

Université de Montréal

**Adolescents agresseurs sexuels : l'alliance thérapeutique et
la motivation au changement en contexte d'autorité**

par
Micaël Cloutier

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître (M.Sc.)
en criminologie

Septembre 2013

© Micaël Cloutier, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :
Adolescents agresseurs sexuels : l'alliance thérapeutique et la motivation au changement en
contexte d'autorité

présenté par :
Micaël Cloutier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Proulx
président-rapporteur

Denis Lafortune
directeur de recherche

Julie Carpentier
membre du jury

Résumé

La littérature scientifique s'intéressant aux adolescents agresseurs sexuels démontre qu'il s'agit d'une population qui apparaît souvent résistante au changement (Rich, 2003). Il importe ainsi d'identifier les facteurs qui favorisent ou compromettent le déroulement de l'intervention auprès de cette clientèle. L'alliance thérapeutique et la motivation au changement figurent d'ailleurs parmi ces facteurs ayant démontré leur influence positive. Toutefois, considérant le caractère dynamique de ces dernières, peu d'études ont documenté les particularités de leur développement respectif, spécialement dans un contexte d'autorité tel que celui des adolescents agresseurs sexuels. La présente recherche permet donc de mieux comprendre la contribution de caractéristiques individuelles et environnementales sur le développement de l'alliance thérapeutique et le processus de changement chez cette clientèle juvénile.

Basés sur une collecte de données quantitatives auprès de 166 adolescents agresseurs sexuels suivis dans différents centres de traitement spécialisés en délinquance sexuelle au Québec, les résultats obtenus à partir d'analyses corrélationnelles et multivariées illustrent de nombreuses relations significatives entre un ensemble de caractéristiques individuelles et environnementales et le développement de l'alliance thérapeutique et de la motivation au changement. En effet, différents traits de personnalité, les distorsions cognitives, les habiletés sociales, la détresse post-traumatique et les stratégies de *coping* sont plus ou moins associés à l'établissement d'une relation d'aide et d'une motivation à changer de comportement. De plus, les caractéristiques de l'environnement institutionnel et la perception du soutien social

reçu se veulent des facteurs qui influencent généralement de façon positive les variables à l'étude.

L'utilisation du Modèle transthéorique du changement permet de nuancer les résultats en ce sens que les facteurs explicatifs de la motivation peuvent différer d'une étape à l'autre dans le cycle du changement. Ainsi, les services offerts aux adolescents ayant commis une agression sexuelle doivent tenir compte du degré de motivation puisque celui-ci semble être associé à des caractéristiques individuelles et environnementales spécifiques.

Finalement, il est important de mentionner que les conclusions de cette étude ne permettent pas d'établir des relations causales entre les variables à l'étude. Néanmoins, les résultats indiquent l'importance de porter attention aux facteurs de changement, qui peuvent différer d'une étape à l'autre dans le cycle du changement, et ceux associés au développement de l'alliance thérapeutique.

Mots-clés : Adolescents agresseurs sexuels, alliance thérapeutique, préparation au changement, intervention.

Abstract

The scientific literature pertaining to adolescent sexual aggressors indicates that it is a population which often seems to be resistant to change (Rich, 2003). It is important to identify the reasons that promote or compromise the intervention with this clientele. The therapeutic alliance and the motivation to change are among the factors that have demonstrated a positive influence. However, taking into consideration the dynamic nature of the latter, few studies have documented the particularities of their respective development, especially when the adolescent sex offenders are placed in a context of authority. The current study makes it possible to better understand the contribution of individual and environmental traits on the development of a therapeutic alliance and the process of change with this youthful clientele.

Based on a quantitative data from 166 adolescent sex offenders tracked in different centers specialized in sexual delinquency in Quebec, the results from correlational and multi-varied analysis show a significant relationship between a set of individuals and environmental characteristics, and the development of the therapeutic alliance and motivation to change. Indeed, different personality traits, cognitive distortions, social skills, post-traumatic stress and coping strategies are more or less linked with the establishment of a helping relationship and motivation to change behaviour. In addition, the characteristics of the institutional environment and the perception of social support received, appear to be factors that generally positively influence the variables under study.

The Transtheoretical Model of Change enlightens the results in such a way that the factors explaining the motivation may differ from one step to another in the cycle of change. Thus, the services available to youth who have committed a sexual assault must take into account the degree of motivation, since it seems to be associated with specific individual and environmental characteristics.

Finally, it is important to note that the findings of this study do not establish causal relationship between variables in the study. Nonetheless, the results show the importance of awareness of the changing factors, which can differ from one step to the next in the cycle of change and those associated with the development of a therapeutic alliance.

Key words : Young sexual offenders, readiness to change, therapeutic alliance, intervention.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des abréviations.....	ix
Liste des tableaux.....	x
Remerciements.....	xii
Introduction.....	13
1. Contexte théorique.....	16
1.1. L'intervention auprès des AAS.....	17
1.1.1 Le processus judiciaire.....	18
1.1.2 Les formats d'intervention.....	21
1.1.3 Le cadre d'intervention en clinique externe.....	22
1.2 La préparation au changement.....	23
1.2.1 Les fondements théoriques.....	23
1.2.2 Le principe de la réceptivité.....	27
1.2.3 À risque d'abandon?.....	29
1.2.4 Les résistances.....	30
1.2.5 L'adolescence et la motivation.....	33
1.2.6 Les facteurs explicatifs de la motivation.....	34
1.3 L'alliance thérapeutique.....	36
1.3.1 Le concept de l'AT.....	37
1.3.2 L'AT, un processus interpersonnel.....	38
1.3.3 L'alliance thérapeutique chez les adolescents.....	41
1.3.4 Le soutien social.....	43
1.3.5 Un climat thérapeutique.....	44
1.4 Synthèse des facteurs explicatifs.....	44
1.5 Problématique.....	47
2. Méthodologie.....	49
2.1 Objectifs de la recherche.....	50
2.2 Participants.....	50
2.3 Instruments de mesure.....	51
2.3.1 Variables dépendantes.....	51
2.2.2 Variables indépendantes décrivant les individus.....	53
2.2.3 Variables indépendantes décrivant l'environnement.....	59
2.4 Déroulement.....	61
2.5 Analyses statistiques des données.....	62
3. Analyse des résultats.....	63
3.1 Statistiques descriptives caractérisant l'échantillon d'AAS.....	64
3.1.1 Caractéristiques constituant l'échantillon.....	64

3.1.2	Caractéristiques cliniques	66
3.1.3	Résultats aux différentes échelles	67
3.2	Analyses bivariées et multivariées.....	77
3.2.1	Corrélations.....	77
3.2.2	Régressions linéaires multiples.....	89
4.	Discussion.....	97
4.1	Profil descriptif de l'échantillon	98
4.1.1	Distorsions cognitives.....	99
4.1.2	Personnalité.....	99
4.1.3	Habilités sociales.....	100
4.1.4	Détresse post-traumatique.....	100
4.1.5	Stratégies de coping	101
4.1.6	Soutien social.....	102
4.1.7	Environnement institutionnel.....	102
4.1.8	Motivation au changement.....	103
4.1.9	Alliance thérapeutique	103
4.2	Discussion des résultats bivariés et multivariés.....	104
4.3	Les contributions.....	112
4.4	Les limites.....	112
4.5	Les recherches futures.....	114
	Bibliographie.....	115

Liste des abréviations

AAS : Adolescent agresseur sexuel

ASC : Adolescent Scale Cognitions

AT : Alliance thérapeutique

CALPAS-P : California Psychotherapy Alliance Scale – Patient Version

CIES : Correctional Institutions Environment Scale

CISS : Coping Inventory for Stressful Situations

CJ : Centre jeunesse

ÉT : Écart-type

JI : Jesness Inventory

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

MESSY : Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters

MTC : Modèle transthéorique du changement

SSQ : Social Support Questionnaire

TSC-C : Trauma Symptom Checklist for Children

URICA : University of Rhode Island Change Assessment

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des AAS.....	65
Tableau 2: Statut clinique des AAS.....	67
Tableau 3: Scores moyens sur l'Inventaire de Jesness.....	69
Tableau 4: Scores moyens sur le MESSY.....	71
Tableau 5: Scores moyens sur le TSC-C.....	72
Tableau 6: Scores moyens sur le CISS.....	73
Tableau 7: Scores moyens au CIES.....	75
Tableau 8: Scores moyens d'alliance thérapeutique et de motivation au changement.....	77
Tableau 9: Corrélations entre les traits de personnalité et l'alliance thérapeutique et la motivation au changement.....	80
Tableau 10: Corrélations entre les sous-échelles du MESSY et de l'AT et la motivation au changement.....	82
Tableau 11: Corrélations entre les sous-échelles du TSC-C et l'AT et la motivation au changement.....	83
Tableau 12: Corrélations entre les sous-échelles du CISS et l'AT et la motivation au changement.....	84
Tableau 13: Corrélations entre les distorsions cognitives et l'AT et la motivation au changement.....	85
Tableau 14: Corrélations entre les sous-échelles du CIES et l'AT et la motivation au changement.....	86
Tableau 15: Corrélations entre la satisfaction du soutien social fourni, l'estime de soi, l'âge et l'AT et la motivation au changement.....	87

Tableau 16: Corrélations entre le nombre de présences/absences, le nombre de rencontres prévues et l'AT et la Motivation au changement	88
Tableau 17: Corrélations entre les sous-échelles de l'URICA et le score total d'AT.....	89
Tableau 18: Variables prédictrices de l'alliance thérapeutique.....	91
Tableau 19: Variables prédictrices de la précontemplation.....	93
Tableau 20: Variables prédictrices de la contemplation.....	94
Tableau 21: Variables prédictrices de l'action	95
Tableau 22: Variables prédictrices du maintien.....	96

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer mes plus sincères remerciements à mon directeur de maîtrise, Monsieur Denis Lafortune, qui a su me guider tout au long de ce processus. Je lui suis entièrement reconnaissant pour les judicieux conseils, les discussions enrichissantes et toute l'aide reçue. Ce projet m'aura été très gratifiant. J'ai pu approfondir mes connaissances et développer un esprit plus critique. Je souhaite également remercier Monsieur Jean Proulx qui a accepté de me laisser travailler avec sa base de données.

Merci à toute ma famille ainsi qu'à mes amis, vos encouragements et commentaires ont été une source d'inspiration qui m'a motivé tout au long de la rédaction. J'aimerais remercier certaines personnes particulièrement importantes. Mes parents, Hélène et Pierre, qui ont toujours cru en moi et poussé à réaliser ce mémoire. Votre soutien inconditionnel m'a permis d'avancer et de ne jamais abandonner. Enfin, un merci tout particulier à Davina, Vanessa et Élise pour leur aide précieuse.

Introduction

Au Québec et au Canada, les adolescents comptent pour 15 à 30% des auteurs d'agression sexuelle (Lafortune, Proulx, Tourigny et Metz, 2004). Bien que, dans un sens prospectif, peu d'entre eux reçoivent une nouvelle accusation d'agression sexuelle à l'âge adulte (Smallbone, 2006), dans un sens rétrospectif, on constate qu'environ 50% des agresseurs sexuels adultes indiquent avoir commencé leur carrière déviante à l'adolescence (Abel, Mittleman & Becker, 1985; Andrade, Vincent & Saleh, 2006).

D'après la revue de littérature de Carpentier (2009), les taux de récidive générale des adolescents agresseurs sexuels (AAS ci-après) se situent entre 30 et 90%, alors que les taux de récidive sexuelle, passablement plus faibles, sont de l'ordre de 0 à 30%. Autrement dit, sans intervention efficace, ces jeunes risquent de sévir de nouveau (Smallbone, 2006), que ce soit de façon générale ou, plus rarement, sexuelle. Dans leur méta-analyse, Reitzel et Carbonell (2006) démontrent qu'au-delà d'une période moyenne de 59 mois, le taux récidive sexuelle est plus de deux fois plus élevé chez les AAS non traités que chez ceux ayant complété une intervention adaptée à leur problématique. Jusqu'à présent, l'administration d'un programme d'intervention auprès de ces jeunes représente l'option la plus efficace pour atteindre un objectif de réduction de la récidive générale et sexuelle. Pour atteindre cet objectif, l'individu doit compléter son programme en entier. Proulx, Tourigny et Lafortune (2012) identifient quatre études portant sur la fin prématurée du traitement chez les AAS. Les taux s'étendent de 23,2% à 51% selon la durée du traitement. Chez les délinquants sexuels adultes, ces taux sont de l'ordre de 30 à 50% selon ce que rapportent Beyko et Wong (2005). Une motivation au changement déficiente serait l'un des principaux facteurs responsables de cet abandon (Beyko & Wong, 2005). De manière plus générale, l'alliance thérapeutique (AT

ci-après) figure parmi les facteurs les plus susceptibles d'influencer l'issue de l'intervention proposée aux enfants et adolescents (Shirk & Karver, 2003).

Bien qu'on ait clairement démontré l'importance de la motivation au changement et de l'AT pour assurer le bon déroulement du traitement, les conditions de leur développement nous paraissent moins bien comprises et par conséquent, nécessiter une attention particulière. En effet, on peut se demander : quels facteurs sont associés au développement de ces deux ingrédients nécessaires au changement et dans quelle proportion sont-ils responsables de la variance de ceux-ci, chez une population d'AAS?

Dans un premier temps, il sera important de comprendre dans quel contexte s'inscrivent la motivation au changement et l'AT chez les AAS et de bien saisir les défis qu'ils posent aux intervenants. En abordant les questions du cadre d'intervention et des traitements sous contrainte, nous serons en mesure de mieux concevoir le contexte clinique dans lequel évolue un adolescent aux prises avec un comportement sexuel problématique. Dans un second temps, les assises théoriques de la motivation au changement et de l'AT seront rappelées et abordées sous un angle développemental afin de souligner leur caractère dynamique, c'est-à-dire le fait qu'ils sont sensibles à l'influence d'éléments internes et externes. Dans un troisième temps, nous discuterons des facteurs qui, selon la littérature empirique, peuvent affecter le développement de la motivation au changement et de l'AT. Enfin, nous exposerons notre problématique et l'intérêt de notre étude avant de présenter le devis de recherche, les résultats obtenus, ainsi que leur discussion.

1. Contexte théorique

1.1. L'intervention auprès des AAS

Le cadre d'intervention auquel les AAS sont assujettis s'avère particulier. Au Québec, dans 80 à 95% des cas, le traitement est encadré par une loi, qu'il s'agisse de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA ci-après) ou de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ ci-après) (Lafortune, Tourigny, Proulx & Metz, 2006). Dans le premier cas, si l'adolescent est reconnu coupable d'un délit à caractère sexuel, alors il reçoit, à la suite d'un procès au Tribunal -Chambre de la jeunesse - une peine visant à le sanctionner et le responsabiliser face à son geste (Lafortune & Paradis, 1990). Rappelons que, de manière générale, les lois visant les adolescents sont conçues dans une optique de réadaptation plutôt que de punition (Barbaree & Marshall, 2006). Il s'ensuit qu'une intervention ciblant les besoins du jeune est généralement planifiée.

Dans le cas de la LPJ, la prise en charge vise à interrompre les situations de compromission de la sécurité et du développement. Le jeune n'a donc pas à subir de procès. C'est néanmoins un juge (de la Chambre de la jeunesse) qui détermine s'il présente ou non un trouble de comportement associé à une problématique sexuelle, tel que sa sécurité ou son développement est jugé compromis, et qu'une intervention s'avère nécessaire. Dans d'autres cas, l'adolescent présentant un comportement sexuel inapproprié peut être référé aux intervenants en vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux. Ce jeune peut être aussi en attente d'une décision relevant d'une autre loi.

Il arrive également qu'un parent encourage ou fait pression pour que son enfant suive un programme de traitement. En somme, le fait de suivre un traitement n'est pas

systématiquement une question de contrainte judiciaire. Il n'en demeure pas moins que les jeunes amorçant une démarche thérapeutique sur une base volontaire sont moins nombreux.

1.1.1 Le processus judiciaire

Le processus judiciaire est l'une des principales voies menant au traitement des AAS (Bremer, 1998). Au Québec, le jeune qui commet une infraction sexuelle ou manifeste un comportement sexuel problématique se voit contraint de participer à un programme de traitement sans quoi il pourrait être de nouveau traduit devant le Tribunal ou, selon la législation en cause, recevoir un plan d'intervention plus restrictif de liberté, élaboré par le travailleur social assigné au dossier. En d'autres mots, un traitement ne peut être administré sous contrainte que si une disposition légale le prévoit. L'intervention est ainsi réellement imposée. Toutefois, même s'il n'y a pas de disposition légale, un individu peut participer à une intervention avec la perception d'y être contraint, ce que Day, Tucker et Howells (2004) appellent la «perception de coercition». Cette impression de contrainte peut, ultimement, être bénéfique du moment que l'individu perçoit, au cours du programme, que l'intervention a des effets positifs sur lui.

Tout contexte d'autorité aura des implications sur le plan des pratiques cliniques. Très peu d'études documentent l'effet d'une ordonnance sur le traitement des adolescents plus spécifiquement. Néanmoins, ce processus légal ne semble guère sans conséquences. Dans certains cas, il peut s'avérer long, laborieux et avoir une incidence sur la motivation du jeune avant même qu'il n'entame son traitement. Aux plans social et moral, il est juste de déclarer le caractère inadmissible et répréhensible du geste posé par l'adolescent, par contre ce dernier

peut alors se sentir stigmatisé, jugé et honteux. Ceci peut créer un sentiment de désespoir, ainsi qu'une attitude passive à l'égard de l'intervention subséquente (Jenkins, 2005). Autrement dit, la stigmatisation, réelle ou perçue, peut d'abord faire vivre au jeune des émotions négatives intenses avec lesquelles il n'arrive pas à composer (Gibson & Vandiver, 2008) et, dans un deuxième temps, influencer sa disposition à recevoir toute forme d'intervention.

Dans un autre domaine que celui de l'agression sexuelle, une étude américaine avance que la pression exercée par le système judiciaire, sur de jeunes toxicomanes, augmente leur rétention et leur participation dans le traitement lorsque la motivation intrinsèque est déficiente (Broome, Joe & Simpson, 2001). Chez les toxicomanes adultes et criminalisés, la coercition imposée par le système judiciaire semble être une source de motivation externe efficace au moment d'amener et de retenir les individus dans l'intervention (Orsi & Brochu, 2009).

D'entrée de jeu, les AAS sont souvent peu motivés au changement (Patel, Lambie & Glover, 2008) et ils adoptent généralement une réaction défensive, teintée de justification et de négation (Laforest & Paradis, 1990). Selon Miller (1991), une personne qui ne reconnaît pas le caractère problématique de son comportement est très peu susceptible de démontrer une ouverture vis-à-vis l'intervention. Cela dit, rappelons qu'il peut arriver que le jeune intègre un programme volontairement ou sous la pression parentale.

La Chambre de la jeunesse étant confrontée à des adolescents souvent peu motivés, son défi consiste à fournir une sorte de «déclencheur» du changement et à formuler des recommandations qui peuvent stimuler la motivation des AAS. Dans la plupart des cas, une motivation intrinsèque à opérer un changement n'est pas observable au début de l'intervention (Barbaree & Cortoni, 1993). Selon le National Task Force Report (1993), le fait d'avoir à affronter le système de justice peut pallier cette difficulté. En effet, l'expérience du parcours judiciaire aurait tendance à augmenter la responsabilité et la réceptivité de l'adolescent ainsi qu'à diminuer sa résistance vis-à-vis des interventions futures. Autrement dit, dans plusieurs cas, la réaction défensive et l'absence de motivation intrinsèque seraient passagères et circonstancielles, plutôt que stables et révélatrices d'un trait de personnalité (Hunter & Figueredo, 1999).

Bien que le passage dans le processus judiciaire puisse interférer avec le développement d'une AT solide, nombreux sont les auteurs qui avancent que le système judiciaire, au contraire, augmente les chances de succès du traitement (ex. : Efta-Breitbach & Freeman, 2004). Selon les tenants de cette position, l'encadrement par des mesures judiciaires est utile en ce sens qu'il incite le jeune, d'une part, à s'impliquer dans un processus de traitement et, d'autre part, à clarifier sa responsabilité dans les agressions sexuelles (Paradis, Lamothe, Perron & Michaud, 2003). Qui plus est, un agent de surveillance (ex. : le «délégué à la jeunesse» au Québec), peut assurer un suivi d'accompagnement et de surveillance en dehors du programme thérapeutique et apporter des services d'aide et de soutien aux membres de la famille (Efta-Breitbach & Freeman, 2004).

1.1.2 Les formats d'intervention

Auprès des AAS, les formats de groupe sont à privilégier, bien que les interventions individuelles et familiales représentent de bons compléments (Lemitre & Tardif, 2012). Les services offerts en groupe sont devenus la méthode de prédilection dans le traitement des délinquants en général (Ross, Polaschek & Ward, 2008) et la plus efficace dans le celui des AAS en particulier (Ikomi, 2008). Dans tous les cas, il est essentiel d'intervenir aussi en mode individuel afin d'approfondir les aspects abordés dans les rencontres de groupe (Lafortune et al., 2006).

Le format groupal pose certains défis sur le plan relationnel puisqu'en plus d'avoir à créer un lien de confiance avec le ou les thérapeutes (et les éducateurs advenant un placement sous garde), le jeune doit également établir des relations appropriées avec les autres participants. À cet égard, il ne faut pas oublier que le groupe est habituellement hétérogène, les jeunes se distinguant les uns des autres au niveau de leur âge, de leurs caractéristiques personnelles et délictuelles, ainsi que des facteurs reliés à leur développement individuel (Andrade et al., 2006; Miner et al., 2006). Ainsi, il est probable que les participants se situent à des stades de développement passablement différents. Notons que le fait de rassembler de jeunes contrevenants peut engendrer des effets iatrogènes, tels qu'une augmentation des risques de récidive (Arnold & Hughes, 1999).

À l'opposé, on peut avancer que le format de groupe présente aussi certains avantages. Tout d'abord, ce type d'intervention semble encourager une démarche d'intégration sociale, les interactions durant les séances procurant aux AAS des opportunités de socialisation,

d'apprentissage social et de modelage par les pairs (Efta-Breitbach & Freeman, 2004; Laforest & Paradis, 1990). Qui plus est, ce contexte favorise la communication et l'amélioration des habiletés sociales, souvent lacunaires chez cette population (McGarvey & Lenaghan, 1996). En plus d'offrir la possibilité d'un soutien mutuel entre les participants, le groupe est susceptible de faire diminuer les résistances et de générer des occasions de remise en question, d'une façon plus efficace qu'en intervention individuelle. En effet, d'une part, les participants se retrouvent en compagnie de personnes étant dans la même situation qu'eux, d'autre part, ils peuvent recevoir une rétroaction venant de leurs pairs. Frost et Connolly (2004) ont effectué une étude auprès de délinquants sexuels adultes afin d'observer l'impact du format groupal sur le traitement. Ils ont découvert que cette modalité augmente l'engagement des participants par rapport aux objectifs et tâches. Somme toute, malgré que les interventions faites en groupe puissent produire certains effets négatifs, elles semblent néanmoins efficaces.

1.1.3 Le cadre d'intervention en clinique externe

Les services spécialisés peuvent être offerts aux AAS aussi bien en établissement institutionnel qu'en communauté, à l'intérieur de groupes ouverts ou fermés. Peu d'études ont exploré l'effet du cadre sur l'issue du traitement (Efta-Breitbach & Freeman, 2004). Certains auteurs avancent que les programmes en milieu externe favorisent la réduction du nombre de placements sous garde de jeunes délinquants, notamment les AAS (Hunter, Gilbertson, Vedros & Morton, 2004). De plus, la durée de placement risque d'être écourtée et la transition entre le milieu sous garde et la communauté améliorée. En ce qui a trait à l'effet de programmes offerts dans la communauté sur la récidive sexuelle, ces derniers auteurs donnent

l'exemple du programme «Wraparound Milwaukee», implanté en 2000. Cette innovation consiste en une collaboration de partenaires dont les pratiques s'appuient sur la théorie des systèmes écologiques tels que la famille et la communauté. Quatre ans après la fin de l'intervention, sur la totalité des jeunes ayant participé au programme (N=101), 8% ont récidivé sexuellement. À titre de comparaison, on peut indiquer qu'avant l'implantation complète du «Wraparound Milwaukee», une étude sur la récidive au cours d'une période de cinq ans des jeunes référés au programme en 1996 dans la région de Milwaukee, a révélé un taux de récidive sexuelle de l'ordre de 15,5% (Driessen, 2002). Ces résultats montrent le caractère prometteur de ce type d'intervention communautaire.

1.2 La préparation au changement

1.2.1 Les fondements théoriques

Le modèle transthéorique du changement (ci-après MTC) permet de conceptualiser la motivation à changer (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & Norcross, 2001). Ce modèle a été construit à partir de travaux qui visaient à déterminer les facteurs communs à tous les processus de psychothérapie et de modification du comportement, d'où l'appellation «transthéorique» (Prochaska & Norcross, 1979). Selon les auteurs, la préparation au changement se divise en étapes (ou stades), qui se réfèrent aux aspects motivationnels impliqués. Initialement, ce modèle a été élaboré auprès de clientèles aux prises avec un problème de dépendance. Toutefois, en raison de son caractère polyvalent, il a progressivement été appliqué aux individus ayant différents comportements problématiques, mais se caractérisant tous par une réticence ou une résistance au changement (Corden &

Somerton, 2004). Ce modèle a également été utilisé auprès des AAS (O'Reilly, Morrison, Sheerin & Carr, 2001). En effet, ces auteurs utilisent les étapes du MTC afin de favoriser, chez ces jeunes, l'acceptation de la responsabilité de leurs gestes ainsi que l'identification de stratégies pour prévenir une récidive. De plus, selon Lambie (2004), l'utilisation du MTC dans l'intervention auprès des AAS aide les intervenants à comprendre comment le changement survient.

Le MTC conceptualise et mesure la préparation au changement à partir de cinq étapes distinctes, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien, l'individu devant les franchir pour en arriver à changer son comportement (Prochaska & DiClemente, 1983). La première étape, la précontemplation, est celle où l'individu n'a pas l'intention de changer son comportement dans un futur rapproché puisqu'il le nie ou le minimise totalement. Vient ensuite l'étape de la contemplation qui est caractérisée par une ambivalence, c'est-à-dire que l'individu oscille alors entre l'idée de changer et le statu quo. Il est alors susceptible de vivre des progrès au même titre que des reculs (O'Reilly et al., 2001). Le troisième degré de préparation au changement est la préparation (ou détermination), caractérisée par l'élaboration d'un plan avec des stratégies visant le changement. La quatrième étape est celle de l'action, ce qui signifie que l'individu entame le travail de modification de son comportement en faisant des efforts visibles et en utilisant des moyens concrets pour y arriver. La dernière étape du cycle est celle du maintien où l'individu fait des efforts pour maintenir ses acquis et éviter d'adopter de nouveau son comportement problématique. La reproduction du comportement non désiré (c.-à.-d. récidive générale ou sexuelle) représente néanmoins une éventualité, plus ou moins probable, notamment en

fonction du niveau de motivation et de la consolidation des acquis. Elle implique une régression habituellement temporaire à une étape antérieure à celle de l'action (Corden & Somerton, 2004). Bref, la motivation s'insère dans un processus segmenté en degrés de disposition à modifier un comportement. La progression entre l'étape de précontemplation et celle de la consolidation permanente du changement est non linéaire étant donné le caractère dynamique de la motivation (Miller & Rollnick, 2002; Prochaska & DiClemente, 1982). DiClemente (2003) résume cette idée en faisant de la motivation une série de «stades» et non un «trait».

Le MTC met un accent particulier sur la notion «d'intention» par rapport à la modification d'un comportement. Autrement dit, peu importe que le contexte encourage ou dissuade le comportement problématique, la responsabilité de corriger ce dernier appartient à l'individu (Corden & Somerton, 2004). Cette façon de voir redonne une part de responsabilité aux individus, ici aux AAS. Notons au passage que cela cadre très bien avec les objectifs de la LSJPA. Cela dit, l'intention, bien qu'indissociable du processus de changement, n'est pas suffisante. Ce processus dépend aussi d'autres facteurs, dont certaines stratégies cognitives, affectives et comportementales mises en œuvre par la personne pour diminuer le risque de rechute ou de récidive.

Aux stades et procédés du MTC s'ajoutent les marqueurs et le contexte du changement (DiClemente, 2004). Les marqueurs caractérisent l'étape où se situe la personne dans son cycle, par exemple lorsque le jeune arrive à peser les pour et les contre de la modification de son comportement (c.-à-d. balance décisionnelle) ou lorsqu'il est en mesure d'évaluer lui-

même l'efficacité d'une certaine conduite (Orsi, 2011). Le contexte réfère plutôt à des zones de la vie personnelle de l'individu et de son environnement, par exemple: 1) la situation de vie actuelle; 2) les croyances et attitudes de l'individu; 3) les relations interpersonnelles qu'il entretient; 4) les systèmes sociaux dans lesquels il évolue et 5) les caractéristiques personnelles durables (DiClemente, 2003). En d'autres mots, le «pourquoi» du changement peut impliquer autant des éléments individuels qu'environnementaux.

La plupart des écrits mettent l'accent sur la conceptualisation et la mesure de chacune des étapes du MTC, mais peu d'attention est portée à l'interaction entre les différents niveaux de motivation et les processus ou expériences qui favorisent ou limitent le changement (Corden & Somerton, 2004) en fonction des particularités de chaque problème rencontré. De plus, peu d'études empiriques portent sur les facteurs qui sont associés à la préparation et plus spécifiquement, chacune des étapes définies dans le MTC.

Ce modèle considère à la fois la modification d'un comportement faite de façon autonome, sans intervention thérapeutique, et celle qui se produit plutôt à l'intérieur d'un suivi thérapeutique. L'identification des caractéristiques individuelles et environnementales associées au fait de corriger une conduite lors d'un suivi apparait une avenue de recherche pertinente, d'autant plus qu'avec des populations contraintes, le changement est prescrit par une figure d'autorité extérieure. Selon la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (2008), la plus grande part de la motivation chez une personne s'expliquerait par les caractéristiques de son environnement proximal, telles que les récompenses et encouragements reçus, les pressions et demandes subies. En effet, les conditions sociales dans

lesquelles les personnes se retrouvent n'influencent pas seulement ce qu'elles font, mais comment elles se sentent pendant l'exécution d'un comportement.

Chez les délinquants sexuels adultes, la motivation au changement représente un problème crucial en ce sens qu'elle est généralement déficiente et qu'elle affecte négativement l'issue du traitement (Tierney and McCabe, 2002). Au manque de motivation au changement, peuvent s'ajouter la sévérité du problème et l'étendue des ressources personnelles des individus. Ainsi, le rythme auquel les délinquants changent est très variable (Marshall & Pithers, 1994). Tierney et McCabe (2002) soutiennent qu'il est essentiel d'étudier de façon empirique les facteurs qui risquent d'amener un changement positif chez les individus qui y sont réfractaires. En se basant sur les travaux de Miller (1983, 1985), ils dégagent d'ailleurs un ensemble de variables environnementales, cognitives, émotionnelles et comportementales impliquées dans le développement de la motivation au changement. Elles seront vues dans la section portant sur les facteurs explicatifs de la motivation au changement.

1.2.2 Le principe de la réceptivité

Dans le modèle Risque-Besoins-Réceptivité d'Andrews et Bonta (2006), le principe de la réceptivité réfère spécifiquement à l'ouverture de l'individu à l'intervention et à la manière dont il faut l'aborder (Serin & Kennedy, 1997). Le type d'intervention et le mode de traitement se doivent de correspondre étroitement au style d'apprentissage du délinquant (Kennedy, 2000). À ce titre, les études portant sur les populations de délinquants sexuels adultes ou adolescents démontrent que les approches qui semblent particulièrement efficaces sont de nature cognitive-comportementale (Cortoni & Nunes, 2005; Letourneau & Borduin,

2008). Le principe de réceptivité spécifie également que l'intervention devrait prendre en considération les caractéristiques individuelles qui peuvent influencer sur la capacité et la disponibilité, de chacun à bénéficier du traitement (Andrews & Bonta, 2006). Un examen des facteurs de réceptivité favorise donc une bonne préparation du délinquant à bénéficier du traitement. Les facteurs de réceptivité se distinguent en deux groupes : internes et externes. Parmi les facteurs internes, figurent la motivation au changement, qui est susceptible d'évoluer au fil du temps (Kennedy, 2000), l'étude de Barrett, Wilson et Long (2003), réalisée auprès de délinquants sexuels adultes, le montre bien. En effet, dans cette étude, une fois qu'ils ont quitté le traitement et qu'ils sont retournés au sein de la communauté, les participants ont vu leur motivation chuter dramatiquement. Ainsi, la motivation à corriger le comportement problématique serait sensible à l'influence d'évènements externes ou d'expériences internes. La littérature se fait quasi muette quant aux facteurs qui affectent la motivation. Malgré l'importance avérée de ce concept, la compréhension du processus qui sous-tend le développement de la motivation à modifier ses conduites reste un défi, à la fois pour les chercheurs et les cliniciens (Orsi & Brochu, 2009). Selon Barrett et al. (2003), les recherches futures devraient notamment tenter de documenter l'impact de stressseurs sur la motivation.

De leur côté Ward, Day, Howells et Birgden (2004) préfèrent parler de préparation au *traitement* ou «*readiness*» une notion qui serait plus inclusive et engloberait les notions de motivation et de réceptivité. Elle désigne les facteurs internes et externes qui, ensemble, déterminent si le délinquant s'engage dans une intervention et éventuellement, bénéficie de celle-ci. Les facteurs internes incluent les croyances par rapport au traitement, les expériences

passées similaires, ainsi que les objectifs poursuivis par le délinquant. Les facteurs externes comprennent, entre autres, le niveau perçu de contrainte à suivre le programme, le cadre d'intervention, la disponibilité des ressources et des programmes ainsi que le soutien des différentes personnes gravitant autour de l'individu concerné par l'intervention tels que des membres de la famille ou de l'institution dans laquelle prend place l'intervention. Pour Howells et Day (2003), le «*readiness*» serait plutôt faible chez les délinquants adultes, d'où l'importance d'en tenir compte autant en début de programme que pendant. De surcroît, plus il y a de facteurs (ou obstacles) différents qui nuisent, plus le risque de ne pas bénéficier de l'intervention augmente (Hubbard & Pealer, 2009). Considérant le caractère généralement contraignant du cadre d'intervention prévalant chez les AAS ainsi que le manque de motivation notable de ceux-ci, il est probable que, tout comme chez une population de délinquants adultes, la préparation au traitement en soit affectée.

En somme, le «*readiness*» est fonction d'une interaction de facteurs internes (c.-à-d. la personne) et externes (c.-à-d. le contexte) qui soutiennent le changement, dont la motivation. Par contre, bien que le modèle élaboré par Ward et al. (2004) nous semble intéressant pour situer la motivation au changement, il n'a pas encore été empiriquement validé.

1.2.3 À risque d'abandon?

Le fait que la motivation au changement, telle que formulée par le MTC, soit considérée comme une variable dynamique a d'importantes implications sur le déroulement de l'intervention. En effet, si elle est significativement associée à la participation, l'engagement et la rétention des individus dans le programme, alors elle influence ultimement

l'issue de ce dernier (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999; Greenstein, Franklin & McGuffin, 1999; Hiller et al., 2009). Le manque d'engagement, sous-tendu entre autres par une motivation déficiente (Mahoney, 1991), est un prédicteur significatif de l'abandon du traitement (Beyko & Wong, 2005). Abandonner prématurément l'intervention n'est pas sans conséquence. Cela augmente considérablement le risque de récurrence sexuelle, tant chez les agresseurs sexuels adultes (Hanson & Bussière, 1998) qu'adolescents (Worling & Langström, 2006). Bref, bien que la motivation au changement ne prédise pas la récurrence sexuelle (Hanson & Bussière, 1998), elle demeure un maillon significatif du processus qui y mène dans la mesure où elle influence la rétention dans le traitement. À l'inverse, l'investissement augmente les chances d'observer des retombées positives (ex. : désistement de la délinquance ou amélioration de la qualité de vie) d'où l'importance de bien comprendre la motivation.

1.2.4 Les résistances

La résistance, qui réfère à la crainte ou au refus de coopérer, de changer, ou de s'exposer à l'influence du thérapeute, s'avère un obstacle important dans la préparation au traitement et tout au long de celui-ci (Miller & Rollnick, 1991; Ward et al., 2004). Il a été noté que, chez les délinquants adultes incarcérés, la résistance a une incidence défavorable sur les résultats d'un traitement comme l'illustrent : une piètre assiduité, une implication plus faible de la part des participants ainsi qu'une baisse de l'efficacité du traitement (Preston, 2000). Tel qu'avancé par O'Reilly et al. (2001), les intervenants œuvrant spécifiquement auprès des AAS sont également confrontés à des résistances. En effet, certains AAS sont hostiles envers l'intervenant, complètement fermés par rapport au suivi ou tentent d'argumenter plutôt que de discuter de leur comportement problématique. En d'autres mots,

la résistance entrave l'atteinte des objectifs de l'intervention et augmente le risque d'interruption prématurée du traitement (Ward et al., 2004).

Se trouvant souvent au stade de la précontemplation, les AAS tendent à nier ou minimiser les gestes qu'ils ont commis, à refuser leur part de responsabilité dans l'infraction ou à adhérer à des croyances (c.-à-d. distorsions cognitives) justifiant le comportement sexuel problématique (Barbaree & Cortoni, 1993; Creeden, 2005; O'Reilly & Carr, 2006). Ces caractéristiques, typiques des AAS et de leurs homologues adultes, font obstacle au processus de réadaptation (Barbaree & Cortoni, 1993; Ikomi, 2008). Elles pourraient aussi augmenter le risque de récidive (Rich, 2009), bien que ceci soit plus controversé. En effet, peu d'études empiriques démontrent un lien significatif entre ces variables et la récidive. Les résultats d'une étude réalisée auprès d'agresseurs de femmes (*batterers*) (N=2 824) montrent d'ailleurs une corrélation faible entre les mesures de minimisation et déni ainsi que la perpétration de nouveaux incidents de violence conjugale (Henning & Holdford, 2006).

Les mécanismes de défense et distorsions cognitives permettent aux AAS de se protéger contre le jugement des autres et de la honte qu'ils pourraient ressentir par rapport au délit (Jenkins, 2005). De plus, des sentiments de culpabilité peuvent resurgir lorsque l'adolescent reconnaît que ses gestes ont enfreint des règles d'éthique, sociales ou personnelles (Ferrer et al., 2010). Par exemple, le délit commis peut aller à l'encontre de principes moraux personnels, ce qui crée ou augmente le sentiment de culpabilité. Ces sentiments sont susceptibles de survenir aussi bien avant le début de l'intervention que pendant. Lorsqu'ils sont vécus, il importe aux intervenants d'agir afin d'amener les jeunes à y

faire face (Jenkins, 2005), notamment en proposant des stratégies de coping (Ferrer et al., 2010). Le déni et la minimisation représentent des résistances fréquentes qu'il faut réduire pour que le niveau de motivation à s'engager dans un processus de changement s'améliore (Barbaree & Cortoni, 1993). Selon Tierney et McCabe (2002), la relation entre les distorsions cognitives et la motivation au changement n'a guère été empiriquement étudiée. Par conséquent, elle demeure relativement inconnue.

Que ce soit auprès des délinquants en général ou des AAS en particulier, l'évaluation de la motivation à changer est une étape importante qui doit être abordée par les cliniciens avant que ne débute l'intervention proprement dite. Les professionnels observeraient, chez les AAS, un manque flagrant de motivation à participer dès la première rencontre d'évaluation (Kolko, Noel, Thomas & Torres, 2004). De leur côté, Richardson, Bhate et Graham (1997) affirment que les AAS seraient, au contraire, assez bien préparés à se conformer aux exigences de l'évaluation prétraitement. Les complications surviendraient davantage au moment de participer à l'intervention et elles se manifesteraient souvent par de la réticence. Malgré cette divergence de points de vue, on peut considérer que les personnes responsables de l'évaluation travaillent de manière générale à ce que les AAS puissent s'investir sérieusement dans le programme d'intervention. Une entrevue motivationnelle est habituellement la méthode privilégiée lorsque l'individu présente une faible motivation, hésite à s'engager dans l'intervention ou a de la difficulté à changer son comportement (Miller & Rollnick, 1991; Naar-King & Suarez, 2011). Son efficacité est de plus en plus démontrée empiriquement (Naar-King & Suarez, 2011).

1.2.5 L'adolescence et la motivation

La motivation étant un facteur dynamique, elle demeure un défi important même une fois que l'intervention a commencé à être pratiquée, spécialement auprès des adolescents (Greenstein et al., 1999). Apporter un changement à long terme peut s'avérer une tâche difficile durant l'adolescence, une période développementale fertile en changements. L'adolescent tente notamment de stabiliser son concept de soi, de définir son identité, en adoptant des rôles, bien souvent temporaires (Naar-King & Suarez, 2011). Les adolescents sont dans une phase où ils cherchent également à se différencier et se distancer des adultes (Lambie, 2005). Ils recherchent l'autonomie émotionnelle et comportementale, c'est-à-dire le fait de se séparer de la relation de dépendance avec les adultes et de prendre eux-mêmes des décisions, sans se référer constamment aux conseils donnés par les adultes (Rice & Dolgin, 2008). À travers cette transition, l'acquisition de l'autonomie consisterait pour eux à remettre l'autorité en question et à la défier (Baer & Peterson, 2002). Les problèmes avec l'autorité peuvent alors augmenter la résistance à l'intervention et du coup, nuire à celle-ci. Toutefois, l'entretien motivationnel utilise la recherche d'autonomie comme moyen pour encourager les jeunes à participer dans l'intervention et ainsi, susciter le changement. Ceci est intimement relié au principe de responsabilisation pour les actions posées (Miller & Rollnick, 2002).

Les complications relatives à l'intervention faite auprès des adolescents peuvent aussi être attribuables à des mécanismes de défense, des limitations développementales ou à l'adoption d'une perspective différente de celle des adultes à propos du problème (Zack, Castonguay & Boswell, 2007). Bref, chez tout adolescent contraint à participer à un programme d'intervention, la motivation devrait être réévaluée périodiquement étant donné le

caractère changeant de celle-ci, mais également en raison des particularités de cette étape développementale. L'intervention serait par la suite à adapter au degré de motivation.

1.2.6 Les facteurs explicatifs de la motivation

La motivation au changement, on l'a déjà dit, est un phénomène complexe, influencé par diverses variables personnelles, interpersonnelles, environnementales et temporelles (Miller, 1983; 1985). La littérature scientifique propose un certain nombre de variables ayant une incidence sur la propension des délinquants à s'engager dans un traitement.

Tout d'abord, notons l'importance des caractéristiques personnelles telles que les traits de personnalité, les attitudes et le tempérament (Kennedy, 1999). Parmi ces caractéristiques et attitudes, figurent l'impulsivité, le mauvais contrôle de la colère, l'insensibilité, de faibles aptitudes à résoudre les problèmes, les attitudes antisociales, les valeurs et les croyances (Barbaree & Cortoni, 1993; Kennedy, 1999). L'étude de Sleznick et al. (2009) montre que la détresse psychologique peut augmenter la motivation à changer. En effet, chez des adolescents fugueurs aux prises avec un problème de consommation, la perception négative de l'environnement augmente les symptômes dépressifs, qui à leur tour, augmentent la motivation à changer.

Relativement aux variables environnementales, le climat social, c'est-à-dire l'ensemble des propriétés ou conditions relatives à l'environnement interne de l'institution, aurait une incidence sur la réceptivité des délinquants (Adjukovic, 1990). À cet effet, Tierney et McCabe (2002) discutent de l'effet du système légal sur la motivation au changement chez

une population de délinquants sexuels. Ils soulignent entre autres que le rôle du thérapeute puisse miner la motivation parce qu'il fait partie du système légal ou institutionnel recommandant l'intervention. Par contre, aucune donnée empirique n'appuie leurs propos. En cette matière, d'autres études portant sur la motivation au changement des délinquants sexuels adultes ont également questionné le cadre légal (p. ex. l'obtention plus rapide d'une libération conditionnelle ou des accommodements à l'intérieur de l'institution carcérale) comme principal motif à participer à un traitement. Ces études abordent essentiellement la question sous l'angle de la motivation extrinsèque. Pourtant, bien que cette dernière réussisse dans certains cas à susciter le changement, la motivation intrinsèque est tout aussi pertinente, voire plus à même de favoriser le maintien des acquis (Ryan & Deci, 2000).

Tierney et McCabe (2002) dressent un tableau des variables cognitives, émotives et comportementales susceptibles d'être associées à la motivation au changement chez les délinquants sexuels adultes. Les distorsions cognitives, les attitudes, les attributions du comportement, l'empathie, les émotions qu'éveillent le comportement sexuel, les comportements à l'intérieur du programme de traitement ainsi que l'utilisation de stratégies pour prévenir la récidive figurent à l'intérieur de ce tableau. Ces nombreuses variables n'ont toutefois point été testées empiriquement. Les différents auteurs soutiennent la pertinence d'évaluer la relation entre de telles variables et la motivation au changement chez cette population délinquante.

Selon Miller et Rollnick (1991; 2002) ainsi que Barrett et al. (2003), la motivation est un processus interpersonnel sur lequel l'intervenant peut exercer une influence positive. De

plus, l'étude d'Orsi (2011), basée sur des observations non participantes et des entretiens semi-dirigés, conclut qu'une relation positive entre un jeune et son intervenant augmente le désir du jeune à modifier son comportement problématique, dans ce cas-ci, la consommation de substances psychoactives. Ainsi, nous croyons pertinent, comme d'autres auteurs, d'étudier la relation entre l'alliance thérapeutique et la motivation au changement (Cartwright, 1980; Lambie, 2005), particulièrement chez des jeunes qui sont contraints à suivre un programme de traitement ou qui évoluent dans un contexte d'autorité (Orsi, 2011). Les travaux sur le MTC proposent de nombreux processus favorisant la progression d'un stade de changement vers un autre. L'AT figure d'ailleurs parmi ces processus (Prochaska & Norcross, 2001). Chez les adolescents, le fait d'être motivé à changer serait associé à une AT positive, plus particulièrement par rapport au respect des objectifs et tâches reliés au traitement (Fitzpatrick & Irannejad, 2008).

1.3 L'alliance thérapeutique

Au cours des dernières années, des études ont corroboré empiriquement ce que de nombreux psychothérapeutes ont observé depuis l'époque de Freud : l'alliance thérapeutique contribue au processus de changement ainsi qu'au succès de l'intervention (Elvins & Green, 2008; Ross, Polaschek & Ward, 2008). D'après Horvath et Bedi (2002), l'AT compterait d'ailleurs pour environ un quart de la variance de l'issue du traitement. Bien qu'une AT positive contribue au processus de changement, il faut souligner que certains individus progressent dans le changement malgré une relation tendue avec l'intervenant.

1.3.1 Le concept de l'AT

La notion d'alliance thérapeutique¹ tire ses origines des travaux psychodynamiques de Freud, puis elle a été reprise par plusieurs auteurs, dont Bordin (1979). L'AT renvoie précisément à l'accord entre le thérapeute et son client en ce qui a trait à la détermination des objectifs et tâches reliés au traitement, et ce, à l'intérieur d'une relation de confiance mutuelle (Bordin, 1979). La présence des trois facteurs (c.-à-d. entente sur les objectifs, entente sur les tâches, lien) contribue au développement d'une AT positive. Les objectifs établis servent de guides pour l'intervention et les tâches consistent aux activités spécifiques qui sont prévues pour atteindre les objectifs. Le lien réfère à la relation de confiance qui se construit à partir des objectifs et tâches. Le modèle de Bordin souligne la nature complexe et multidimensionnelle de l'AT et, au même titre que la motivation au changement, la considère comme un phénomène dynamique (Bordin, 1979; Horvath, Gaston & Luborsky, 1993; Miller & Rollnick, 2002; Orsi, 2011). En effet, l'AT est une expérience relationnelle qui se construit (Safran & Muran, 2000) et qui risque de fluctuer considérablement entre le début et la fin du traitement.

Une des forces du modèle élaboré par Bordin est sa simplicité, mais celle-ci peut aussi être vue comme une faiblesse, c'est-à-dire un manque de profondeur (Ward, Polaschek & Beech, 2006). Selon les gens qui le critiquent, ce modèle n'est rien de plus qu'une description de composantes et très peu de détails sont proposés quant aux mécanismes sous-jacents au développement de l'AT. Par exemple, bien qu'il soit question du rôle des capacités et caractéristiques individuelles dans la manière de répondre aux diverses tâches ou encore sur le

¹ Dans ce mémoire, la notion d'alliance thérapeutique est utilisée au sens large. Elle ne se limite pas à décrire la psychothérapie, mais bien toute forme d'intervention psychosociale.

développement du lien dyadique (Safran & Muran, 2000), elles ne sont guère détaillées. Une des quatre grandes propositions du modèle conceptuel de Bordin suppose cependant que la force de l'AT dépend de la proximité et de la compatibilité entre les demandes et les caractéristiques personnelles, à la fois du client et du thérapeute.

1.3.2 L'AT, un processus interpersonnel

Selon les auteurs qui se sont penchés sur la question, l'AT se construit en fonction de l'interaction entre le client et son thérapeute. Ainsi se dessinent des modèles relationnels, positifs ou négatifs, qui auront un impact sur le déroulement et la qualité des interventions (Safran & Muran, 2000). La rupture d'alliance représente d'ailleurs une des menaces potentiellement nuisibles au bon déroulement d'un traitement, et ce, particulièrement lorsqu'un cadre légal chapeaute les interventions. Selon Safran et Muran (2006; p.289), une rupture d'alliance...

...can be defined as a breakdown in the collaborative process between therapist and patient, a poor quality of therapist-patient relatedness, a deterioration in the communicative situation, or a failure to develop a collaborative process from the outset.

En suivant la conceptualisation de Bordin (1979), la rupture d'alliance consiste en des désaccords au niveau des objectifs et tâches de la thérapie ou en des problèmes par rapport à la dimension relationnelle (Safran & Muran, 2000). Ainsi, l'expérience d'une rupture d'alliance fait appel à la notion de négociation. Le client apprend donc à négocier à partir de ses propres besoins ainsi que ceux des autres en vue d'acquérir une capacité

d'intersubjectivité, c'est-à-dire pouvoir considérer que lui et les autres sont des sujets, et de vivre des relations authentiques (Safran & Muran, 2000).

Les compétences de l'intervenant facilitent l'établissement d'une AT positive et la réparation d'une rupture d'alliance. La chaleur, la gentillesse et l'ouverture de l'intervenant en sont quelques exemples (Thakker, Ward & Tidmarsh, 2006). Les études de Marshall (2005) ont permis d'apporter certaines précisions sur les caractéristiques de l'intervenant qui influencent le processus de changement, spécialement chez les délinquants sexuels adultes. Il s'agit de l'empathie et de la chaleur, ainsi que d'une attitude gratifiante (*rewardingness*) et de la directivité. L'attitude gratifiante réfère à la capacité d'offrir des encouragements verbaux aux clients, peu importe les progrès accomplis et l'objectif poursuivi. La directivité signifie de diriger l'individu dans son cheminement sans trop utiliser une approche rogérienne, ni émettre trop d'instructions directes qui pourraient minimiser la responsabilisation par rapport au comportement.

Jusqu'à présent, peu de données probantes existent quant aux processus et facteurs qui façonnent l'AT (Elvins & Green, 2008). Mis à part les habiletés de l'intervenant, les caractéristiques personnelles et interpersonnelles d'un sujet telles que sa personnalité, ses expériences passées, ses capacités, ses objectifs, ses attentes ainsi que son fonctionnement social et interpersonnel agiraient sur l'AT (Elvins & Green, 2008; Kazdin & Whitley, 2006; Ross et al., 2008). Selon la recension des écrits d'Orsi, Lafortune et Brochu (2010), tant les variables reliées au contexte de l'intervention que les caractéristiques individuelles des jeunes sont importantes dans l'établissement d'une alliance de travail.

Les AAS représentent un groupe d'adolescents souvent caractérisés par des difficultés sur le plan des habiletés sociales et des relations interpersonnelles. Leur vécu peut également avoir été marqué par des sévices physiques ou sexuels. Ainsi peuvent s'installer une vigilance excessive et un manque de confiance en autrui, ce qui rend ardu l'établissement d'un lien affectif (Eltz, Shirk & Sarlin, 1995).

La plupart des études ayant vérifié l'importance de l'AT font référence à des populations adultes (Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Baratt & Hwang, 2000), dans un contexte de psychothérapie traditionnelle. Certains auteurs ont commencé à documenter l'influence de l'AT dans le contexte d'interventions offertes en établissement (Kennedy, 2000). Lorsqu'il est question de la réadaptation de délinquants adultes dans un milieu institutionnel, la personnalité, au même titre que la motivation, semblent influencer l'investissement des individus dans l'intervention. Par contre, rien n'est avancé sur les types ou traits de personnalité plus susceptibles de favoriser ou nuire au développement d'une AT. Bien que peu d'études l'aient mis à l'épreuve empiriquement, on peut penser que chez les délinquants adultes, les troubles de personnalité tels que le trouble de personnalité antisociale et le trouble de personnalité limite, interfèrent avec le développement et le maintien de l'AT (Ross et al., 2008).

Selon les travaux effectués auprès de délinquants sexuels adultes, une bonne estime de soi chez le délinquant est nécessaire pour que celui-ci s'engage dans l'intervention (Marshall, Anderson & Fernandez, 1999). Le fait de collaborer de façon positive avec le délinquant et de véhiculer un message d'espoir favorise le succès de l'intervention (Marshall et al., 2005). Il

existe un manque considérable d'études portant sur les facteurs associés au développement et au maintien de l'AT et ce, plus particulièrement chez les adolescents (Ross et al., 2008; Zack, Castonguay & Boswell, 2007). On peut néanmoins faire l'hypothèse que certaines caractéristiques individuelles telles que la personnalité, la perception de soi, la qualité des relations d'attachement et la nature des stratégies de *coping* sont associées au développement de l'AT.

1.3.3 L'alliance thérapeutique chez les adolescents

Établir une AT positive auprès des adolescents est tout aussi important qu'avec les adultes (Fitzpatrick & Irannejad, 2008). Un adolescent motivé à changer son comportement est plus susceptible de développer une AT positive. Il importe d'engager l'adolescent, sans quoi il peut sentir une perte de contrôle et refuser de s'investir. De plus, les adolescents n'ont pas nécessairement les capacités cognitives pour comprendre tout ce qui concerne l'intervention, certains aspects étant plus abstraits que d'autres. À cet effet, l'importance de la notion d'objectif, l'une des trois dimensions du modèle de Bordin (1979), ne serait pas appuyée par les études empiriques (Zack et al., 2007). Il faut rappeler que les jeunes sont généralement référés par une tierce personne et n'ont donc pas nécessairement pris conscience du caractère problématique de leur comportement. N'étant pas en accord avec le fait de participer à l'intervention et n'arrivant pas à établir les priorités pour corriger le comportement, les adolescents peuvent ultimement être en conflit avec les figures d'autorité (Zack et al., 2007; Elvins & Green, 2008).

Par ailleurs, durant l'adolescence, les jeunes vivent des émotions, parfois intenses, sans trop savoir comment les réguler. Or, établir un lien de confiance peut s'avérer long chez les adolescents présentant des troubles émotionnels (Rauktis et al., 2005). Le contexte d'intervention auprès des AAS encourage néanmoins l'expression des émotions, les jeunes devant notamment discuter, en groupe, les circonstances qui entourent leur passage à l'acte, leurs expériences traumatisantes ou autres difficultés vécues (Creeden, 2005). Or, des émotions telles que la honte, la culpabilité ou le dégoût peuvent découler de la reconnaissance des gestes et, du point de vue du jeune, l'abattre, lui faire perdre son sentiment de valeur et d'intégrité personnelle (Jenkins, 2005). Ainsi, le jeune est à risque d'éviter de parler de ses émotions, entre autres en niant, minimisant ou justifiant les répercussions des gestes commis. Il importe que le jeune acquière les outils qui lui permettront de se sentir en contrôle et de réguler efficacement ses affects (Creeden, 2005).

De plus, il faut s'assurer de bien définir et clarifier les attentes vis-à-vis le programme d'intervention. En imaginant l'environnement dans lequel s'inscrit une intervention, il peut être facile de s'imaginer un individu motivé et ayant un sentiment d'efficacité personnelle qui fréquente un thérapeute compétent, dans un endroit confortable. Il en va autrement dans un contexte institutionnel, contraignant et sous l'autorité d'une instance juridique. Avec la population délinquante adulte, le développement de l'AT risque d'être influencé par des facteurs institutionnels (Catty, 2004), soit les facteurs propres au système légal, qui sont hors du contrôle du client et de l'intervenant, et ceux directement associés au contexte thérapeutique (Ross et al., 2008). À notre connaissance, une seule étude a traité du rôle joué par le cadre d'intervention dans la réadaptation des jeunes. Il s'agit d'une étude portant sur les

jeunes en milieu scolaire et qui montre qu'une trop grande implication de l'établissement scolaire dans l'intervention exacerberait les troubles de comportement (Florsheim et al., 2000). Bref, la façon dont le cadre influence la manière dont le jeune réagit dans l'intervention n'a été que peu examinée.

Somme toute, le concept d'AT chez les enfants et adolescents demeure peu élaboré. Cette situation nécessiterait une spécification de ses composantes (Di Giuseppe, Linscott & Jilton, 1996), d'autant plus que bien souvent, les chercheurs et cliniciens se contentent d'importer le concept des travaux portant sur les adultes (Elvins & Green, 2008).

1.3.4 Le soutien social

La question du soutien social ou du soutien parental en tant que facteur facilitant le bon déroulement d'une intervention et l'établissement d'une AT positive est soulevée dans de nombreuses études (Lambert, 1992; Mallinckdrodt, 1992; Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff & Heller, 2005; Rich, 2009). Il est noté que, chez les AAS, un soutien parental déficient, au même titre qu'une relation problématique avec le ou les parents, augmente le risque que ces jeunes poursuivent leur carrière criminelle au-delà de l'infraction de référence (Smallbone, 2006; Worling & Langström, 2006). Idéalement, les parents devraient participer dans l'intervention, par l'entremise de thérapies familiales ou d'approche multisystémique. Sinon, ils devraient, du moins, soutenir les efforts des jeunes et mieux les encadrer (Langton & Barbaree, 2006; Letourneau & Swenson, 2005).

1.3.5 Un climat thérapeutique

Selon la recherche, le climat de groupe ainsi que les qualités des intervenants influencent la réponse des AAS à l'intervention (Langton & Barbaree, 2006). De façon générale, le contexte dans lequel ont lieu les interventions aurait une incidence sur l'AT (Elvins & Green, 2008), mais il manque de précisions quant aux caractéristiques de ce contexte et leur effet sur l'AT. Par exemple, le cadre d'intervention influencerait le développement d'une AT (Thakker et al., 2006). Aussi, bien que l'utilisation de la confrontation soit délicate, du moment qu'elle se fait avec respect et soutien (Barbaree & Cortoni, 1993), elle demeure une technique efficace. Enfin, un environnement clair, structuré et où les attentes sont précises apparaît important à l'égard du développement d'une AT.

1.4 Synthèse des facteurs explicatifs

Jusqu'à présent, cette revue de la littérature a permis de soulever un certain nombre de facteurs qui semblent associés à la motivation au changement et à l'alliance thérapeutique. Bien que la plupart des conclusions relatives à ces facteurs soient le fruit d'études portant sur des populations de délinquants adultes, il est probable de retrouver quelques ressemblances avec les AAS.

Dans un premier temps, il existe une interrelation entre la motivation au changement et l'AT. Dans l'étude de Fitzpatrick et Irannejad (2008), réalisée auprès d'adolescents aux prises avec divers problèmes (p. ex. difficultés relationnelles, dépression, idées suicidaires, problèmes scolaires, etc.), il semble que ceux motivés par le changement soient plus

susceptibles de créer une AT positive. De façon générale, le niveau de participation est un bon indicateur de la qualité de l'AT (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006).

Ensuite, selon les travaux de Kennedy (1999) réalisés auprès de populations carcérales adultes, la personnalité des contrevenants aurait une incidence sur la disposition de ceux-ci à s'engager dans un programme correctionnel. Peu de précisions sont cependant apportées quant aux dimensions de la personnalité associées à l'engagement dans l'intervention. Bien que la présente étude porte sur des AAS, il est probable de retrouver la personnalité en tant que facteur susceptible d'affecter la démarche thérapeutique. À l'aide de l'Inventaire de Jesness seront précisés les traits de personnalité des adolescents délinquants susceptibles d'influencer la motivation au changement et l'AT.

Comme l'indique le MTC, la précontemplation est caractérisée entre autres par du déni ou de la minimisation. Or, une fois que l'individu surpasse cette étape de négation, c'est synonyme d'une motivation croissante, mais non sans obstacles. Ainsi, la motivation au changement des AAS pourrait, en partie, être associée à ces derniers facteurs. Au niveau de l'AT, il est également possible que les distorsions cognitives affectent son développement. L'intervenant encourage d'ailleurs le délinquant à modifier ses distorsions et tente de lui enseigner les habiletés nécessaires pour y parvenir et adopter des comportements prosociaux. L'AT est un excellent véhicule qui facilite ce changement (Marshall et al., 2005), mais qu'en est-il exactement de l'effet de ces distorsions sur la relation thérapeutique?

Une fois le processus thérapeutique enclenché, les professionnels tentent, par divers moyens, d'outiller les AAS afin d'affronter leur problématique sexuelle. Ainsi, ils développent différentes stratégies qui encouragent le changement. Dans l'étude de Wei (2009) effectuée auprès d'adolescents aux prises avec un problème de dépendance aux substances, il a été noté que des stratégies de *coping* orientées sur l'expression des émotions ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle augmentaient la motivation à changer le comportement de dépendance. De plus, l'auteure a observé que le soutien social était associé à une augmentation de la motivation. Des précisions seront donc apportées sur la question des stratégies de *coping* utilisées par les AAS et sur le soutien social reçu en lien avec la motivation au changement et l'AT.

Les difficultés des AAS sur le plan des habiletés sociales et des relations interpersonnelles, ainsi que le passé parfois marqué par des sévices physiques ou sexuels sont des facteurs susceptibles d'affecter l'établissement d'un lien affectif, notamment de par une vigilance excessive et un manque de confiance en autrui (Eltz et al., 1995). Qui plus est, pour certains survivants de traumatismes (p. ex. sexuels), l'aide reçue nuit au maintien d'une interaction positive avec un intervenant, en raison de préoccupations importantes au niveau de l'individualisation et de la détermination de soi (Brière, 1992). En effet, la personne présenterait une mauvaise intégration du soi, une confusion sur le plan de ses limites personnelles et serait plus susceptible de vivre des difficultés relationnelles, notamment en relation d'aide. De bons paramètres d'intervention (p. ex. cadre, limites, sécurité, respect de l'intimité, qualités du thérapeute, etc.) se doivent d'être présents pour que la relation

thérapeutique soit bénéfique. Bref, il s'avère pertinent d'observer l'effet de ces derniers facteurs sur le développement de la motivation au changement et de l'AT.

Le format d'intervention (c.-à-d. groupal versus individuel) aussi bien que différentes caractéristiques relatives au contexte d'intervention posent également un défi sur le plan relationnel puisqu'ils disposent les AAS à créer et gérer différents liens. Or, une attention sera portée à ce niveau.

Enfin, il semble que les caractéristiques du milieu dans lequel ont cours les interventions influencent la réceptivité des délinquants adultes. À cet effet, il est question du rôle joué par le climat social, c'est-à-dire les propriétés internes de l'établissement. Bien que l'intervention auprès des AAS ne se déroule pas dans le même type de complexe correctionnel que les délinquants adultes incarcérés, les AAS demeurent néanmoins assujettis en majorité à un cadre légal, donc sous contrainte, et il existe une structure dans l'administration de l'intervention. Le milieu social dans lequel se déroule l'intervention devrait donc influencer la motivation au changement et l'AT.

1.5 Problématique

La motivation à changer et l'alliance thérapeutique sont deux ingrédients dynamiques déterminants relativement au traitement des adolescents agresseurs sexuels. Considérant le contexte qui entoure l'intervention auprès de ces jeunes, nous croyons pertinent de mieux comprendre comment ils qualifient leur motivation à changer leur comportement problématique ainsi que l'alliance qui les unit à l'intervenant. Le contexte dans lequel

s'inscrit l'intervention (p. ex. l'implication de la loi et du système judiciaire dans le processus de référence au traitement, le groupe comme principale modalité d'intervention) ainsi que le jeune dans toute son individualité (c.-à-d. caractéristiques personnelles, expériences passées et type de délit sexuel) risquent, à certains égards, d'influencer, à tort ou à raison, la participation du jeune dans l'intervention, en matière d'intention de changer et de volonté à établir une relation thérapeutique. Cet ensemble de facteurs nous apparaît potentiellement responsable de comportements et attitudes adoptés par les AAS qui menacent le déroulement de l'intervention. Nous supposons donc que le développement de la motivation à changer et de l'AT est, en partie, associé aux caractéristiques individuelles et contextuelles (p. ex. environnement institutionnel, perception de soutien social). Jusqu'à présent, nous constatons que les études discutent de la pertinence de comprendre le développement et le maintien de ces deux variables. Par contre, les facteurs identifiés pouvant être associés sont bien souvent le fruit d'un raisonnement clinique et non d'un travail empirique.

2. Méthodologie

2.1 Objectifs de la recherche

Ce mémoire cherche à identifier les variables individuelles et contextuelles associées au niveau de motivation à changer ainsi qu'à l'alliance thérapeutique établie par des AAS exposés à un traitement de groupe. De façon plus spécifique, nous souhaitons :

- Établir le profil clinique des AAS de notre échantillon.
- Dresser un portrait des AAS sur les plans de la motivation à changer et de l'alliance thérapeutique.
- Connaître la représentation qu'ont les AAS de l'environnement institutionnel dans lequel ils suivent un programme de traitement et leur perception du soutien social reçu.
- Identifier les facteurs associés au développement de la motivation au changement ainsi qu'à celui de l'alliance thérapeutique.

2.2 Participants

Aux fins de cette étude, 166 adolescents agresseurs sexuels ont été recrutés au cours des années 2002 à 2004 dans le cadre d'un projet de recherche subventionné (FQRSC; Proulx, Tourigny & Lafortune). Ils proviennent de sept différents centres de traitement situés sur le territoire québécois. Pour faire partie de cette recherche, les AAS devaient débiter un traitement dans l'un de ces sept centres entre avril 2002 et octobre 2003. Divers questionnaires ont été administrés par une équipe d'agents de recherche qui se déplaçait dans les locaux des centres de traitement. Ces questionnaires ont été remplis en début et «en

cours»² de traitement, soit deux mois après le début des activités. L'âge des participants varie de 12 à 19 ans lors de la date de passation des questionnaires prétraitement, alors que l'âge moyen est de 14,6 ans (ÉT=1,46). Les lignes suivantes présentent les variables à l'étude ainsi que les instruments de mesure ayant été utilisés.

2.3 Instruments de mesure

2.3.1 Variables dépendantes

Motivation au changement

En cours de traitement, la motivation au changement a été mesurée à l'aide de l'University of Rhode Island Change Assessment (URICA; Prochaska & Diclemente, 1982). L'URICA a été développé afin de déterminer la motivation d'un sujet au changement (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983). Cet outil compte quatre sous-échelles qui réfèrent à quatre des cinq étapes de motivation à changer (c.-à-d. précontemplation, contemplation, action, maintien). Lorsque la consistance interne a été testée auprès d'un échantillon d'adolescents (n = 89), l'alpha de Cronbach a varié entre 0.77 et 0.88 pour chacune des quatre sous-échelles (Greenstein et al., 1999). Ces coefficients sont satisfaisants et similaires à ceux rapportés dans la littérature lorsque l'URICA est administré à des échantillons d'adultes.

² Étant donné la variation au niveau de la durée des traitements suivis par chaque participant, l'intervalle de deux mois a été jugé acceptable

Alliance thérapeutique

Dans cette étude, l'alliance thérapeutique, qui représente la seconde variable dépendante, a été mesurée en cours de traitement par le California Psychotherapy Alliance Scale – Patient Version (CALPAS-P) (Gaston, 1991). Cet outil vise à mesurer le degré d'alliance de travail établie entre un sujet et son thérapeute. D'ailleurs, le questionnaire tient compte de la contribution du client et du thérapeute. Il comprend un score total ainsi que quatre sous-échelles : 1) l'engagement du client, reflétant la capacité de celui-ci à établir un lien affectif positif avec le thérapeute et la thérapie; 2) la capacité de travail du client, décrivant l'aptitude de celui-ci à collaborer aux tâches de la thérapie; 3) la compréhension et l'engagement du thérapeute, représentant la contribution du thérapeute à l'alliance sur les plans de la compréhension empathique et de l'engagement dans la thérapie; 4) le consensus sur les stratégies de travail reflétant l'entente entre le client et le thérapeute vis-à-vis des buts et tâches de l'intervention. La validation française de cet instrument a conclu à des coefficients alpha variant entre .68 et .75 (Cournoyer, Ouellet & Sabourin, 1991). La moyenne des scores de ces quatre sous-échelles donne un résultat global qui informe sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Dans la présente étude, la variable dépendante ne tient compte que du score total. Par ailleurs, il est à noter que les jeunes participants ont répondu au CALPAS-P à deux reprises, puisqu'ils ont dû évaluer deux intervenants. Dans les analyses qui seront présentées, seulement le premier a été pris en compte en supposant qu'il était le principal animateur des séances de traitement (l'autre étant un co-animateur).

2.2.2 Variables indépendantes décrivant les individus

Traits de personnalité

L'Inventaire de Personnalité de Jesness (JI) (Jesness, 1996) a été rempli par les adolescents en phase prétraitement. C'est un questionnaire de 155 questions «vrai/faux» désigné spécifiquement pour les jeunes de 8 à 18 ans. L'instrument sert à mesurer un nombre de dimensions discriminant les traits de personnalité chez les adolescents délinquants qui peuvent faire obstacle à l'intervention. Il existe deux manières de classer les sujets, la méthode des *scores-T* et celle des niveaux de maturité interpersonnelle (*I-Level Probabilities*). Nous avons retenu la première qui produit des résultats en fonction de 11 échelles, lesquelles correspondent à différents construits associés à la délinquance (Lafortune, 1997).

La mésadaptation sociale (SM) réfère à un ensemble d'attitudes généralement associées à une mauvaise intégration à la vie en collectivité. Les thèmes mesurés par cette échelle sont : une tendance à avoir un concept de soi négatif, une méfiance considérable vis-à-vis des figures d'autorité, une propension à blâmer autrui pour ses problèmes personnels, une tendance à exprimer de l'agressivité, additionnées à un mauvais contrôle de celle-ci, une hypersensibilité à la critique ainsi qu'un développement insuffisant de la conscience morale.

L'orientation aux valeurs (VO) délinquantes réfère à la théorie de Walter Miller (1955) qui stipule que la délinquance est une conduite typique des gens provenant de cultures socioéconomiques défavorisées. Parmi les attitudes, figurent un sentiment d'aliénation, la recherche d'excitations fortes, la peur de l'échec, la recherche d'une maturité précoce, la

tendance à décrire les tensions antérieures en matière de malaises physiques, ainsi que l'établissement de relations pauvres et peu satisfaisantes avec les pairs et les adultes.

L'échelle d'immatunité (Imm) vise à mesurer la tendance des jeunes à adopter des réponses, attitudes, points de vue et perceptions qui sont typiques d'individus significativement jeunes qu'eux. Le contenu des items suggère que les individus immatures sont naïfs en ce qui a trait à l'évaluation de leurs motivations et celles des autres. Ils tendent également à supprimer ou réprimer leurs problèmes en vue de se conformer. Ils expriment leur anxiété à travers des symptômes somatiques et adoptent une position passablement passive dans leurs relations avec autrui.

Un score élevé sur l'échelle de l'autisme (Au) indique un individu qui se perçoit autosuffisant, intelligent, dur et beau. Toutefois, au même moment, il affirme entendre des choses, sentir qu'il y a quelque chose qui ne tourne pas rond dans son esprit, aimer rêvasser, préférer être seul, être craintif, et se plaindre de maux somatiques. En d'autres mots, c'est une tendance à évaluer son image de soi d'une manière irréaliste puisque derrière celle-ci se cache une personne habitée par un sentiment d'insécurité.

L'aliénation (Al) réfère à la présence d'une méfiance ainsi que d'une rupture dans les relations interpersonnelles, spécialement lorsqu'elles impliquent des figures d'autorité. L'individu qui obtient un score élevé sur cette échelle apparaît comme quelqu'un qui doute et critique les autres. Il voit l'autorité comme étant injuste et tyrannique. Il tend à projeter ses sentiments sur les autres et nie l'existence de ses propres problèmes.

L'agressivité manifeste (MA) témoigne d'une prise de conscience des sentiments de colère et de frustration sous-jacents à un passage à l'acte potentiel. L'adolescent qui obtient une cote élevée sur cette échelle démontre une faible capacité à contrôler ses sentiments agressifs et tend à agir de manière impulsive. Conformément à ses réponses, il exprime sa déception en regard de ses relations interpersonnelles ainsi que sa frustration à se comprendre et à se sentir bien.

Le retrait (Wd) réfère à une tendance à résoudre un manque de satisfaction personnelle et interpersonnelle en fuyant passivement ou s'isolant. La personne qui affiche un score élevé sur cette échelle se perçoit dépressive, triste, incomprise, insatisfaite d'elle-même et solitaire. Elle voit les autres comme ayant peu de contrôle sur eux et elle n'accepte pas leurs comportements agressifs.

L'anxiété sociale (SA) renvoie à un inconfort émotionnel dans les relations interpersonnelles. Celui qui obtient un score élevé sur cette échelle ressent et se reconnaît une tension nerveuse, il se voit comme une personne sensible à la critique et excessivement timide.

Dans l'inventaire de Jesness, on entend par refoulement (Rep) la difficulté que présente un jeune à reconnaître les sentiments de colère et de rébellion. L'autocritique déficitaire caractérise le jeune refoulé et il semble que l'exclusion de tels sentiments soit inconsciente (c.-à-d. involontaire).

Certains des items relatifs à l'échelle du déni (Den) concernent la perception que l'individu a de sa famille, soit que ses parents soient parfaits et qu'aucun conflit ne survient avec eux. D'autres items reflètent un déni de quelconque défaut ou tristesse, alors qu'un dernier groupe d'items indiquent une réticence à critiquer autrui.

À ces échelles s'ajoute un indice d'asocialité (AI) qui renvoie, selon Jesness, à la disposition des adolescents à choisir des tendances qui ne cadrent pas dans les valeurs et règles sociales. Il s'agit d'un indice cherchant à prédire si le cas de l'adolescent nécessite un traitement ou si son comportement risque de se résorber naturellement.

Les analyses de la qualité psychométrique réalisées sur l'Inventaire de Jesness indiquent des coefficients de fiabilité (c.-à-d. méthode *Odd-Even*) (n = 1 862) allant de .62 à .88 en fonction de l'échelle, ainsi qu'une stabilité test-retest (n = 131) variant entre .40 et .70 (Jesness, 1966).

Détresse post-traumatique

Le *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C), élaboré par Brière (1996), est ici administré lors de la période prétraitement. C'est un outil constitué de 54 items (c.-à-d. comportements) regroupés sur 8 échelles. Les différentes échelles visent à rendre compte de la symptomatologie post-traumatique aiguë et chronique chez les jeunes âgés de 8 à 17 ans qui ont eu à vivre des épisodes traumatiques résultant, entre autres, d'agressions physiques et/ou sexuelles. L'instrument évalue la présence des symptômes suivants : l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, les préoccupations sexuelles, la dissociation et la

colère. Enfin, deux échelles de validité s'ajoutent, l'une mesurant la tendance du répondant à révéler un score plus bas que la norme (c.-à-d. tendance au déni ou *underresponse*) et l'autre la tendance à révéler plus de symptômes que la norme (c.-à-d. *hyperresponse*). Le TSC-C mesure aussi d'autres éléments de la symptomatologie post-traumatique chez certains enfants affectés, tels qu'une humeur dysphorique ainsi que les séquelles physiques, psychologiques et sexuelles d'un mauvais traitement. De plus, il permet d'indiquer les effets traumatisants d'évènements dans la vie d'un enfant, comme la négligence, la violence interpersonnelle avec les pairs, être témoin de situations de violence faite à autrui ou encore le cas d'accidents majeurs ou de catastrophe naturelle. Pour la version française, les indices de consistance interne varient de 0,70 à 0,84 (Lagueux, 2006).

Habiletés sociales

Les adolescents ont également été invités à remplir la version française du *Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters* (MESSY) (Matson, Rotatoni & Helsel, 1983) afin d'apprécier leurs habiletés sociales. Chez les enfants et adolescents âgés de 4 et 18 ans, ce questionnaire évalue les comportements appropriés et inappropriés dans différents contextes sociaux par le biais de la fréquence de comportements observables. Les sous-échelles se définissent comme suit : les habiletés sociales appropriées, l'affirmation de soi inadéquate, les traits impulsifs et récalcitrants, la confiance en soi excessive et la jalousie. Le coefficient alpha de Cronbach de la version française du questionnaire s'élève à .82 (Pagé, 2004).

Stratégies de coping

Afin de mesurer la capacité des adolescents à se remettre des situations stressantes, l'Inventaire de Coping pour Situations Stressantes (Rolland, 1998), version française du *Coping Inventory for Stressful Situations* (Endler & Parker, 1990), a été administré. La version française (n = 1 056) affiche une bonne validité (Rolland, 1998). Le questionnaire compte 48 items permettant à la fois de déterminer la façon dont un sujet s'y prend pour traverser différentes épreuves et de faire le lien avec sa personnalité. Les domaines explorés par ce test incluent trois réponses distinctes par rapport aux événements extérieurs stressants. Le coping centré sur l'émotion (*emotion-oriented coping*) consiste à tenter de réguler ses émotions en situation stressante. Le coping centré sur le problème (*task-oriented coping*) renvoie au fait d'agir de manière à changer le problème qui crée l'état de stress. Le coping centré sur l'évitement (*avoidance-oriented coping*) comporte deux dimensions : distraction et diversion sociale. La première est utilisée (*avoidant-distracted coping*) lorsque l'individu perçoit le problème comme inchangeable et qu'il oriente son attention sur autre chose afin de se distraire. Cette stratégie lui permet de s'adapter à court terme, mais elle s'avère peu efficace, avec le temps, lorsque le problème peut être changé. Le coping orienté sur la diversion sociale (*avoidant-social coping*) réfère au fait de chercher une diversion ou une assistance lors d'une menace. Au lieu de travailler de manière à développer les habiletés nécessaires pour affronter la menace, l'individu se tourne constamment vers les autres.

Distorsions cognitives

Les distorsions cognitives ont été mesurées en phase prétraitement à partir de l'*Adolescent Cognition Scale* (ASC; Hunter, Becker, Kaplan, & Goodwin, 1991). Ce

questionnaire de 32 items «vrai/faux» décrit des attitudes, valeurs et comportements sexuels que l'adolescent peut accepter ou rejeter. Un score total reflète le nombre total d'attitudes déviantes ou de distorsions cognitives qui caractérisent l'adolescent. Les auteurs ont testé la validité interne auprès d'une population d'AAS et ont identifié des coefficients de consistance interne satisfaisants (c.-à-d. alphas de .45 à .71).

2.2.3 Variables indépendantes décrivant l'environnement

Soutien social

Lors de la phase prétraitement, les adolescents ont répondu au *Social Support Questionnaire* (SSQ) (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) qui permet d'obtenir deux cotes globales. La première réfère à la quantification du soutien social, ce qui consiste à établir une liste des personnes vers lesquelles le sujet peut se tourner ou sur lesquelles il peut compter selon les circonstances décrites dans le questionnaire. La deuxième cote renvoie à la satisfaction par rapport au soutien social fourni par chacune des figures de soutien identifiées. Pour chaque item, le niveau de satisfaction varie entre 1 (très insatisfait) et 6 (très satisfait). Ainsi, le score total oscille entre 6 et 36. Plus le score est élevé, plus l'individu est satisfait du soutien reçu. Les coefficients alpha de la version française (c.-à-d. Questionnaire d'évaluation du soutien social) sont respectivement de .90 et .93 (Michaux, Cournoyer & Sabourin, 1991).

Environnement institutionnel

Deux mois après le début du traitement, les participants ont répondu au *Correctional Institutions Environment Scale* (CIES) (Moos, 1974). Cet instrument de mesure est une façon

relativement simple de fournir une image du milieu social institutionnel. Il comporte neuf échelles, lesquelles se regroupent en trois dimensions (Wright & Boudouris, 1982).

L'échelle d'engagement mesure le fonctionnement quotidien des individus dans le programme, à savoir s'ils sont proactifs (p. ex. communiquent avec les autres participants, prennent d'eux-mêmes des initiatives, développent un esprit de groupe). Celle du support évalue dans quelle mesure les sujets sont encouragés à être aidants et soutenant envers les autres et comment le personnel de l'établissement tend à soutenir les participants. L'échelle d'expression mesure à quel point le programme encourage l'expression des émotions. Ces trois variables sont associées à la première dimension : relationnelle.

L'échelle d'autonomie évalue dans quelle mesure les participants sont encouragés à faire preuve d'initiatives, se traduisant notamment par la planification d'activités. L'échelle d'orientation pratique évalue à quel point l'environnement institutionnel oriente le participant vers la préparation aux situations qui se présenteront une fois le programme complété. Enfin, l'échelle d'orientation vers les problèmes personnels évalue dans quelle mesure les sujets sont encouragés à s'approprier et comprendre leurs problèmes personnels, ainsi que les émotions associées. Ces trois échelles réfèrent à la seconde dimension : développement personnel.

L'échelle d'ordre et organisation évalue l'importance que prend l'ordre et l'organisation dans le programme, et ce, en fonction de la manière dont se comportent les participants et le personnel traitant. L'échelle de clarté évalue dans quelle mesure le participant sait ce qui l'attend d'une séance à l'autre, ainsi que la limpidité des règles et

procédures relatives au programme de traitement. Finalement, l'échelle du contrôle évalue le contrôle exercé par le personnel traitant, à savoir dans quelle mesure il utilise les régulations nécessaires afin de conserver les participants sous un certain contrôle. Ces trois échelles réfèrent à la dernière dimension : maintien/ changement du système.

Somme toute, ces neuf dimensions reflètent différents aspects de l'environnement social qui affectent directement les comportements de ses membres (Wright & Boudouris, 1982). Malgré la popularité du CIES, très peu de données relatives à sa validité sont disponibles.

2.4 Déroulement

À l'arrivée d'un adolescent dans une unité de traitement (c.-à-d. dans un milieu interne ou externe), celui-ci a été rencontré par l'assistant de recherche afin de lui présenter une étude portant sur la fin prématurée du traitement des AAS, l'inviter à y participer et obtenir son consentement. Lorsqu'il s'agissait d'un jeune âgé de moins de 14 ans, sa signature ainsi que celle du titulaire d'autorité parentale étaient requises. Sur le formulaire de consentement, il était clairement spécifié que la participation était volontaire. Une série de questionnaires a été remplie par écrit lors d'une phase prétraitement durant deux heures. Il s'agit de l'échelle d'évaluation des habiletés sociales pour adolescents, l'Inventaire des stratégies d'adaptation en situation de stress, l'Inventaire de personnalité de Jesness, l'échelle des symptômes traumatiques pour enfants et l'échelle de distorsions cognitives pour adolescents. Une seconde série de questionnaires, dont la durée de passation variait de 30 à 45 minutes chacun, a été remplie en cours de traitement, c'est-à-dire deux mois après le début de celui-ci. Il s'agit

du questionnaire sur les stades de motivation lors d'un traitement, l'échelle d'alliance thérapeutique de Californie, le questionnaire d'évaluation du soutien social et le climat social de groupe.

2.5 Analyses statistiques des données

Étant donné que notre objectif d'étude implique une approche d'association (Leech, Gliner, Morgan & Harmon, 2003) ainsi que des variables continues, nous avons procédé, dans un premier temps, à des analyses bivariées de type corrélationnel afin de déterminer l'ensemble des variables associées, d'une part, à l'AT et, d'autre part, à la motivation au changement. À partir de la littérature scientifique, les variables en question ont d'abord été identifiées comme étant potentiellement associées, de façon positive ou négative, à l'AT ou la motivation au changement. Elles se regroupent en deux catégories, soit les variables individuelles et environnementales. Conformément à ce que recommandent Hosmer & Lemeshow (1980)³, seules les corrélations significatives à un seuil alpha minimal de 0,1 devraient être retenues en vue de constituer, dans un deuxième temps, les modèles d'analyses multivariées. Bien que les auteurs expliquent qu'il s'agit du seuil alpha minimal à utiliser lors de régressions logistiques, il est également possible de l'utiliser comme référence dans les calculs de régressions linéaires multiples. Ainsi, ces analyses ont permis d'identifier les variables capables de prédire le score de chacune des variables dépendantes à l'étude. Précisons que les analyses multivariées effectuées permettent seulement de faire des prédictions statistiques et non des prédictions causales. Ainsi, les variables significativement associées aux variables dépendantes signifient quelles augmentent le score de ces dernières.

³ Seuil de 0,1.

3. Analyse des résultats

L'analyse des résultats se divise en deux sections distinctes. La première se veut une présentation des résultats descriptifs de l'échantillon d'AAS, à savoir qui sont ces jeunes sous l'angle des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, scores moyens et écart-types relativement aux échelles de mesure. Dans la seconde section, nous exposons l'ensemble des relations entre les variables indépendantes et dépendantes en fonction du type d'analyse, c'est-à-dire bivariée et multivariée.

3.1 Statistiques descriptives caractérisant l'échantillon d'AAS

3.1.1 Caractéristiques constituant l'échantillon

D'après les données recueillies, nous constatons au tableau 1 que les participants (N=166) à l'étude proviennent de sept centres de traitement, tous répartis sur le territoire québécois. Pour chacun de ces centres, le traitement des AAS s'effectuait en clinique externe et généralement en groupe fermé.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des AAS**(N=166)**

Site de provenance	n	Pourcentage
CPLM ⁴	45	25
CJM&CDQ ⁵	38	21.1
CIASF ⁶	27	15
PURL ⁷	22	12.2
CETAS ⁸	21	11.7
CETTCS ⁹ Robert-Giffard	9	5
CIDS ¹⁰ de Laval	4	2.2

⁴ Centre de Psychiatrie Légale de Montréal

⁵ Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du- Québec

⁶ Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille

⁷ Parents-Unis Repentigny Lanaudière

⁸ Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles

⁹ Clinique d'évaluation et de traitement des troubles du comportement sexuel

¹⁰ Centre d'intervention en délinquance sexuelle

3.1.2 Caractéristiques cliniques

Comme rapportés au tableau 2, plus de la moitié des participants (65%) ont été en mesure de compléter le traitement, alors que les autres ne l'ont pas complété. Parmi ces derniers, certains ont abandonné le traitement en cours de route, soit en avisant les intervenants de leur désir de ne plus participer ou simplement parce qu'ils ne se présentaient plus aux séances. D'autres ont pour leur part été exclus par les intervenants pour diverses raisons, notamment parce qu'ils interféraient avec le traitement des autres participants. Enfin, soulignons que deux participants ont abandonné leur participation à la recherche au cours de celle-ci, alors qu'un seul a refusé de participer.

Le type d'approche thérapeutique privilégié diffère d'un centre de traitement à l'autre. En effet, certains optent pour une approche cognitive comportementale, qui s'avère d'ailleurs l'approche la plus utilisée et la plus efficace auprès des AAS selon la recherche empirique (Walker, McGovern & Poey, 2004). D'autres vont plutôt orienter leurs pratiques en fonction de principes systémiques, sociocognitifs ou cognitifs humanistes, et d'approches mixtes.

Le nombre moyen de rencontres prévues pour l'ensemble des centres de traitement était de 31 rencontres, mais les participants en ont manqué en moyenne huit. Cette donnée, obtenue par l'entremise de l'entrevue structurée de Madrigrano (Madrigrano, Rouleau & Robinson, 1997), a été mise en relation avec l'alliance thérapeutique seulement. En effet, la logique de la relation avec la motivation veut que cette dernière ait un effet sur l'assiduité aux rencontres, et non l'inverse.

Tableau 2: Statut clinique des AAS**(N=166)**

Statut	n	Pourcentage
Complété	117	70.5
Non-complétéExclusion	46	27.7
Abandon de la recherche	2	1.2
Refus	1	.6

3.1.3 Résultats aux différentes échelles

Dans cette section du manuscrit, nous présentons les résultats aux différentes échelles afin de dresser un portrait clinique de l'échantillon à l'étude. Parmi les variables indépendantes à l'étude figurent des caractéristiques individuelles et environnementales (ou interpersonnelles) mesurées en phase prétraitement ou en cours de traitement.

Les AAS de notre échantillon ($n=157^{11}$) obtiennent un score moyen de 3.67 (ÉT=3.69) sur l'échelle des distorsions cognitives (ASC), dont l'étendue va théoriquement de 0 à 32. En guise de comparaison, les AAS de l'échantillon d'Hunter et coll. (1991) ont obtenu sensiblement les mêmes résultats, soit un score moyen de 4 (ÉT=3.3). D'après cette équipe de recherche, de tels résultats ne sont pas significativement différents de ceux obtenus par les groupes contrôle d'adolescents n'ayant pas commis d'infraction sexuelle. En raison des scores moyens quasi similaires, nous pouvons donc supposer que les AAS de notre

¹¹ Dans cette section, nous présentons des tailles d'échantillon ajustées au nombre de données manquantes.

échantillon ne se distinguent pas des jeunes en général sur le plan des distorsions cognitives autorévélees.

Au tableau 3, nous retrouvons les résultats qu'ont obtenus les AAS de notre échantillon à l'Inventaire de Jesness. Afin d'aider à la compréhension de nos résultats, nous les avons comparés à ceux qu'a obtenus Hocker (2003). L'échantillon de celui-ci compte 328 adolescents incarcérés, âgés de 12 à 19 ans (moy = 16 ans) et qui purgent une peine dans un établissement en raison de comportements délictuels violents, sérieux et chroniques. À la lecture du tableau 3, nous constatons des résultats plutôt similaires d'un échantillon à l'autre, à l'exception des échelles d'agressivité manifeste et d'anxiété sociale. Ainsi, les AAS semblent moins en contrôle de leur agressivité et tendent à agir de manière plus impulsive. En outre, ils seraient plus anxieux et sensibles dans leurs relations interpersonnelles au point d'en être émotionnellement inconfortables. Ils auraient également une tendance à l'immaturation, à l'aliénation et au retrait. Toutefois, bien que certains résultats s'approchent du seuil clinique (c.-à-d. score-T \geq 65), aucun résultat n'est égal ou supérieur, ce qui indique une absence de traits de personnalité délinquante d'intensité significative.

Tableau 3: Scores moyens sur l'Inventaire de Jesness**(N=124)**

Sous-échelles	Moyenne (écart-type)	Score T	Hocker (2003)	Score T
Mésadaptation sociale (0-65)	26.5 (8.5)	61	27.9 (9.8)	64
Orientation aux valeurs (0-39)	17.5 (6.4)	54	15.6 (7.3)	53
Immaturité (0-45)	17.5 (3.8)	62	15.8 (4.7)	59
Autisme (0-28)	10.3 (3.9)	59	10.4 (3.8)	59
Aliénation (0-26)	9.5 (4.2)	55	11.3 (4.4)	60
Agressivité manifeste (0-31)	16.4 (5.4)	53	11.3 (6.5)	47
Retrait (0-24)	12.3 (3.4)	53	10.2 (3.4)	48
Anxiété sociale (0-24)	14.2 (3.8)	51	9.9 (3.8)	38
Répression (0-15)	4.4 (2.6)	54	4.7 (3.11)	54
Déni (0-20)	11.2 (3.4)	45	12.9 (3.9)	47
Indice d'asocialité	19.2 (6.2)	-	24.3 (6.8)	-
SMx (0-30)	11.7 (5)	-	-	-

La description des habiletés sociales telles que mesurées par le MESSY se trouve au tableau 4. Ce dernier rapporte les scores moyens (n=160) ainsi que les écarts-types pour

chacune des sous-échelles (habiletés sociales, affirmation de soi, traits impulsifs, confiance excessive, jalousie) et pour le score total. Par rapport au groupe d'adolescents auteurs d'agression sexuelle évalués par Viens, Tourigny, Lagueux et Loméga (2011), les AAS de notre échantillon obtiennent relativement les mêmes résultats, excepté sur la sous-échelle des habiletés sociales où le score moyen est passablement inférieur, ce qui indique des habiletés sociales moins appropriées. D'après ces auteurs, les scores moyens obtenus aux différentes sous-échelles se situent dans les normes. C'est-à-dire, les AAS de notre échantillon présentent très peu de différences avec les adolescents normaux, à l'exception des résultats à l'échelle des habiletés sociales. Bien que l'échantillon de Viens et coll. (2011) ne compte que 42 sujets, il est assez comparable à celui de notre étude puisqu'il s'agit d'AAS, âgés de 11 à 18 ans, résidant au Québec.

Tableau 4: Scores moyens sur le MESSY**(N=160)**

Sous-échelles	Moyenne (écart-type)	Viens et coll., 2011 (scores bruts)
Habiletés sociales (23-115)	54.5 (11.8)	83.8 (14)
Affirmation de soi (16-80)	32 (8.7)	29.9 (8.3)
Traits impulsifs (2-25)	12.2 (3.8)	11.1 (3.2)
Confiance excessive (5-25)	10.1 (3.2)	10.7 (3.4)
Jalousie (4-20)	7.6 (2.8)	7.2 (2.2)
Score total (62-310)	137.9 (23)	134.7 (19.1)

Au tableau 5 figurent les résultats au TSC-C. Nous y comparons nos résultats avec ceux de Bal, Crombez, Van Oost et Debourdeaudhuij (2003) qui ont publié la seule étude ayant utilisé le TSC-C auprès d'adolescents que nous ayons pu répertorier. Leur échantillon est composé de 820 adolescents (52% de sexe masculin), âgés de 12 à 18 ans, provenant d'écoles secondaires et dont le niveau d'éducation se veut plus élevé que la moyenne générale. Les scores qu'affichent les AAS de notre échantillon indiquent, de façon générale, une présence plus importante de symptômes relatifs à la dissociation, l'anxiété et aux préoccupations sexuelles.

Tableau 5: Scores moyens sur le TSC-C**(N=98)**

Sous-échelles	Moyenne (écart-type)	Viens et coll., 2011 (scoresT)	Bal et coll. (2003)
Stress post-traumatique (0-30/33-95)	10.7 (5.3)	54.3 (9.1)	9.4 (5.0)
Dissociation (0-30/35-99)*	10.4 (5.8)	53.8 (8.1)	8.2 (4.5)
Dépression (0-27/32-106)	8.3 (5)	56.4 (7.4)	8.1 (4.7)
Anxiété (0-27/32-108)*	7.9 (4.9)	52.8 (8.1)	6.9 (3.4)
Colère (0-27/33-85)	7.8 (4.9)	49.0 (6.6)	7.4 (4.3)
Préoccupations sexuelles (0-30/36-196)*	7.1 (4.7)	61.2 (9.5)	5.6 (4.6)

Les stratégies de *coping* en situation de stress, mesurées par le CISS, sont présentées au tableau 6. Comme nous pouvons le constater, parallèlement à l'échantillon de Viens et coll. (2011), les scores moyens sont plutôt similaires, quoique partiellement moins élevés pour notre échantillon, ce qui signifie une utilisation moins fréquente des stratégies de *coping* mesurées par cet instrument. Tout comme pour les résultats observés au MESSY, les scores moyens ne diffèrent pas significativement des moyennes obtenues chez la population d'AAS de l'étude de Viens et coll. (2011). Par conséquent, en situation de stress, l'utilisation de stratégies de *coping* employées par les AAS de notre étude ne diffère pas des adolescents de l'étude de Viens et coll. (2011).

Tableau 6: Scores moyens sur le CISS**(N=160)**

Sous-échelles	Moyenne (écart-type)	Viens et coll., 2011 (scores bruts)
Tâche (16-80)*	50.3 (10)	54.7 (12.8)
Émotion (16-80)	43.5 (9.3)	45.2 (8.3)
Évitement (16-80)	49 (11.9)	50.1 (9.9)
Distraction (8-40)	22.2 (7.1)	-
Diversions sociale (5-25)	17.3 (4.7)	-
Réponse sexuelle (4-20)	6.8 (3.1)	6.8 (3.4)
Réponse agressive (4-20)	7.2 (3.6)	8 (3.4)

Selon Sarason et coll. (1983), le score de satisfaction par rapport au soutien social fourni par le réseau social de l'individu oscille entre 6 et 36. Or, plus le score est élevé, plus le degré de satisfaction est élevé. Le score moyen de notre échantillon d'AAS (n=140) s'élève à 30.9 (ÉT=5.17), ce qui indique un niveau de satisfaction plutôt élevé. En raison de la rareté d'études comparatives réalisées auprès d'adolescents, nous sommes contraints de comparer nos résultats avec un échantillon d'étudiants universitaires dont la moyenne d'âge est de 27 ans (Rasclé, Bruchon-Schweitzer & Sarason, 2005). Le niveau de satisfaction moyen (n=348) se situe à 28.8, ce qui est en deçà du résultat moyen observé chez notre échantillon. Ainsi, les AAS seraient plus satisfaits du soutien social reçu que les étudiants universitaires.

Au tableau 7, nous retrouvons les résultats obtenus au questionnaire sur l'environnement institutionnel (CIES). En comparaison avec les normes nationales calculées par Wenk et Moos (1972), les participants de notre étude ont des scores beaucoup plus élevés. Il importe toutefois de préciser que nous n'avons pas été en mesure d'identifier dans la littérature scientifique une étude réalisée auprès d'un échantillon analogue au nôtre. Ainsi, les normes nationales établies par Wenk et Moos (1972) sont obtenues à partir d'un échantillon de détenus adultes de sexe masculin (n=1 341) provenant de 41 unités d'incarcération distinctes. À l'exception de la mesure de contrôle, les AAS de notre échantillon qualifient l'environnement social d'une manière beaucoup plus positive. Ce résultat doit néanmoins être mis en contexte étant les différences au niveau des populations à l'étude (c.-à-d. adultes versus adolescents) et des milieux institutionnels (c.-à-d. milieu carcéral versus clinique externe).

Tableau 7: Scores moyens au CIES**(N=114)**

Sous-échelles	Moyenne (écart-type)	Wenk & Moos (1972)
Engagement (0-10)	7.2 (1.8)	4 (1.4)
Support (0-10)	7.1 (1.8)	3.4 (1.3)
Expression (0-9)	6.1 (1.6)	3 (1.3)
Autonomie (0-9)	5.8 (1.6)	2.7 (1.6)
Orientation pratique (0-10)	6.9 (1.6)	5.4 (1.2)
Orientation problèmes personnels (0-9)	7.2 (1.6)	3.8 (1.3)
Ordre et organisation (0-10)	8.4 (1.7)	3.4 (1.5)
Clarté (0-10)	7.8 (1.6)	3.3 (1.1)
Contrôle (0-9)	4.5 (1.4)	6.4 (1.1)

En somme, comparativement à un échantillon d'adolescents délinquants, les jeunes de notre échantillon se démarquent par un contrôle plus faible de l'agressivité, une plus grande anxiété sociale, mais aussi, une plus grande immaturité, une plus grande tendance au retrait et de moins forts sentiments d'aliénation. Par rapport à d'autres AAS, ils se caractérisent par de moins bonnes habiletés sociales et une tendance plus faible à recourir à des stratégies de coping centrées sur la tâche. En comparaison avec des adolescents normaux, ils se distinguent par une présence plus importante de dissociation, d'anxiété et de préoccupations sexuelles, ainsi que par une satisfaction plus grande envers le soutien social reçu. Par rapport à des

détenus adultes, ils qualifient d'une manière beaucoup plus positive l'environnement dans lequel se tiennent les rencontres.

Au tableau 8 figurent les résultats correspondants aux variables dépendantes à l'étude, celles-ci ayant été mesurées en cours d'intervention. Tout d'abord, les résultats au CALPAS-P indiquent un score total moyen d'alliance thérapeutique de l'ordre de .76 (ÉT=.13) sur une échelle pondérée de 0-1, alors que l'ensemble des scores s'étendent de .40 à .97. Un tel score moyen désigne une AT qui tend à être positive puisqu'il est beaucoup plus près du maximum de l'échelle que du minimum. Ensuite, en compilant les résultats obtenus à l'URICA (n=146), nous observons que la majorité des AAS se situent aux stades de la contemplation et de l'action, alors que seulement quelques individus sont caractérisés par un niveau de motivation au changement de l'ordre de la précontemplation ou du maintien. Relativement à chacune des quatre échelles de motivation au changement, les scores moyens ont été calculés à partir des scores bruts pour chaque sous-groupe pour ensuite être pondérés sur une échelle de 0-1. Les résultats sont de l'ordre de .40 pour l'étape de la précontemplation, .85 (ÉT=.15) pour celle de la contemplation, .84 (ÉT=.14) pour celle de l'action (ÉT=.13) et .64 pour l'étape du maintien (ÉT=.14). Ainsi, nous observons que les AAS obtiennent des scores plus élevés pour les échelles de la contemplation et de l'action, ce qui signifie que les jeunes sont davantage dans l'ambivalence ou l'action par rapport à leur préparation au changement.

Tableau 8: Scores moyens d'alliance thérapeutique et de motivation au changement

Variables	n	Moyenne (écart-type)
<i>Alliance thérapeutique</i>		
Score total	116	.76 (.13)
<i>Motivation au changement</i>		
	N=146	
Contemplation	73	.85 (.14)
Action	64	.84 (.13)
Maintien	5	.64 (.14)
Précontemplation	4	.40 (.15)

3.2 Analyses bivariées et multivariées

Cette deuxième section des résultats illustre, d'une part, les associations (c.-à-d. corrélations) entre les variables indépendantes et dépendantes et, d'autre part, les prédicteurs des mesures de l'alliance thérapeutique et de la motivation au changement.

3.2.1 Corrélations

Selon Cohen (1988), des coefficients de corrélations oscillant entre .10 et .23 peuvent être considérés comme faibles. Des coefficients variant entre .24 et .36 peuvent être qualifiés de moyens, alors que des coefficients supérieurs à .37 désignent une relation forte.

JESNESS

Au tableau 9 sont représentées les relations entre les traits de personnalité mesurés par l'Inventaire de Jesness et les deux variables dépendantes à l'étude, soit l'alliance thérapeutique (c.-à-d. score total) ainsi que la motivation au changement (c.-à-d. en fonction de chacun des quatre stades). Les dimensions d'autisme ($r = -.27; p < .01$), d'aliénation ($r = -.25; p < .05$) et de mésadaptation sociale ($r = -.23; p < .05$) indiquent des coefficients de corrélation négatifs de force faible à moyenne lorsque mises en relation avec l'AT. Par conséquent, ces résultats suggèrent que les AAS caractérisés par une insécurité, une méfiance dans leurs relations interpersonnelles, spécialement avec une figure d'autorité, ou ceux qui adoptent des attitudes interférant avec leur intégration sociale, risquent de voir se développer une alliance thérapeutique négative.

Ces trois dernières dimensions sont également associées à la précontemplation. Il s'agit toutefois de corrélations positives : autisme ($r = .39; p < .01$), aliénation ($r = .31; p < .01$), mésadaptation sociale ($r = .21; p < .05$). S'ajoute aussi la dimension immaturité ($r = .30; p < .01$) indiquant que les AAS qui adoptent des attitudes typiques de personnes plus jeunes qu'eux et qui tendent entre autres à réprimer leur problématique afin de donner l'impression d'être comme les autres risquent d'être qualifiés de précontemplateurs, en ce sens qu'ils nient ou minimisent leur problème et ainsi, n'ont pas l'intention de changer. L'orientation aux valeurs délinquantes ($r = .22; p < .05$) est positivement associée à la précontemplation, ce qui implique un lien direct entre la présence d'attitudes qui supportent la délinquance et l'absence de motivation au changement.

Enfin, nous observons un lien positif entre la contemplation et la dimension d'anxiété sociale ($r = .19; p < .05$). Ainsi, ce résultat suggère que plus l'AAS ressent un inconfort émotionnel ainsi qu'une tension nerveuse, plus il est ambivalent par rapport au changement.

Tableau 9: Corrélations entre les traits de personnalité et l'alliance thérapeutique et la motivation au changement

	Score total d'AT	PC	Contemplation	Action	Maintien
Mésadaptation sociale	-.23**	.21**	.06	.10	.10
Orientation aux valeurs	-.16	.22**	.01	.03	.14
Immaturité	-.18*	.30***	-.14	-.01	.11
Autisme	-.27***	.39***	-.14	-.07	.02
Aliénation	-.25**	.31***	-.11	-.04	.09
Agressivité manifeste	-.17	.04	.11	.08	.10
Retrait	-.03	-.04	.10	.11	.17*
Anxiété sociale	.09	-.17*	.19**	.12	.05
Répression	-.03	.17*	-.04	.07	.08
Déni	.19*	-.13	-.01	-.01	-.14
SMx	-.22**	.21**	.06	.08	.12
Index d'asocialité	-.18*	.08	.11	.13	.08

* $p < .1$; ** $p < .05$; $p < .01$

MESSY

Nous observons, au tableau 10, une association faible et négative entre l'AT et les habiletés sociales inappropriées ($r = -.21; p < .05$) de même qu'entre l'AT et le score total ($r = -.18; p < .1$). Autrement dit, des habiletés sociales problématiques semblent associées négativement au développement d'une alliance thérapeutique.

Par rapport à la motivation, le fait d'avoir des lacunes au niveau des habiletés sociales est faiblement associé à la précontemplation ($r = .17; p < .1$). La relation s'avère toutefois négative et de force moyenne avec la contemplation ($r = -.28; p < .01$) et l'action ($r = -.25; p < .01$). Le score total est également faiblement et positivement associé à la précontemplation ($r = .15; p < .1$), alors que la relation entre celui-ci et la contemplation ($r = -.18; p < .05$) et l'action ($r = -.21; p < .05$) est faible et négative. Ainsi, de façon générale, plus l'adolescent manque d'habiletés sociales, plus il risque de ne pas être motivé par le changement, alors que moins il présente de difficultés sur le plan des habiletés sociales, plus il est avancé dans le processus de changement.

Tableau 10: Corrélations entre les sous-échelles du MESSY et de l'AT et la motivation au changement

	Score total d'AT	PC	Contemplation	Action	Maintien
Habiletés sociales	-.21**	.17*	-.28***	-.25***	.01
Affirmation de soi	-.06	.11	.03	-.05	.12
Traits impulsifs	-.01	-.01	.04	-.08	.15*
Confiance excessive	-.04	.08	-.08	-.11	.04
Jalousie	-.09	.10	-.01	.05	.15*
Score total	-.18*	.15*	-.18**	-.21**	.11

* $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

TSC-C

Aucune relation ne s'avère significative au tableau 11, suggérant ainsi qu'il n'existe pas d'association entre les symptômes d'un traumatisme et, d'une part, le développement de l'AT, d'autre part, de la motivation au changement.

Tableau 11: Corrélations entre les sous-échelles du TSC-C et l'AT et la motivation au changement

	Score total d'AT	PC	Contemplation	Action	Maintien
Anxiété	-.01	-.05	.04	.10	.10
Dépression	-.03	.03	-.02	.05	.15
Colère	-.10	.04	.03	.08	.01
Stress post-traumatique	.03	-.08	.08	.13	.05
Dissociation	-.15	.06	.01	.08	.07
Préoccupations sexuelles	-.10	.02	.01	.04	.11

CISS

Au tableau 12, nous constatons que l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation est liée à la motivation au changement. En effet, en situation de stress, l'évitement ($r = .19$; $p < .05$), la distraction ($r = .18$; $p < .05$) ainsi que les réponses sexuelles ($r = .28$; $p < .01$) sont des stratégies d'adaptation associées au déni ou à la minimisation du problème. Nous remarquons toutefois que malgré le fait que le jeune en soit rendu à l'étape du maintien du changement,

ces mêmes stratégies adaptatives demeurent employées en situations anxiogènes puisque les coefficients de relation respectifs sont positifs et d'une force allant de faible à modérée (c.-à-d. $r = .19; p < .05; r = .25; p < .01; r = .23; p < .01$).

Tableau 12: Corrélations entre les sous-échelles du CISS et l'AT et la motivation au changement

	Score total d'AT	PC	Contemplation	Action	Maintien
Tâche	.05	-.02	-.09	.08	-.05
Émotion	-.12	.05	.17*	.15*	.14
Évitement	-.13	.19**	.12	.11	.19**
Distraction	-.14	.18**	.10	.12	.25***
Diversions	-.05	.09	.15*	.11	.14
sociale					
Réponse	-.10	.28***	.09	.13	.23***
sexuelle					
Réponse	-.04	.07	.10	.12	.12
agressive					

* $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

ASC

Au tableau 13, la relation entre les distorsions cognitives et l'AT se veut négative et forte ($r = -.41; p < .01$). Ainsi, plus les AAS présentent ce type de pensées erronées, plus le développement de l'AT risque d'en être affecté.

Tableau 13: Corrélations entre les distorsions cognitives et l'AT et la motivation au changement

	Score total d'AT	PC	Contemplation	Action	Maintien
Distorsions cognitives	-.41***	.49***	-.06	-.04	.21**

** $p < .05$; *** $p < .01$

CIES

Nous pouvons voir, au tableau 14, à quel point la qualité perçue du climat social dans l'environnement institutionnel semble avoir une relation significative tant avec le développement de l'AT qu'avec celui de la motivation au changement. D'une part, un programme ordonné, bien organisé ($r = .44$; $p < .01$) et dont les règles et procédures sont prévisibles et limpides ($r = .36$; $p < .01$) est associé à une AT positive. Qui plus est, le même résultat risque de survenir lorsque le programme de traitement est orienté vers l'expression des émotions ($r = .33$; $p < .01$) ainsi que vers la compréhension des problèmes et émotions associées ($r = .28$; $p < .01$). Enfin, un climat soutenant ($r = .31$; $p < .01$) qui encourage l'initiative et l'implication dans l'intervention ($r = .24$; $p < .05$) est significativement corrélé au développement d'une AT positive.

D'autre part, les associations significatives avec la motivation au changement démontrent qu'au-delà de la précontemplation, les caractéristiques de l'environnement institutionnel sont en lien avec le désir de changement.

Tableau 14: Corrélations entre les sous-échelles du CIES et l'AT et la motivation au changement

	Score total d'AT	PC	Contemplation	Action	Maintien
Engagement	.24**	-.14*	.21**	.24***	.11
Support	.31***	-.38***	.25***	.22**	.03
Expression	.33***	-.12	-.01	.02	-.16*
Autonomie	.10	-.12	.07	.03	.10
Orientation pratique	.18*	-.09	.18**	.10	.01
Orientation prob. personnels	.28***	-.35***	.19**	.18**	-.04
Ordre et organisation	.44***	-.35***	.20**	.16*	.04
Clarté	.36***	-.35***	.21**	.18**	.03
Contrôle	-.16	.09	-.05	.03	.01

* $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

SSQ

Nous constatons, au tableau 15, une association forte et positive entre la satisfaction par rapport au soutien social reçu et l'AT ($r = .30$; $p < .01$). Ainsi, il semble que plus les AAS considèrent recevoir un soutien social positif, plus il est probable qu'ils qualifient la relation thérapeutique de façon positive. PAR AILLEURS, étonnamment, plus l'adolescent est âgé, moins il est probable qu'il se situe au stade du maintien du changement. Une hypothèse explicative de ce résultat serait l'âge de l'adolescent au moment de l'intervention. Autrement dit, plus l'intervention arriverait tôt dans la vie du jeune, plus celle-ci risquerait d'être efficace

(Carney & Myers, 2012). Serait-ce ainsi en raison de certains facteurs développementaux, tels que l'identité, qui rendent le changement plus difficile?

Tableau 15: Corrélations entre la satisfaction du soutien social fourni, l'estime de soi, l'âge et l'AT et la motivation au changement

	Score total d'AT	PC	Contemplation	Action	Maintien
Soutien social	.30***	-.13	-.02	.02	-.17*
Estime de soi	.12	-.13	-.04	-.04	-.11
Âge	.05	-.11	-.10	-.11	-.23***

* $p < .1$; *** $p < .01$

Au tableau 16, il est constaté, bien qu'à un niveau de signification de $p < .1$, que plus un adolescent se présente à son programme d'intervention, plus le développement d'une AT positive risque de se produire.

Tableau 16: Corrélations entre le nombre de présences/absences, le nombre de rencontres prévues et l'AT et la Motivation au changement

	Score total d'AT
Nombre de présences	.17*
Nombres d'absences	.00
Nombres prévues	.07

* $p < .1$

CALPAS-P et URICA

Les coefficients de corrélation figurant au tableau 17 illustrent la relation entre l'AT et la motivation au changement. Une AT positive est inversement associée à une motivation déficiente ($r = -.53; p < .01$), alors que les AAS caractérisés par la contemplation ($r = .43; p < .01$) et l'action ($r = .41; p < .01$) qualifient l'AT de manière positive. De ce fait, plus l'adolescent est prêt à changer son comportement sexuel problématique, plus le développement de l'AT risque d'être positif. L'inverse est tout aussi vrai, soit qu'une non-reconnaissance du caractère problématique du comportement risque d'affecter de façon négative l'établissement d'une relation thérapeutique.

Tableau 17: Corrélations entre les sous-échelles de l'URICA et le score total d'AT

	Score total d'AT
Précontemplation	-.53***
Contemplation	.43***
Action	.41***
Maintien	.10

*** $p < .01$

3.2.2 Régressions linéaires multiples

Des analyses de régression linéaire multiple ont permis d'identifier les prédicteurs, d'une part, de la mesure de l'alliance thérapeutique et, d'autre part, de la motivation au changement telle que mesurée par l'URICA.

Alliance thérapeutique

Une analyse attentive des différents corrélats identifiés a permis de créer un modèle de régression pour l'AT. Cependant, étant donné le nombre important de corrélations significatives, seulement celles affichant un r de Pearson plus grand ou égal à ± 0.25 ($n=12$)¹² ont été considérées dans le modèle de régression. Le tableau 17 indique un coefficient de détermination R^2 égal à 0.55 ($p < .01$) lorsque toutes les variables sont mises en commun, alors que les R^2 pour les blocs individu et environnement sont respectivement de .39 ($p < .01$) et .31 ($p < .01$). Les prédicteurs significatifs de la mesure d'AT sont, en ordre d'importance,

¹² Variables intégrées au modèle de régression : précontemplation, ordre et organisation, contemplation, action, distorsions cognitives, clarté, expression, support, satisfaction du soutien social fourni, orientation vers les problèmes personnels, autisme, aliénation.

un environnement institutionnel ordonné et organisé ($\beta=.31, p < .01$), la (non) présence de distorsions cognitives ($\beta=-.27, p < .01$), un environnement institutionnel orienté vers l'expression des émotions ($\beta=.24, p < .01$), une motivation (non) caractérisée par l'étape de la précontemplation ($\beta=-.24, p < .05$) et finalement une satisfaction par rapport au soutien social fourni ($\beta=.19, p < .05$).

À partir de ces premières analyses multivariées, nous constatons que seules des caractéristiques environnementales telles qu'un environnement institutionnel structuré et la perception d'un soutien social présent prédisent une mesure d'alliance thérapeutique positive. En contrepartie, nous notons que ce sont seulement des variables associées à l'individu qui prédisent négativement l'AT. En effet, la présence de distorsions cognitives et une préparation au changement se situant stade de la précontemplation sont associées à une mesure d'AT moindre.

Tableau 18: Variables prédictrices de l'alliance thérapeutique

Variable	Individu ($R^2=.39^{**}$)			Environnement ($R^2=.31^{**}$)			Ind. et Env. ($R^2=.55^{**}$)		
	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β
Précontemplation	-.04	.02	-.28*				-.03	.01	-.24*
Contemplation	.03	.02	.21				.04	.02	.27
Action	.02	.03	.13				.01	.02	.09
Distorsions cognitives	-.05	.02	-.24*				-.06	.02	-.27**
Autisme	-.00	.02	-.01				.01	.02	.07
Aliénation	-.01	.02	-.03				.01	.02	.04
Ordre et organisation				.12	.06	.26*	.15	.05	.31**
Clarté				.08	.06	.14	-.05	.05	-.09
Expression				.06	.05	.11	.12	.05	.24**
Support				.02	.05	.04	-.05	.04	-.10
Soutien social				.04	.01	.25**	.03	.01	.19*
Orientation prob. pers.				.05	.05	.09	-.04	.04	-.07

* $p < .05$; ** $p < .01$

Motivation au changement

Selon l'URICA, quatre étapes distinctes peuvent caractériser la motivation au changement. Pour chacune d'entre elles, un modèle de régression a été élaboré dans le but de faire ressortir les facteurs qui prédisent le fait de se retrouver à une étape ou une autre. Pour l'étape de la précontemplation, nous n'avons retenu que les corrélats affichant un r de Pearson plus grand ou égal à ± 0.3 ($n=9$)¹³. Nous observons, au tableau 19, un coefficient de détermination R^2 de .41 ($p < .01$) lorsque toutes les variables significatives en corrélation ont été intégrées au modèle. Parmi les autres résultats obtenus, nous constatons des R^2 plus petits lorsque les variables individuelles et environnementales sont séparées dans des modèles distincts. Les R^2 sont respectivement de .30 ($p < .01$) et .25 ($p < .01$). Dans le modèle de régression n'incluant que les variables individuelles, les distorsions cognitives sont significativement associées à l'étape de la précontemplation avec un $\beta=.34$ ($p < .01$). Alors qu'aucune variable environnementale n'était significative à un seuil de signification $p < .05$ dans le modèle incluant les deux types de variables, voilà que les dimensions support ($\beta=-.25$, $p < .05$), orientation vers les problèmes personnels ($\beta=-.25$, $p < .01$) et la clarté ($\beta=-.19$, $p < .05$) sont significatives dans le modèle de régression ne comprenant que des variables environnementales. En somme, le poids de ces variables n'est pas assez important pour faire partie de l'équation de régression, ce qui suppose que dans les faits, elles ne peuvent être considérées des cibles pertinentes dans l'élaboration de l'encadrement des programmes d'intervention en lien avec une motivation déficitaire.

¹³ Variables intégrées au modèle de régression pour la précontemplation : distorsions cognitives, autisme, introspection, orientation vers le groupe, aliénation, support, clarté, ordre et organisation, orientation vers les problèmes personnels.

Tableau 19: Variables prédictrices de la précontemplation

Variable	Individu ($R^2=.30^{***}$)			Environnement ($R^2=.25^{***}$)			Ind. et Env. ($R^2=.41^{***}$)		
	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β
Distorsions cognitives	.53	.16	.34^{***}				.43	.19	.27^{**}
Réponse sexuelle	.27	.16	.15[*]				.21	.17	.11
Autisme	.27	.16	.18[*]				.17	.17	.12
Immaturité	.07	.15	.05				.17	.16	.11
Aliénation	.04	.15	.03				-.02	.16	-.03
Support				-.83	.32	-.25^{**}	-.62	.36	-.19[*]
Orientation prob. pers.				-.91	.31	.25^{***}	-.54	.35	-.15
Clarté				-.72	.36	-.19^{**}	-.04	.42	-.01
Engagement				.26	.28	.08	.05	.33	.02
Ordre et organisation				-.20	.37	-.06	-.45	.41	-.13

* $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Au niveau du modèle de régression relatif au stade de contemplation (tableau 20), 10 corrélats ont été retenus ($R^2 = .41$, $p < .01$). Toutefois, aucune variable ne s'avère significative.

Tableau 20: Variables prédictrices de la contemplation

Variable	Individu ($R^2=.12^{***}$)			Environnement ($R^2=.11^{**}$)			Ind. et Env. ($R^2=.21^{**}$)		
	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β
Émotions	.05	.06	.09				.08	.07	.13
Habiletés sociales	-.12	.05	-.27				-.11	.05	-.25
Anxiété sociale	.22	.14	.16				.17	.16	.12
Diversions sociales	.00	.12	.00				-.02	.13	-.01
Support				.46	.34	.15	.23	.38	.07
Clarté				.41	.37	.12	.43	.40	.12
Engagement				.30	.30	.10	.48	.33	.16
Orientation prob. pers.				.29	.33	.09	.23	.36	.07
Orientation pratique				.23	.34	.07	.13	.37	.04
Ordre et organisation				-.08	.40	-.03	-.05	.44	-.11

$^{**}p < .05$

Au tableau 21, nous illustrons le modèle de régression pour le stade de l'action ($R^2=.17, p < .01$). Cependant, aucun résultat n'apparaît pertinent à relever.

Tableau 21: Variables prédictrices de l'action

Variable	Individu ($R^2=.08^{***}$)			Environnement ($R^2=.09^{**}$)			Ind. et Env. ($R^2=.17^{***}$)		
	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β	<i>B</i>	<i>ÉTB</i>	β
Émotions	.07	.05	.12				.08	.05	.15*
Habiletés sociales	-.10	.04	-.24**				-.09	.04	-.21**
Engagement				.41	.27	.15	.49	.28	.18*
Support				.37	.30	.13	.27	.31	.10
Clarté				.31	.33	.10	.33	.34	.11
Orientation prob. pers.				.29	.29	.09	.23	.30	.08
Ordre et organisation				-.09	.35	-.03	-.08	.36	-.23

* $p < .1$; ** $p < .05$; *** $p < .01$

Enfin, au tableau 22, alors que nous n'avons retenu que des variables individuelles puisque seules celles-ci se sont avérées des corrélats significatifs, le modèle de régression relatif au stade du maintien ($R^2=.15$, $p < .01$) nous rapporte deux résultats particuliers. D'une part, l'âge prédit négativement un niveau de motivation de l'ordre du maintien ($\beta=-.20$, $p < .05$). Autrement dit, plus l'adolescent est jeune, plus il y a de probabilités que celui-ci maintienne le changement de son comportement, contrairement à ses homologues plus âgés. D'autre part, bien que le seuil de signification soit élevé, les réponses sexuelles en tant que

stratégies de *coping* prédisent positivement le maintien ($\beta=.17, p < .1$), ce qui soulève des questionnements qui seront discutés dans la section Discussion.

Tableau 22: Variables prédictrices du maintien

Variable	$R^2=.15^{**}$		
	<i>B</i>	<i>ÉT B</i>	β
Distraction	.17	.17	.21
Âge	-.75	.37	-.20**
Réponse sexuelle	.32	.19	.17*
Évitement	-.05	.10	-.11
Retrait	.18	.16	.11
Traits impulsifs	.09	.14	.06
Distorsions cognitives	.04	.16	.03
Jalousie	-.01	.21	-.01

* $p < .1$; ** $p < .054$.

4. Discussion

L'objectif principal de cette recherche consistait à identifier les variables associées au développement de la motivation au changement et celui de l'alliance thérapeutique chez un échantillon d'AAS québécois. Plus spécifiquement, dans un premier temps, nous voulions dresser le profil clinique des jeunes de notre échantillon en fonction d'un ensemble de caractéristiques cliniques. Puis, nous souhaitions connaître la représentation que se font ces adolescents du climat social dans l'environnement institutionnel où ils se font traités ainsi que leur perception du soutien social qu'ils reçoivent. Ensuite, il s'agissait de dresser un portrait de ces AAS sur les plans de la motivation à changer et de l'alliance thérapeutique. Enfin, nous cherchions à identifier les facteurs associés au développement de la motivation au changement ainsi qu'à celui de l'alliance thérapeutique.

La discussion qui suit interprète les résultats obtenus dans cette étude en fonction de ce qui figure dans la littérature scientifique.

4.1 Profil descriptif de l'échantillon

À la lumière des différents résultats obtenus, il s'avère que l'échantillon d'AAS qui est ici à l'étude n'arbore pas un profil clinique des plus problématiques. Puisque peu des résultats obtenus s'élèvent au-delà des seuils critiques selon les outils d'évaluation, il a été jugé pertinent de comparer ces résultats avec ceux obtenus par des populations, non pas toutes similaires sur le plan des caractéristiques démographiques et cliniques, mais qui donnent néanmoins certains repères pour une meilleure compréhension.

4.1.1 Distorsions cognitives

Les distorsions cognitives jouent un rôle crucial dans la perpétration d'agressions sexuelles puisqu'elles facilitent et justifient celles-ci (Johnson & Knight, 2000; Ward, Hudson, Johnston & Marshall, 1997). Toutefois, sur l'échelle des distorsions cognitives, les AAS de notre étude ne se distinguent pas des adolescents n'ayant pas commis d'infraction sexuelle. Ce résultat nous ramène à la conclusion plus générale stipulant que cet échantillon ne présente guère un profil clinique problématique.

4.1.2 Personnalité

Sur le plan des traits de personnalité, telle que mesurée par l'Inventaire de Jesness, aucun résultat n'est significativement au-dessus des normes et ne traduit de dimensions relevant d'une personnalité délinquante. En comparaison avec des jeunes incarcérés pour crimes violents, sérieux ou chroniques, les AAS de notre échantillon semblent moins en contrôle de leur agressivité et ils auraient une propension plus élevée à agir avec impulsivité. Les recherches effectuées auprès des AAS démontrent que l'impulsivité est une variable associée à l'activation de la délinquance sexuelle à l'adolescence ainsi qu'à la récurrence sexuelle (Becker & Kaplan, 1988; Rasmussen, Burton & Christopherson, 1992; Worling & Langstrom, 2006). Par ailleurs, sur le plan des relations interpersonnelles, les AAS de notre étude seraient plus inconfortables que les jeunes du groupe comparatif. Les AAS sont généralement caractérisés par une incompétence sociale (Hunter & Figueredo, 2000), ce qui leur fait notamment vivre de l'anxiété dans les relations avec autrui et par le fait même, un sentiment d'inconfort. De surcroît, ces adolescents tendent à se retirer des interactions sociales et à s'isoler (Becker & Hicks, 2003). Les difficultés personnelles, en l'occurrence

l'isolement social, comptent d'ailleurs parmi les facteurs jusqu'à présent associés empiriquement à la récidive sexuelle chez les AAS (Worling & Langstrom, 2006).

4.1.3 Habiletés sociales

Les résultats que nous obtenons au questionnaire sur les habiletés sociales n'indiquent aucune différence avec les adolescents en général, à l'exception de ceux obtenus à la sous-échelle des habiletés sociales appropriées. Les AAS auraient moins de ces habiletés en comparaison avec les populations d'adolescents n'ayant pas de comportement sexuel problématique. Cette conclusion revient à maintes reprises dans la littérature scientifique (Seto & Lalumière, 2010). Éprouvant des difficultés à interagir avec les autres et à s'affirmer, ces jeunes expérimentent un sentiment d'impuissance (Becker & Hicks, 2003). Des déficits dans le domaine des habiletés sociales s'avèrent d'ailleurs un élément contributif important dans les trajectoires de délinquance sexuelle identifiées spécifiquement chez les AAS (Hunter, Figueredo, Malamuth & Becker, 2003). Tel qu'expliqué par Marshall et Barbaree (1990), des habiletés sociales déficitaires peuvent être associées à des échecs relationnels et par conséquent, générer de l'anxiété face aux relations intimes, un sentiment d'inadéquation, de la colère et des attitudes hostiles à l'égard des femmes. Tous ces éléments pourraient ainsi faciliter la perpétration d'une agression sexuelle.

4.1.4 Détresse post-traumatique

Fidèles aux recherches antérieures, nos résultats font foi d'une présence accrue de symptômes associés à une détresse post-traumatique, à de la dissociation, de l'anxiété et des

préoccupations sexuelles comparativement aux jeunes en général. Cette détresse se retrouve effectivement parmi les caractéristiques typiques des AAS, et ce, en lien avec les traumatismes subis, que ce soit la victimisation sexuelle, les sévices physiques ou les contextes de violence intrafamiliale (Becker & Kaplan, 1988; Righthand & Welch, 2001). Les AAS ayant vécu un traumatisme sexuel courent un risque élevé de développer un état de stress post-traumatique (Hawkes, Jenkins & Vizard, 1997). Qui plus est, comme tel que l'a proposé Carpentier (2009; p.21), *«les expériences de négligence et de violence vécues au sein de la famille favoriseraient le développement d'un important sentiment d'insécurité et de difficultés chroniques d'attachement. Ces différents éléments constituent des facteurs de risque de l'agression sexuelle puisqu'ils occasionnent chez l'enfant une grande vulnérabilité»*.

4.1.5 Stratégies de coping

Nous observons qu'aucune différence significative n'existe entre les AAS et les adolescents normaux en ce qui a trait à l'utilisation de stratégies de *coping* en situation de stress. Ces résultats ne correspondent pas à ce qui a déjà été identifié dans la littérature scientifique, à savoir une utilisation plus importante chez les AAS de stratégies de *coping* inadéquates (p. ex. masturbation avec présence de fantasmes sexuelles) lorsque confrontés à des états émotionnels négatifs (Ward & Beech, 2005). Chez le délinquant sexuel adulte, nous retrouvons sensiblement les mêmes résultats. Par exemple, lorsque l'individu expérimente des problèmes émotionnels ou de l'humeur et qu'il emploie le sexe comme stratégie de *coping*, celui-ci risque de commettre une agression sexuelle (Cortoni & Marshall, 2001). Il est difficile de savoir pourquoi les résultats obtenus dans la présente étude sont différents. On

peut néanmoins faire l'hypothèse d'un effet de la désirabilité sociale, les jeunes AAS ayant eu à autoévaluer leurs stratégies de coping au moment où ils amorçaient un traitement.

4.1.6 Soutien social

Sur le plan de la perception du soutien social reçu, les AAS de notre échantillon semblent plutôt satisfaits. Par conséquent, nous pouvons avancer que ces jeunes présentent un risque moins élevé de commettre de nouveaux comportements sexuels problématiques. En effet, selon une perspective multisystémique, une implication positive des différents systèmes qui gravitent autour du jeune délinquant prévient la perpétration de nouveaux comportements problématiques et l'incarcération de celui-ci (Borduin & Schaeffer, 2001).

4.1.7 Environnement institutionnel

La quasi-totalité des programmes pour le traitement de la délinquance sexuelle chez les adolescents prend place dans des consultations externes, principalement dans la communauté, ce qui pourrait expliquer les résultats obtenus. En effet, le climat social dans de tels environnements est jugé positivement par les participants. Autrement dit, le milieu dans lequel les interventions ont lieu apparaît peu menaçant aux yeux des AAS qui donnent, aux différentes sous-échelles du CIES, des scores passablement élevés. Les résultats obtenus sont nettement au-delà des normes de référence (Wenk & Moos, 1972). Comparativement à un échantillon d'adultes incarcérés, les jeunes à l'étude disent se sentir plus engagés et soutenus dans le traitement, ainsi qu'encouragés à ouvrir et s'exprimer sur les émotions qu'ils ressentent. Ils croient également être en mesure de mieux comprendre leur problématique. Ils

prennent davantage d'initiatives et se perçoivent mieux outillés à faire face aux situations extérieures au programme. Enfin, les adolescents qualifient l'environnement comme étant plus organisé, clair et régulé que ne l'indiquent généralement des hommes adultes incarcérés dans un établissement de détention.

4.1.8 Motivation au changement

Contrairement à ce qui est généralement rapporté dans les études empiriques, soit que la plupart des AAS en sont au stade de la précontemplation, qu'ils nient ou justifient leurs conduites sexuelles, nos résultats indiquent qu'une majorité de participants croient avoir entamé un processus de changement. Bien que près de la moitié du groupe soit caractérisée par de l'ambivalence par rapport au changement, le cycle du changement paraît tout de même enclenché. La seconde moitié de notre échantillon regroupe des jeunes qui se disent en action, c'est-à-dire faisant des efforts visibles pour modifier leurs comportements. Étant donné que les AAS ont déjà complété deux mois de traitement, nous supposons que cela puisse expliquer de tels niveaux de motivation au changement. À cet effet, les résultats obtenus par Barrett et coll. (2003) démontrent que la motivation augmente considérablement au cours de l'intervention. Toutefois, nous n'avons pas de mesure pré et post-traitement qui permettraient d'observer l'évolution de la motivation à changer.

4.1.9 Alliance thérapeutique

En ce qui a trait à l'AT, les AAS qualifient cette dernière plutôt positivement. Ce résultat peut également s'expliquer du fait que la mesure a été prise deux mois suivant

l'accueil des jeunes et le début de l'intervention. Par contre, l'absence de mesures pré-traitement ne nous permet pas de vérifier cette explication. Rappelons qu'une alliance de travail positive entre un adolescent et son intervenant est associée à une meilleure rétention dans le programme de traitement et à la réduction des symptômes relatifs à la problématique ciblée (Zack et al., 2007). Alors que Castonguay et ses collaborateurs (2006) soutiennent que les processus de développement et de maintien de l'AT sont peu documentés, nous identifierons, dans la section suivante, certaines variables associées au développement de l'AT.

4.2 Discussion des résultats bivariés et multivariés

Nous prêterons maintenant une attention particulière aux différentes variables associées au développement de la motivation au changement et de l'AT. Rappelons que la motivation au changement a été mesurée par le questionnaire URICA (Prochaska & DiClemente, 1982) dans lequel sont inclus des items associés à quatre des cinq stades de préparation au changement, alors que l'AT est mesurée par le CALPAS-P (Gaston, 1991) qui produit un score total incluant les trois dimensions fondamentales du modèle de Bordin (1979), c'est-à-dire le lien, les tâches et les objectifs.

En ce qui a trait aux traits de personnalité associés à la délinquance, notre étude indique des relations significatives avec l'étape de la précontemplation ainsi qu'avec la qualité de l'AT. L'AAS qui affiche des traits d'autisme, immaturité, aliénation, mésadaptation sociale et orientation aux valeurs délinquantes est un jeune qui risque de n'être point motivé par le changement et le développement d'une AT. Plus spécifiquement, un AAS qui tend à

présenter une image de soi forte (autisme), alors qu'au fond de lui il se déprécie, risque de ne pas reconnaître sa problématique sexuelle et de compromettre le développement de l'AT. En effet, un tel adolescent tend à se justifier ou nier son problème afin d'éviter de porter atteinte à son image et son amour propre, tandis qu'une prise de conscience supposerait qu'il s'avoue une difficulté. L'adolescent aux traits «autistiques» (au sens spécifique que donne Jesness [1996] à ce terme) risquerait de ne pas collaborer à l'intervention puisqu'il se voit autosuffisant et préfère être seul. L'AAS immature adopte des attitudes plus juvéniles que son âge et tend à réprimer ses problèmes, ce qui risque d'être associé au refus de s'engager dans une réflexion sur le changement. Bien que les capacités cognitives d'un tel adolescent puissent être développées, l'immaturité fait obstacle à son jugement et par le fait même, aux prises de décision (Steinberg & Scott, 2003). La volonté de changer risque donc d'être biaisée par l'immaturité. Une intégration sociale inadéquate chez les AAS risque également d'influencer leur intention d'apporter un changement, mais aussi de nuire au développement de l'AT. Le lien entre la méfiance à l'égard des figures d'autorité, la précontemplation et la difficulté à établir une AT, pourrait suggérer une possible résistance du jeune à se responsabiliser ou à s'investir dans une relation de confiance avec les intervenants. Selon la définition que donne Jesness (1996) de l'aliénation, l'adolescent prête de mauvaises intentions aux figures d'autorité d'où, possiblement, l'association négative avec l'AT. Le fait de réagir fortement à la critique (aliénation) pourrait aussi expliquer pourquoi certains AAS se retrouvent à l'étape de la précontemplation. En effet, la prise de conscience des impacts de l'agression sexuelle peut devenir rapidement une expérience confrontante. Le lien entre la précontemplation et le blâme d'autrui pour ses problèmes suppose une stratégie d'adaptation inadéquate visant à éviter de se responsabiliser et d'admettre ses torts. Enfin, l'association

positive entre l'adhésion à des valeurs délinquantes et l'étape de précontemplation pourrait signifier qu'en encourageant la délinquance, l'AAS peut justifier son comportement et ainsi, se protéger d'une prise de conscience par rapport à ce comportement. À l'inverse, un adolescent qui admet avoir des problèmes d'agression sexuelle alors qu'il adopte des attitudes encourageant la délinquance devrait ressentir une certaine incohérence au niveau de ses conduites.

Sans surprise, nous observons une relation positive entre les distorsions cognitives et l'étape de la précontemplation. En effet, le MTC caractérise ce stade de préparation au changement par des mécanismes de déni ou de minimisation. La présence de distorsions cognitives chez les AAS est aussi associée une AT pauvre. Autrement dit, en faisant usage de distorsions cognitives, l'AAS ne considère point la pertinence de se fixer des objectifs d'intervention ni celle d'effectuer des tâches qui découlent de ces objectifs.

Par ailleurs, plus l'adolescent manque d'habiletés sociales, moins il risque d'être motivé à changer, alors que plus il est compétent sur le plan des relations interpersonnelles, plus il est susceptible de vouloir modifier son comportement. À cet effet, de nombreux programmes de traitement pour AAS ciblent les habiletés sociales puisqu'un déficit au niveau de celles-ci est associé à l'agression sexuelle. En effet, le jeune peut, d'une part, avoir tendance à créer des liens avec des enfants plus jeunes que lui ou, d'autre part, s'associer à des groupes de jeunes délinquants dont les conduites sont abusives et renforcent les relations de pouvoir. Une augmentation du sentiment de compétence sociale encourage l'adolescent à entrer en contact avec l'autre de façon adéquate. . Par ailleurs, l'AT risque d'être négative

lorsque l'AAS présente des lacunes sur le plan interpersonnel. Autrement dit, l'AT étant un processus interpersonnel, lorsqu'une des deux parties de la dyade entre en contact avec l'autre de façon inappropriée, la relation risque d'être plus problématique.

Curieusement, nos résultats n'indiquent aucun effet des symptômes d'un traumatisme sur le développement de la motivation au changement ni celui de l'AT. Par contre, certaines études démontrent une association significative. Par exemple, Slesnick et coll. (2009) ont identifié que les symptômes dépressifs chez un groupe d'adolescents influencent positivement la motivation au changement. De plus, Bovard-Johns (2009) a observé, chez un groupe d'AAS (n=332), que les symptômes d'anxiété, apparus à la suite d'un traumatisme, nuisent au développement de l'AT et qu'il est par conséquent important, sur le plan clinique, d'amener le jeune à gérer cette anxiété.

Nous constatons que l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation est liée à la motivation au changement tel que rapporté par DiClemente et Prochaska (1985). Par exemple, en situation de stress, l'évitement, la distraction ainsi que les réponses sexuelles sont des stratégies d'adaptation qui maintiennent l'AAS dans le déni ou la minimisation de sa problématique. Toutefois, nos résultats indiquent que ces stratégies adaptatives restent utilisées même lorsqu'un jeune se situe à l'étape du maintien. Autrement dit, alors que la phase de maintien signifie qu'il y a un changement du comportement problématique, les AAS à l'étude continueraient d'utiliser les mêmes stratégies d'adaptation qu'en phase de précontemplation pour maintenir les changements positifs et prévenir la récurrence. C'est donc dire que même en phase de maintien, lorsqu'il est confronté à des situations anxiogènes,

l'AAS tente de fuir ou de se distraire. Cependant, jusqu'à quel point ces moyens sont efficaces et sans risque à long terme? Dans un même ordre d'idées, il faut se demander à quel point l'utilisation de réponses sexuelles comme stratégies d'adaptation maintient le jeune dans le changement et prévient la récurrence. Il apparaît que ce dernier type de stratégies de *coping* est typique des agresseurs sexuels. Dans leur étude réalisée auprès d'une population de délinquants sexuels adultes, Cortoni et Marshall (2001) notent une utilisation plus fréquente d'activités sexuelles lors de situations anxiogènes, comparativement à un groupe de délinquants violents non sexuels. De plus, les délinquants sexuels adultes qui n'utilisent pas des stratégies de *coping* appropriées sont plus susceptibles de rechuter, c'est-à-dire d'expérimenter de nouvelles fantaisies sexuelles (George & Marlatt, 1989). Ce qui apparaît surprenant dans notre étude, c'est qu'un jeune se prétende motivé à modifier ses comportements sexuels problématiques, voire à maintenir ses efforts de changement, tout en employant des stratégies sexuelles pour gérer l'inconfort de situations anxiogènes ou à risque. Cette apparente discordance suggère qu'une attention particulière devrait être apportée à la compréhension des mécanismes cognitifs et stratégies de coping qui placent les jeunes à risque de commettre de nouveau un comportement sexuel. Notons d'ailleurs que seules les stratégies de *coping* orientées vers l'expression des émotions sont associées à une préparation au changement se situant au stade de l'action. Autrement dit, lorsqu'il expérimente un stress, l'AAS qui se connecte à ses émotions de manière à les identifier et les gérer est plus susceptible d'agir pour éviter de reproduire le comportement sexuel problématique. Bref, le fait d'outiller efficacement l'AAS et de lui offrir des interventions adéquates pourra le motiver à cheminer dans le cycle du changement. Par contre, malgré ce cheminement motivationnel, rappelons que l'adolescent peut continuer à réagir d'une façon risquée,

notamment en employant des stratégies de coping inadéquates. Ce dernier aspect devrait être porté à l'attention des cliniciens.

Sur le plan institutionnel, certaines particularités de l'environnement dans lequel prend place l'intervention sont susceptibles d'influencer la motivation des jeunes ainsi que l'AT. L'implantation d'une intervention structurée et claire, par des cliniciens qui soutiennent les jeunes et qui encouragent la cohésion dans le groupe, est plus susceptible de susciter la motivation à changer et de générer une alliance positive. Les résultats de l'étude de Beech et Hamilton-Giachritsis (2005) réalisée auprès de délinquants sexuels incarcérés indiquent d'ailleurs que plus les membres d'un groupe qualifient ce dernier de cohésif, plus ils sont susceptibles d'être déterminés, d'exprimer leurs émotions et ultimement, de diminuer leurs attitudes procriminelles. Au niveau du soutien à l'intérieur d'un établissement, une étude indique que des jeunes consommateurs qui se sentent soutenus par leurs éducateurs sont plus susceptibles de vouloir modifier leur consommation (Orsi, 2011). Il semble également, à la lumière de notre étude, que plus les AAS comprennent les raisons de leur participation au programme et qu'ils s'approprient leurs difficultés, plus ils progressent dans le cycle du changement. Qui plus est, les jeunes ont tendance à mieux collaborer dans l'établissement d'un lien thérapeutique, mais également dans l'élaboration d'objectifs et la participation aux tâches. Encourager les AAS à prendre des initiatives et à s'investir dans des actions concrètes semble aussi éveiller la motivation à changer chez ceux qui sont ambivalents quant au changement. Le MTC encourage d'ailleurs le développement de l'autonomie et de la motivation intrinsèque de manière à ce que l'AAS s'approprie le processus de changement. En contrepartie, comme l'ont soulevé Yost et Ellis (2008), l'adolescent qui se sent limité dans

son autonomie et sa liberté d'action risque d'être moins réceptif aux interventions. Considérant ces résultats, ce qui est de l'ordre de l'environnement institutionnel semble aussi important à prendre en compte que les variables individuelles dans le développement de la motivation au changement et de l'AT.

Nombre d'études empiriques ont démontré l'importance du soutien social pour prévenir la délinquance chez les adolescents, notamment chez les AAS (Borduin & Schaeffer, 2001). Notre étude montre que la perception d'un bon soutien social prédit le développement positif de l'AT. Le jeune qui sent que son environnement le soutient dans sa démarche thérapeutique est plus susceptible de travailler à l'atteinte d'objectifs et de participer aux tâches attendues dans le cadre d'une relation d'aide.

La corrélation inverse entre l'âge et l'étape du maintien retient particulièrement notre attention. Selon ce résultat, un jeune adolescent a plus de chance de se situer au stade du maintien qu'un adolescent plus âgé. Or, selon la littérature, plus l'adolescent est jeune au moment de son délit sexuel de référence, plus sa carrière sexuelle risque d'être persistante (Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Mittelman & Rouleau, 1988). Par contre, il faut préciser que dans notre étude, les adolescents sont pris en charge tôt pour traiter leur problématique. Nos données ne nous permettent toutefois pas d'apporter des précisions, à savoir : l'adolescent plus jeune minimise-t-il ses risques de rechute? Est-il rendu au stade du maintien parce qu'il a intégré plus précocement un programme ciblant la problématique sexuelle? Ou son comportement sexuel est-il moins récurrent et cristallisé, ce qui rend le changement moins ardu?

Enfin, logiquement, dans la relation entre la motivation au changement et l'AT, nous sommes portés à croire que la motivation au changement est antérieure et devrait influencer le développement de l'AT. Selon les résultats obtenus, seule l'étape de la précontemplation prédit, de manière négative, le développement de l'AT. Étant donné que la majorité des interventions débutent sous la contrainte, il est permis de croire que la motivation est susceptible d'être déficiente. Ajoutons qu'un individu qui ne reconnaît pas le caractère problématique de son comportement ou tend à le justifier, risque d'établir une AT négative. Pourquoi l'AAS accepterait-il des objectifs en lien avec des tâches précises alors qu'il n'en voit pas la raison?

Seules des caractéristiques environnementales telles que le sentiment d'être dans un environnement institutionnel structuré et la perception d'un soutien social prédisent la mesure d'une alliance thérapeutique positive. En contrepartie, seules des variables associées à l'individu prédisent négativement l'AT. En effet, la présence de distorsions cognitives, qui s'apparente au stade de la précontemplation, nuit au développement de l'AT. Concernant notre variable motivationnelle, bien que nous observions de nombreuses corrélations significatives, l'AT semble, à la lumière de notre étude, le facteur le plus susceptible d'influencer la motivation au changement. DiClemente (2003) indique que le changement semble s'inscrire dans un contexte caractérisé par des éléments individuels et environnementaux. Nos résultats ne démontrent guère ce constat, ne serait-ce qu'au niveau des analyses bivariées où nous obtenons un nombre élevé d'associations significatives aux coefficients de corrélation toutefois peu éloquentes.

4.3 Les contributions

La présente étude apporte différentes contributions. Sous un angle méthodologique, c'est la première étude québécoise qui mesure les niveaux de motivation au changement et d'alliance thérapeutique auprès d'un vaste échantillon d'AAS. Sur le plan des pratiques cliniques, notre recherche permet une meilleure compréhension des facteurs associés à l'investissement d'un AAS dans son processus du changement ainsi qu'à l'établissement d'une alliance thérapeutique. En plus d'identifier les facteurs associés à la motivation au changement de manière générale, notre étude apporte des informations spécifiques et distinctives pour chacune des étapes du changement. Autrement dit, en fonction de l'évolution dans le cycle du changement, les facteurs associés diffèrent. Cela suggère par le fait même, un besoin de mesurer périodiquement la motivation dans le but de faire correspondre les interventions offertes avec le stade de changement. En somme, cette étude permet de mieux saisir les enjeux relatifs à ces deux variables afin d'ultimement réduire les taux de récurrence chez les AAS.

4.4 Les limites

La principale limite de cette étude concerne la sous-spécification des modèles de régression. En effet, nous avons procédé à des analyses afin de vérifier le respect des postulats relatifs à l'erreur de prédiction. Bien que la distribution des erreurs de prédiction soit normale en ce qui a trait aux différents modèles, elle s'accompagne de forts coefficients de corrélation. Par exemple, une corrélation positive entre les erreurs de prédiction et l'AT subsiste ($r = 0.68$). Une explication possible à cette spécification insuffisante peut être l'absence de mesure des variables propres à l'intervenant. En effet, la notion de «milieu d'intervention» peut

inclure les caractéristiques propres à l'intervenant, au plan professionnel (ex. : connaissances et compétences) ou personnel (ex. : empathie, problèmes interpersonnels et capacités d'attachement) (Kennedy, 2000; Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001; Ross et al., 2008).

Les modèles de régression relatifs aux échelles du MTC reflètent également de très fortes corrélations entre chacune des échelles et les erreurs de prédictions. Les coefficients sont de 0.74 pour le stade de la précontemplation, 0.83 pour le stade de la contemplation, 0.88 pour le stade de l'action et 0.93 pour le stade du maintien.

De plus, bien que nous ayons pu procéder à l'ensemble des analyses statistiques, les courbes de distribution des certaines variables se caractérisaient par une faible variance. Comme il a déjà été souligné, les scores obtenus par les AAS de notre échantillon ne sont pas particulièrement problématiques, la plupart des moyennes étant en deçà des seuils cliniques significatifs. Compte tenu de la taille de l'échantillon, il se peut que les modèles de corrélation et de prédiction aient été affectés pour certaines variables à l'étude tels que les symptômes de stress post-traumatique.

Enfin, une autre limite a trait au fait que les scores concernant la motivation au changement et l'AT ont été mesurés à temps fixe pour un individu donné. Or, sachant que ces deux concepts peuvent fluctuer rapidement dans le temps, l'absence de mesures à d'autres moments de l'intervention empêche la généralisation des résultats relatifs à ces deux variables.

4.5 Les recherches futures

Advenant des recherches futures portant sur les prédicteurs de l'AT en contexte d'autorité chez les jeunes délinquants, il serait judicieux d'inclure les variables propres à l'intervenant tout en s'assurant d'avoir un échantillon de plus grande taille. Il serait également pertinent de mesurer l'AT à plus d'un moment pendant le traitement, soit au début, au milieu et à la fin, et d'obtenir des informations sur les facteurs qui soutiennent ou nuisent à son maintien.

Enfin, une étude ultérieure sur la motivation au changement exigera une recension plus rigoureuse des facteurs potentiellement associés à cette dernière afin d'éviter une sous-spécification des modèles statistiques comme c'est le cas ici. Cette dernière démontre des limites claires à ce niveau et remet en question la pertinence des différentes variables mises en relation avec la motivation au changement.

Bibliographie

- Abel, G., Mittelman, M.S., & Becker, J. (1985). Sexual offenders: Results of assessment and recommendations for treatment. In H. H. Ben-Aron, S. I., Hucker, & C. D. Webster (Ed.), *Clinical criminology*. Toronto, Ontario, Canada: MM Graphics.
- Ajdukovic, D. (1990). Psychosocial climate in correctional institutions : Which attributes describe it? *Environment and Behavior*, 22(3), 420-432.
- Andrade, J. T., Vincent, G., & Saleh F. M. (2006). Juvenile sex offenders: A complex and heterogeneous population. *Journal of Forensic Sciences*, 51, 162-167.
- Andrews, D. A., & Bonta J. (2006). *The psychology of criminal conduct (4th Ed.)*. Cincinnati: Anderson publishing.
- Arnold, M. E., & Hughues, J.N. (1999). First do no harm: Adverse effects of grouping deviant youth for skills training. *Journal of School Psychology*, 37, 99-115.
- Baer, J. S., & Peterson, P. L. (2002). Motivational interviewing for adolescents and young adults. In W. R. Miller, & S., Rollnick (Ed.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (pp. 320-332). New York, NY: Guilford Press.
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1377-1395.
- Barbaree, H. E., & Cortoni, F. (1993). Treatment of the juvenile sex offender within the criminal justice and mental health systems. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Ed.), *The juvenile sex offender* (pp. 243-263). New York: The Guildford Press.

- Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (2006). An introduction to the juvenile sex offender. In H. E. Barbaree, & W. L. Marshall (Ed.), *The juvenile sex offender (second edition)* (pp. 1-18). New York: The Guildford Press.
- Barrett, M., Wilson, R.J., & Long, C. (2003). Measuring motivation to change in sexual offenders from institutional intake to community treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*(4), 269-283.
- Becker, J. V., & Kaplan, M. S. (1988). The assessment of adolescent sexual offenders. In R. J. Prinz (Ed.), *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families* (pp. 97-118). Greenwich, CT: JAI Press, Inc.
- Becker, J. V., & Hicks, S. J. (2003). Juvenile sex offenders. Characteristics, interventions, and policy issues. *Annals of The New York Academy of Sciences, 989*, 397-410.
- Beech, A. R., & Hamilton-Giachritsis, C. E. (2005). Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*(2), 127-140.
- Beyko, M. J., & Wong, S. C. P. (2005). Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: A study of sex offender treatment attrition. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*(4), 375-389.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34*, 105-113.

- Borduin, C. M., & Schaeffer, C. M. (2001). Multisystemic treatment of juvenile sexual offenders: A progress report. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 13*, 25-42.
- Bovard-Johns, R. M. (2009). *Juvenile sex offenders and therapeutic alliance: The intricate dynamics of alliance in relation to attachment, trauma, and religion*. Smith College School, Northampton, Mass.
- Bremer, J. F. (1998). Challenges in the assessment and treatment of sexually abusive adolescents. *Irish Journal of Psychology, 19*, 82-92.
- Briere, J. (1992). Methodological issues in the study of sexual abuse effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 196-203.
- Briere, J. (1996). *The trauma symptom checklist for children (TSCC): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brogan, M. M., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychology using the transtheoretical model. *Psychotherapy, 36*, 105-113.
- Broome, K. M., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research, 16*(6), 608-623.
- Carney, T., & B. Myers (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: finding from a systemic review and meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7*(25), 1-15.
- Carpentier, J. (2009). *Adolescents auteurs d'abus sexuels: Carrière criminelle et facteurs associés*. Ph. D., Université de Montréal, Montréal.
- Cartwright, A. (1980). The attitudes of helping agent's toward the alcoholic client: The influence of experience, support, training and self-esteem. *British Journal of Addictions, 75*, 413-431.

- Catty, J. (2004). The vehicle of success: Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy*, 77, 255-272.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cordon, J., & Somerton, J. (2004). The trans-theoretical model of change: A reliable blueprint for assessment in work with children and families? *British Journal of Social Work*, 34(7), 1025-1044.
- Cortoni, F., & Marshall, W. L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 27-43.
- Cortoni, F., & Nunes, K. L. (2007). Recherche sur l'efficacité du traitement chez les délinquants sexuels. In M. Tardif (Ed.), *L'agression sexuelle: Coopérer au-delà des frontières, CIFAS 2005* (pp. 309-323). Montréal: CIFAS-Institut Philippe Pinel de Montréal.
- Cournoyer, L.-G., Ouellet, H., & Sabourin, S. (1991). Conceptions unidimensionnelle et multidimensionnelle de l'alliance en psychothérapie: Indices de validité convergente. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*.
- Creeden, K. (2005). Integrating trauma and attachment research into the treatment of sexually abusive youth. In M. C. Calder (Ed.), *Children and young people who sexually abuse: New theory, research and practice developments* (pp. 202-216). Dorset: Russell House Publisher.
- Day, A., Tucker, K., & Howells, K. (2004). Coerced offender rehabilitation: A defensible practice? *Psychology, Crime & Law*, 10, 259-269.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.

- Di Giuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology, 5*, 85-100.
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. New York, NY: The Guilford Press.
- Driessen, E. M. (2002). *Characteristics of youth referred for sexual offenses*. Unpublished doctoral dissertation, University of Wisconsin, Milwaukee.
- Durham, A. (2006). *Young men who have sexually abused: A case study guide*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Efta-Breitbach, J., & Freeman, K. A. (2004). Treatment of juveniles who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(3), 125-138.
- Eltz, M. J., Shirk, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect, 19*(4), 419-431.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Ferrer, M., Carbonell, X., Sarrado, J. J., Cebrià, C. V., & Castellana, M. (2010). Distinguish male juvenile offenders through personality traits, coping strategies, feelings of guilt and level of anger. *The Spanish Journal of Psychology, 13*(2), 751-764.
- Fitzpatrick, M. R., & Irannejad, S. (2008). Adolescent readiness for change and the working alliance in counseling. *Journal of Counseling & Development, 86*, 438-445.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Baratt, T., & Hwang, W. C. (2000). Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(1), 94-107.

- Frost, A., & Connolly, M. (2004). Reflexivity and the change process in offender work. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 365-380.
- Garland, R. J., & Dougher, M. J. (1991). Motivational intervention in the treatment of the sex offenders. In W. R. Miller, & S. Rollnick (Ed.), *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior* (pp. 303-313). New York, NY: Guilford Press.
- 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*, 68-74.
- George, W. H., & Marlatt, G. A. (1989). Introduction. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sexual offenders* (pp. 1-31). New York: Guilford Press.
- Gibson, C., & Vandiver, D. M. (2008). Our legal response: The sex offenders we know and the ones we don't. In C. Gibson, & D. M. Vandiver (Ed.), *Juvenile sex offenders: What the public needs to know* (pp. 177-202). Westport: Praeger Publishers.
- Greenstein, D. K., Franklin, M. E., & McGuffin, P. (1999). Measuring motivation to change: An examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in an adolescent sample. *Psychotherapy, 36*, 47-55.
- Hall, J. F. (1989). *Learning and Memory*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Hanson, R. K., & Bussiere, M. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 348-362.
- Hawkes, C., Jenkins, J. A., & Vizard, E. (1997). Roots of sexual violence in children and adolescents. In V. Varma (Ed.), *Violence in children and adolescents* (pp. 84-102). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

- Henning, K., & Holdford, R. (2006). Minimization, denial, and victim blaming by batterers: how much does the truth matter? *Criminal Justice and Behavior*, *33*(1), 110-130.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*, 205-216.
- Hiller, M. L., Narevic, E., Webster, J. M., Rosen, P. J., Stanton, M., Leukefeld, C., Garrity, T. F., Kayo, R. (2009). Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abusers. *Substance Use & Misuse*, *44*(1), 28-41.
- Hocker, T. R. (2003). *Relationship of the Jesness Inventory to the Psychopathy Checklist - Youth Version in a sample of incarcerated youth*. Ph. D., Wichita State University.
- Horvath, A. O., & Symonds, D.B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy; a meta analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(2), 139-149.
- Horvath, A. O., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P. Docherty (Ed.), *Psychodynamic treatment research* (pp. 247-273). New York: Basic Books.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford: University Press.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1980). A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics*, *A10*, 1043-1069.
- Howard, I., Turner, R., Olkin, R., & Mohr, D. C. (2006). Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 1197-1204.

- Howells, K., & Day, A. (2003). Readiness for anger management : Clinical and theoretical issues. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Psychology, and Law, 11*, 189-196.
- Hubbard, D. J., & Pealer, J. (2009). The Importance of responsivity factors in predicting reductions in antisocial attitudes and cognitive distortions among adult male offenders. *The Prison Journal, 89*(1), 79-98.
- Hunter, J. A., Becker, J. V., Kaplan, M., & Goodwin, D. W. (1991). The reliability and discriminative utility of the Adolescent Cognition Scale for juvenile sexual offenses. *Annals of Sex Research, 4*, 281-286.
- Hunter, J. A., & Figueredo, A. J. (1999). Factors associated with treatment compliance in a population of juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 11*(1), 49-67.
- Hunter, J. A., Gilbertson, S. A., Vedros, D., & Morton, M. (2004). Strengthening community-based programming for juvenile sexual offenders: key concepts and paradigm shifts. *Child Maltreatment, 9*(2), 177-189.
- Ikomi, P. A. (2008). Once a sex offender, always a sex offender? In C. Gibson, & D. M. Vandiver (Ed.), *Juvenile sex offenders: What the public needs to know*. Westport: Praeger Publishers.
- Jenkins, A. (2005). Engagement of young people. In M. C. Calder (Ed.), *Children and young people who sexually abuse: New theory, research and practice developments* (pp. 97-113). Dorset: Russell House Publisher.
- Jesness, C. F. (1996). *The Jesness Inventory: Manual*. North Tonawanda, NY.
- Johnson, G. M., & Knight, R. A. (2000). Developmental antecedents of sexual coercion in juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 12*(3), 165-178.

- Kahn, T. J., & Chambers, H. J. (1991). Assessing re-offense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare, 70*(333-345).
- Karver, M. S., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 50-65.
- Kazdin, A. E., & Whitley, M. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 345-355.
- Kennedy, S. (1999). Responsivity: The other classification principle. *Corrections Today, 6*(1), 48-51.
- Kennedy, S. (2000). Treatment responsivity: Reducing recidivism by enhancing treatment effectiveness. *Forum on Corrections Research, 12*(2), 19-23.
- Kolko, D. J., Noel, C., Thomas, G., & Torres, E. (2004). Cognitive-behavioral treatment for adolescents who sexually offend and their families: Individual and family applications in a collaborative outpatient program. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(3/4), 157-192.
- Laforest, S., & Paradis, R. (1990). Adolescents et délinquance sexuelle. *Criminologie, 23*(1), 95-116.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M., & Metz, K. (2004). Recension des études empiriques québécoises s'intéressant aux adolescents auteurs d'agression sexuelle. *Revue de Psychoéducation, 33*(2), 449-472.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M., & Metz, K. (2006). Les interventions québécoises pour adolescents auteurs d'agression sexuelle. *Revue de Psychoéducation, 36*(1), 25-56.
- Lagueux, F. (2006). *Évaluation des effets d'un programme de traitement de groupe pour adolescents agresseurs sexuels*. Université de Montréal, Montréal.

- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldstein (Ed.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lambie, I. (2005). You can get an adolescent to grunt but you can't make them talk: Interviewing strategies with young people who sexually abuse. In M. C. Calder (Ed.), *Children and young people who sexually abuse: New theory, research and practice developments* (pp. 128-136). Dorset: Russell House Publisher.
- Langton, C. M., & Barbaree, H. E. (2006). Conceptual issues in treatment evaluation research with juvenile sexual offenders. In H. E. Barbaree, & W. L. Marshall (Ed.), *The juvenile sex offender (second edition)* (pp. 248-274). New York: Guildford Press.
- Leech, N. L., Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. . (2003). Use and interpretation of multiple regression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(6), 738-740.
- Lemire, S., & Tardif, M. (2012). La psychothérapie individuelle. In M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville & J. Proulx. *La délinquance sexuelle des mineurs* (pp. 226-293). Les presses de l'Université de Montréal.
- Letourneau, E. J., & Swenson, C. C. (2005). Sexual offending and sexual behaviour problems: Treatment with multisystemic therapy. In M. C. Calder (Ed.), *Children and young people who sexually abuse: New theory, research and practice developments* (pp. 251-268). Dorset: Russell House Publishing.
- Letourneau, E. J., & Borduin, C. M. (2008). The effective treatment of juveniles who sexually offend: An ethical imperative. *Ethics and Behavior*, 18, 286-306.

- Madrigano, G. D., Rouleau, J.-L., & Robinson, M.-C. (1997). Caractéristiques démographiques et cliniques d'une population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels. *Revue Québécoise de Psychologie, 18*(3), 91-110.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Mallinckrodt, B. (1992). Client's representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 25-32.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Ed.), *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender*. New York: Plenum Press.
- Marshall, W. L., & Pithers, W. D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behavior, 21*(1), 10-27.
- Marshall, W. L., Anderson, D., & Fernandez, Y. M. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Marshall, W. L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*(2), 109-116.
- Marshall, W. L., Ward, T., Mann, R. E., Moulden, H., Fernandez, Y. M., Serran, G. A., & Marshall, L. E. (2005). Working positively with sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(9), 1096-1114.
- Maston, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy, 21*(4), 335-340.

- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 368-375.
- McGarvey, J., & Lenaghan, M. (1996). A structure group approach with adolescent perpetrators. *Child Abuse Review, 5*, 203-213.
- Meier, P., Donmall, M., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction, 100*, 500-511.
- Michaux, D., Cournoyer, L.-G., & Sabourin, S. (1991). *Relation entre le support social, la détresse psychologique et l'estime de soi*. Paper presented at the 59e congrès de l'Association canadienne française pour l'avancement de la science.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*, 147-172.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98*, 84-107.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York, NY: Guilford Press.
- Miner, M., Borduin, C., Prescott, D., Bovensmann, H., Schepker, R., Du Bois, R., Schladale, J., Eher, R., Schmeck, K., Langfeldt, T., Smit, A., & Pfäfflin, F. (2006). Standards of care for juvenile sexual offenders of the international association for the treatment of sexual offenders. *Sexual Offender Treatment, 1*(3), 1-7.

- Moos, R. H. (1974). *Correctional Institutions Environment Scale Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Naar-King, S., & Suarez, M. (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. New York, London: The Guildford Press.
- O'Reilly, G., Morrison, T., Sheerin, D., & Carr, A. (2001). A group based module for adolescents to improve motivation to change sexually abusive behaviour. *Child Abuse Review, 10*, 150-169.
- O'Reilly, G., & Carr, A. (2006). Assessment and treatment of criminogenic needs. In H. E. Barbaree, & W. L. Marshall (Ed.), *The juvenile sex offender (second edition)* (pp. 189-218). New York: Guildford Press.
- Orsi, M. M., & Brochu, S. (2009). Du sable dans l'engrenage: la motivation des clients sous contrainte judiciaire dans les traitements pour la toxicomanie. *Drogues, santé et société, 8*(2), 141-185.
- Orsi, M. M., Lafortune, D., & Brochu, S. (2010). Care and control: Working alliance among adolescents in authoritarian settings. *Residential Treatment for Children & Youth, 27*(4), 277-303.
- Orsi, M. M. (2011). *Consommation de substances psychoactives, motivation et réceptivité des jeunes placés en centre de réadaptation*. Ph. D., Université de Montréal, Montréal.
- 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*. Université du Québec en Outaouais, Gatineau.
- Paradis, J.-P., Lamothe, M., Perron, A., & Michaud, A. (2003). *Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels pour adolescents agresseurs sexuels: Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. Cap-de-la-Madeleine.

- Patel, S. H., Lambie, G. W., & Glover, M. M. (2008). Motivational counseling: Implication for counseling juvenile sex offenders. *Journal of Addictions & Offenders Counseling, 28*(2), 86-100.
- Preston, D. L. (2000). Addressing treatment resistance in corrections. In L. L. Motiuk, & R. C. Serin (Ed.), *Compendium 2000 on Effective Corrections* (pp. 47-55). Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking : Toward an integrated model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Proulx, J., Tourigny, M. & Lafortune, D. (2012). Les prédicteurs de la fin premature du traitement chez des adolescents délinquants sexuels: une étude multisite. In M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville & J. Proulx. *La délinquance sexuelle des mineurs* (pp. 567-596). Les presses de l'Université de Montréal.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy, 38*(4), 442-448.
- Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M., & Sarason, I. G. (2005). The short form of the SSQ (SSQ6): a construct validation. *Psychological Reports, 97*, 195-202.

- Rasmussen, L. A., Burton, J., & Christopherson, B. J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse, 1*(1), 33-48.
- Rauktis, M. E., Andrade, A. R., Doucette, A., McDonough, L., & Reinhart, S. (2005). Treatment foster care and relationships: Understanding the role of therapeutic alliance between youth and treatment parent. *International Journal of Child and Family Welfare, 8*(4), 146.
- Reitzel, L. R., & Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juvenile as measured by recidivism: a meta-analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 18*, 401-421.
- Revised Report from the National Task Force on Juvenile Sexual Offending, 1993 of the National Adolescent Perpetrator Network. (1993) *Juvenile and Family Court Journal* (Vol. 44, pp. 26-31).
- Rice, F. P., & Dolgin, K. G. (2008). *The adolescent: development, relationships, and culture* (12th ed.). Boston: Pearson.
- Rich, P. (2009). *Juvenile sexual offenders: A comprehensive guide to risk evaluation*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Richardson, G., Bhate, S., & Graham, F. (1997). Cognitive-based practice with sexually abusive adolescents. In M. S. Hogue, S. R., Bhate, & F. Graham (Ed.), *Working with sexually abusive adolescents* (pp. 128-143). London: Sage Publications.
- Righthand, S., & Welch, C. (2001). Juveniles who have sexually offended: A review of the professional literature. *Office of Juvenile Justice & Delinquency Prevention, 1*-65.
- Rolland, J.-P. (1998). *Manuel du CISS*. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie appliquée.
- Ross, E. C., Polaschek, D. L. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 462-480.

- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 286-291.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127-139.
- Serin, R. C., & Kennedy, S. (1997). Treatment readiness and responsivity: Contributing to effective correctional programming. *Research Report, R-54*. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada.
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations using meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*, 526-575.
- Shirk, S. R., & Karver, M. . (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464.
- Slesnick, N., Bartle-Haring, S., Erdem, G., Budde, H., Letcher, A., Bantchveska, D., & Patton, R. (2009). Troubled parents, motivated adolescents: predicting motivation to change substance use among runaways. *Addictive Behaviors, 34*, 675-684.
- Smallbone, S. W. (2006). Social and psychological factors in development of delinquency and sexual deviance. In H. E. Barbaree, & W. L. Marshall (Ed.), *The juvenile sex offender (second edition)* (pp. 105-127). New York: The Guildford Press.

- Stanley, S. (2007). Community order and the suspended sentence order for young adult offenders
Centre for Crime and Justice Studies: Kings College London.
- Steinberg, L., & Scott, E. S. (2003). Less guilty by reason of adolescence. Developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *American Psychological Association, 58*(12), 1009-1018.
- Thakker, J., Ward, T., & Tidmarsh, P. (2006). A reevaluation of relapse prevention with adolescents who sexually offend: A good-lives model. In H. E. Barbaree, & W. L. Marshall (Ed.), *The juvenile sex offender (second edition)* (pp. 313-335). New York: Guilford Press.
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2001). The assessment of denial, cognitive distortions and victim empathy among pedophilic sex offenders. An evaluation of the utility of self-report measures. *Trauma, Violence & Abuse, 2*(3), 259-270.
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 22*, 113-129.
- Viens, S., Tourigny, M., Lagueux, F., & Loméga, É. (2011). Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agression sexuelle. In M. Tardif (Ed.), *L'agression sexuelle: Transformations et paradoxes, Cifas 2009* (pp. 307-327). Montréal: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- 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*(3/4), 281-294.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders. *Clinical Psychology Review, 17*, 479-507.

- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 645-673.
- Ward, T., & Beech, A. R. (2005). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 44-63.
- Ward, T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2006). *Theories of sexual offending*. Chichester: Wiley.
- Wei, C. C. (2009). *Psychosocial predictors of motivation to change among adolescents with substance use disorders*. M. Sc., Ohio University, Ohio.
- Wenk, E. A., & Moos, R. H. (1972). Social climates in prison: an attempt to conceptualize and measure environmental factors in total institutions. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 9*, 134-148.
- Worling, J. R., & Langstrom, N. (2006). Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually: Correlates and assessment. In H. E. Barbaree, & W. L. Marshall (Ed.), *The juvenile sex offender, second edition* (pp. 219-247). New York: Guildford Press.
- Wright, K. N., & Boudouris, J. (1982). An assessment of the Moos Correctional Institutions Environment Scale. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 19*, 255-276.
- Yost, E., & Ellis, G. D. (2008). Effect of self-determination theory-based recreation activity-staging on vitality and affinity toward nature among youth in a residential treatment program. *Residential Treatment for Children & Youth, 23*(1), 5-26.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15*(6), 278-288.