montréal

Daigneault, Isabelle, Professeure, Département de psychologie, Université de Montréal

Dassylva, Benoit, Psychiatre, Institut Philippe Pinel de Montréal

Dion, Jacinthe, Professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Chicoutimi

Forouzan, Elham, Psychologue et chercheure, Institut Philippe Pinel de Montréal

Leclerc, Benoit, Professeur, School of criminology and criminal justice, Griffith University, Australie

Martin, Geneviève, Doctorante en psychologie, Université du Québec à Montréal

Nicole, Alexandre, Criminologue, Institut Philippe-Pinel de Montréal

Pham H., Thierry, Professeur, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Mons

Renaud Patrice, Professeur, Université du Québec en Outaouais, Hull-Gatineau

Roman, Pascal, Professeur, Institut de psychologie, Université de Lausanne

Sion, Véronique, Psychologue SOS Enfant, Bruxelles