



Université de Montréal

Étude de l'attribution de la responsabilité chez des adolescents auteurs d'agression sexuelle : facteurs explicatifs et prise en charge

Par Valérie Scheurer

École de criminologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.)  
en Criminologie, option avec mémoire

Février, 2015

© Scheurer Valérie, 2015

Université de Montréal  
Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé :

Étude de l'attribution de la responsabilité chez des adolescents auteurs d'agression sexuelle : facteurs explicatifs et prise en charge

Présenté par :

Valérie Scheurer

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Pierre Guay, président rapporteur

Denis Lafortune, directeur de recherche

Diane Casoni, membre du jury

## Résumé :

La présente recherche porte sur « l'attribution de la responsabilité » auprès d'une population de 166 adolescents auteurs d'agression sexuelle âgés de 12 à 19 ans. Le but premier de cette investigation est de déterminer quels aspects psychologiques (âge, stress post-traumatique, distorsion cognitive, estime de soi, aliénation, immaturité) influencent trois types d'attributions de la responsabilité, soit la culpabilité, l'attribution externe et l'attribution interne, et ainsi sur quels niveaux focaliser le traitement. Les résultats des régressions multiples ont mis en avant deux modèles. Pour le modèle prédisant la culpabilité, une seule composante est retenue, le stress post-traumatique. Ce modèle explique 26% (ajusté) de la variance de la culpabilité ( $R^2=0,29$ ,  $F(6,120)=8,35$ ,  $p<0,01$ ). Le modèle prédisant l'attribution externe est composé de l'âge et des distorsions cognitives et permet d'expliquer 25% (ajusté) de la variance ( $R^2=0,28$ ,  $F(6,122)=8,03$ ,  $p<0,01$ ). L'attribution interne ne présente aucune corrélation avec les variables étudiées. Le deuxième objectif est d'estimer l'efficacité de la prise en charge du jeune pour modifier l'attribution de responsabilité, selon les différentes modalités qui sont le « milieu de prise en charge », la « durée du traitement » et « l'approche thérapeutique » afin de choisir le programme le plus adéquat. En utilisant l'analyse de la variance (ANOVA), il a été possible de déterminer qu'aucune de ces modalités n'influence l'attribution de la responsabilité. Cette étude présente des limites, notamment la puissance statistique. Comme piste pour de futures recherches, le lien entre l'attribution de la responsabilité et la récurrence pourrait être examiné.

**Mots clés :** attribution de la responsabilité, adolescent, agression sexuelle, traitement, facteurs psychologiques

## **Abstract:**

This research is about blame attribution of 166 juvenile sex offenders between the age of 12 and 19. The first goal is to determine which psychological aspects (age, post-traumatic stress, cognitive distortions, self-esteem, alienation, immaturity) influence the 3 types of blame attribution (culpability, external attribution and internal attribution) as well as to determine the focus level of treatment. The results of the multiple regressions show two models. The model predicting culpability is only composed by post-traumatic stress. This model explains 26% (adjusted) of the culpability variance ( $R^2=0,29$ ,  $F(6,120)=8,35$ ,  $p<0,01$ ). The model predicting external attribution is composed by age and cognitive distortions. It explains 25% (adjusted) of variance ( $R^2=0,28$ ,  $F(6,122)=8,03$ ,  $p<0,01$ ). Internal attribution hasn't shown a correlation with the studied variables. The second goal is to estimate the efficiency provided by different services to modify blame attribution according to the care environments, length of treatment and therapeutic approach in order to come up with the best set up. Thanks to ANOVAs, it was possible to find out that none of the modalities have an impact on blame attribution. This research has some limits, especially statistical power. For consideration of future studies, links between blame attribution and recidivism could be investigated.

**Keywords:** blame attribution, juvenile, sex offense, treatment, psychological factors

# Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	iv
Table des matières .....	v
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures .....	ix
Liste des sigles et abréviations .....	x
Remerciements .....	xi
Introduction .....	1
CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS .....	5
<b>1.1 Notion d'attribution de la responsabilité</b> .....	<b>6</b>
1.1.1 Définition, opérationnalisation et mesure .....	6
1.1.2 Mise en perspective à l'aide de concepts similaires .....	8
1.1.2.1 Concept de « Locus of Control » .....	8
1.1.2.2 Concept de jugement moral .....	9
1.1.2.3 Concept de l'estime de soi .....	11
1.1.2.4 Concept de distorsions cognitives .....	13
<b>1.2 Lien avec la récidive</b> .....	<b>16</b>
<b>1.3 Principaux facteurs liés à l'attribution de la responsabilité</b> .....	<b>19</b>
<b>1.4 Possibilité d'influencer l'attribution de la responsabilité par le biais du traitement</b> .....	<b>22</b>
1.4.1 Travaux sur l'intervention à propos de l'attribution de la responsabilité .....	22
1.4.2 Stratégies les plus susceptibles de l'influencer .....	25
1.4.2.1 Milieu de prise en charge .....	25
1.4.2.2 Durée du traitement .....	26
1.4.2.3 Approche thérapeutique .....	26
CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE .....	31
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE .....	33

<b>3.1</b>	<b>Source des données</b> .....	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>Procédure</b> .....	<b>34</b>
<b>3.3</b>	<b>Opérationnalisation des variables</b> .....	<b>35</b>
3.3.1	Attribution de la responsabilité (VD).....	35
3.3.2	Facteurs sélectionnés (VI) .....	39
3.3.2.1	Âge .....	39
3.3.2.2	Stress post-traumatique .....	40
3.3.2.3	Distorsions cognitives.....	40
3.3.2.4	Estime de soi.....	41
3.3.2.5	Aliénation .....	42
3.3.2.6	Immaturité.....	42
3.3.3	Prise en charge (VI).....	43
3.3.3.1	Milieu de prise en charge.....	43
3.3.3.2	Durée du traitement.....	43
3.3.3.3	Approche thérapeutique.....	43
<b>3.4</b>	<b>Stratégie analytique</b> .....	<b>43</b>
3.4.1	Étude de l'effet n° 1 : facteurs associés à l'attribution de la responsabilité ?.....	43
3.4.2	Étude de l'effet n° 2 : influence du type de prise en charge sur l'attribution de la responsabilité ?.....	44
CHAPITRE 4 : RÉSULTATS .....		46
<b>4.1</b>	<b>Présentation de l'échantillon</b> .....	<b>47</b>
<b>4.2</b>	<b>Quelles sont les variables permettant de prédire l'attribution de la responsabilité ?</b> .....	<b>50</b>
4.2.1	Culpabilité .....	50
4.2.2	Attribution externe .....	51
4.2.3	Attribution interne .....	52
<b>4.3</b>	<b>Est-il possible d'influencer l'attribution de la responsabilité au travers de la prise en charge ?</b> .....	<b>53</b>
4.3.1	Milieu de prise en charge .....	53
4.3.2	Durée du traitement .....	56

4.3.3	Type d'approche thérapeutique .....	58
CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....		61
<b>5.1</b>	<b>Étude de l'effet n°1</b> .....	<b>62</b>
5.1.1	Culpabilité .....	62
5.1.2	Attribution externe .....	64
5.1.3	Attribution interne .....	66
<b>5.2</b>	<b>Étude de l'effet n°2</b> .....	<b>67</b>
5.2.1	Milieu de prise en charge .....	69
5.2.2	Durée du traitement .....	69
5.2.3	Type d'approche thérapeutique .....	70
CHAPITRE 6 : LIMITES .....		72
CHAPITRE 7 : CONCLUSION .....		74
Bibliographie.....		77

## Liste des tableaux

Tableau I : Description des variables .....	47
Tableau II : Matrice de corrélation entre les sous-échelles de l'attribution de la responsabilité et les variables explicatives .....	49
Tableau III : Facteurs associés à la culpabilité (méthode « entrer ») .....	50
Tableau IV : Facteurs associés à la culpabilité (méthode « descendante ») .....	51
Tableau V : Facteurs associés à l'attribution externe (méthode « entrer ») .....	51
Tableau VI : Facteurs associés à l'attribution externe (méthode « descendante ») .....	52
Tableau VII : Facteurs associés à l'attribution interne (méthode « entrer ») .....	52
Tableau VIII : Comparaison pré et post traitement des sous-échelles du BAI .....	53
Tableau IX : Influence du type de milieu sur la culpabilité .....	54
Tableau X : Influence du type de milieu sur l'attribution externe .....	54
Tableau XI : Influence du type de milieu sur l'attribution interne .....	55
Tableau XII : Influence de la durée du traitement sur la culpabilité .....	56
Tableau XIII : Influence de la durée du traitement sur l'attribution externe .....	57
Tableau XIV : Influence de la durée du traitement sur l'attribution interne .....	57
Tableau XV : Influence du type d'approche thérapeutique sur la culpabilité .....	58
Tableau XVI : Influence du type d'approche thérapeutique sur l'attribution externe .....	59
Tableau XVII : Influence du type d'approche thérapeutique sur l'attribution interne .....	60

## Liste des figures

Figure 1 : Conceptualisation de la stratégie analytique : influence des facteurs sélectionnés sur l'attribution de la responsabilité et impact de la prise en charge sur l'attribution de la responsabilité .....	32
---	----

## Liste des sigles et abréviations :

ACS= Adolescent Cognition Scale  
ASIC= Adolescent Sexual Interest Cardsort  
BAI= Blame Attribution Inventory  
BDI= Beck Depression Inventory  
CETAS= Centre d'Entraide et de Traitement des Agressions Sexuelles de St-Jérôme  
CIASF= Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la famille de Hull  
CIDS= Centre d'Intervention en Délinquance Sexuelle de Laval  
CPLM= Centre de Psychiatrie Légale de Montréal  
EMT= Extended Mind Theory  
ERASOR= Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism  
GLM = Good Lives Model  
GSS= Gough Socialization Scale  
HDHQ= Hostility and Direction of Hostility Questionnaire  
IFSIC= Integrated Framework of Sexual Interest and Cognition  
JMCD= Judgment Model of Cognitive Distorsions  
LOC= locus of control  
MRT = Moral Reconation Therapy  
OMQ= Offending Motivation Questionnaire  
PURL= Parents-Unis Repentigny Lanaudière  
RNR = Risk, Need and Responsivity  
R&R = Reasoning and Rehabilitation

SAFE-T= Sexual Abuse: Family Education & Treatment  
SOTEP= Sex Offender Treatment and Evaluation Project  
SPPA= Self-Perception Profile for Adolescents  
TSC-C= Trauma Symptom Checklist for Children  
VI= Variables indépendantes  
VD= Variable dépendante

### Abréviations des statistiques :

ES= erreur standard  
ET= écart-type  
M= moyenne  
N= nombres d'observations  
n.s.= non significatif  
p= significativité statistique  
R<sup>2</sup>= coefficient de détermination

## Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, Denis Lafortune, pour son expertise, sa rigueur, son support et sa patience. Merci d'être resté à bord de mon navire pour m'empêcher de chavirer.

Mes remerciements les plus sincères à l'équipe de recherche du projet «les prédictors de la fin prématurée du traitement chez les adolescents agresseurs sexuels» (CQRS Proulx, Tourigny et Lafortune), laquelle m'a permis l'accès à leur banque de données.

Merci à Jean-Pierre Guay et Marc Ouimet, lesquels ont su me guider face aux difficultés rencontrées.

Toute ma gratitude à Philippe Bensimon, Thierry Herman, Nicole Jundt Herman et Coralie Mercerat pour leurs précieuses relectures, leurs corrections et leurs commentaires.

Et bien évidemment, je remercie ma famille et mes amis pour leur accompagnement, leur soutien et leur constante motivation jour après jour.

## **INTRODUCTION**

Les agressions d'ordre sexuel sont encore considérées comme un tabou social. Si certaines victimes s'ouvrent de plus en plus à autrui et partagent leurs souffrances, un grand nombre d'entre elles restent dans l'ombre, ce qu'on traduit habituellement comme une référence au « chiffre noir » (estimé à 90% selon le Ministère de la Sécurité publique, 2006). Toutefois, la société prend ce fléau au sérieux et de très nombreuses recherches s'intéressent à la problématique des abus sexuels (Armentrout et Hauer, 1978; Hanson et Thornton, 1999; Knopp, 1984; Money, 1970). L'intérêt spécifique pour l'étude des adolescents commettant ce type d'actes a grandi dans les dernières décennies (Barbaree et Marshall, 2008; Hunter, Figueredo, Malamuth, et Becker, 2003; Letourneau et Miner, 2005). Il est utile de repérer rapidement les actes déviants afin d'établir des mesures de prévention. Deux questions se posent aussitôt : qu'est-ce qui pousse un adolescent à commettre des actes contraires aux normes de la société, mais surtout, pourquoi récidive-t-il ? Une thématique intéressante à aborder dans ce cadre demeure l'attribution de la responsabilité. Comment l'individu explique-t-il le raisonnement derrière ses gestes ? N'est-ce pas tout simplement un réflexe humain de toujours trouver une excuse pour expliquer la cause de ses actions ? N'est-ce pas plus facile et plus confortable de blâmer une tierce personne ou une situation ? L'humain cherche constamment des excuses pour éviter le sentiment de honte, pour garder une image positive de soi et pour consolider sa confiance en soi. Ainsi, comment le jeune délinquant explique-t-il les actes qu'il commet et qui sont désapprouvés par le public ? Que se passe-t-il dans son psychisme pour qu'il pose, puis éventuellement répète des comportements qui sont nocifs pour autrui, qui sont punissables par la loi et qui risquent de le priver de sa liberté ?

Les recherches qui s'intéressent à la délinquance tentent généralement de comprendre les facteurs menant au passage à l'acte afin de développer une prévention primaire, secondaire ou tertiaire <sup>1</sup> (Brantingham et Faust, 1976). Selon les politiques mises en place, l'accent est focalisé sur un des trois niveaux de la prévention. La présente recherche entre dans la catégorie de la prévention tertiaire et elle porte sur l'attribution de la responsabilité. Ce concept mesure le degré de responsabilité que les délinquants s'attribuent pour les délits qu'ils ont commis. Les articles existants

---

<sup>1</sup> La prévention primaire agit en amont; l'objectif étant d'empêcher l'apparition d'une problématique ciblée, à savoir, l'agression sexuelle. La prévention secondaire elle, agit directement sur les populations dites à risque et à court terme. Quant à la prévention tertiaire, cette dernière est destinée aux personnes ayant une problématique révélée. L'objectif est donc de réduire la reproduction de ce type d'actes à long terme.

à ce sujet utilisent majoritairement les mêmes mesures et échelles de comparaison<sup>2</sup> (Batson, Gudjonsson, et Gray, 2010; Blumenthal, Gudjonsson, et Burns, 1999; Fox, DeKoning, et Leicht, 2003; Gisli et Jon Fridrik, 2004; Gudjonsson, 1990; Gudjonsson et Petursson, 1991; Gudjonsson et Sigurdsson, 2004; Gudjonsson et Singh, 1989; Shine, 1997; Weizmann-Henelius, Sailas, Viemero, et Eronen, 2002; Wood et Newton, 2003). Il semble intéressant d'introduire d'autres thématiques dans le but d'évaluer de nouvelles dimensions. Quelles composantes psychologiques et personnelles influencent l'attribution de la responsabilité ? Afin d'élargir les perspectives, cette investigation part de l'hypothèse selon laquelle l'attribution de la responsabilité est un prédicteur de la récidive<sup>3</sup> (du moins pour certaines dimensions de l'échelle<sup>4</sup>). Il serait pertinent de cibler des moyens permettant d'améliorer cette attitude chez les jeunes afin de prévenir la rechute. Dans cet ordre d'idée, les connaissances de l'attribution de la responsabilité seront comparées au savoir actuel sur la récidive lorsqu'il sera temps d'analyser l'effet de la prise en charge. Aucune recherche n'a encore tenté de comprendre précisément les possibles impacts des modalités de traitement sur ce sujet. Par contre, de nombreuses études ont porté sur l'efficacité de la prise en charge des adolescents agresseurs sexuels en lien avec la récidive (Reitzel et Carbonell, 2006; Walker, McGovern, Poey, et Otis, 2004; Worling et Curwen, 2000). Ainsi, cette dimension permettra de mettre la recherche actuelle en perspective.

Le premier objectif de cette étude vise à évaluer un certain nombre de composantes psychologiques et personnelles (que nous nommons « facteurs » pour simplifier) qui sont susceptibles d'influencer l'attribution de la responsabilité. L'instrument d'évaluation ayant trait à l'attribution de la responsabilité utilisée dans la présente recherche fut développé par Gudjonsson (1989). Ses items se regroupent en trois facteurs qui sont la culpabilité, l'attribution de la responsabilité à des facteurs externes (que nous nommons « attribution externe ») et l'attribution de la responsabilité à des facteurs internes tels que la maladie mentale (que nous nommons « attribution interne »). Les informations contenues dans ces différentes échelles s'avèrent être utiles aux professionnels. En

---

<sup>2</sup> Par exemple : Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R), Gough Socialization Scale (GSS), Hare Psychopathic Checklist-Revised - PCL-SV, MOLEST Scale, RAPE Scale, Other-Deception (ODQ), Rosenberg Self-Esteem Scale, Self-Deception Questionnaires (ODQ & SDQ).

<sup>3</sup> Un prédicteur de la récidive est un élément permettant de déterminer à l'avance si un individu est potentiellement à risque de commettre un acte contre la loi dans le futur.

<sup>4</sup> Blame attribution inventory (Gudjonsson, 1989).

effet, ces renseignements permettent de cibler les interventions en fonction du désir de responsabiliser les délinquants.

Le second objectif de cette étude porte sur l'effet que la prise en charge a sur l'attribution de la responsabilité auprès des adolescents auteurs d'agressions sexuelles. Les recherches portant sur le traitement des délinquants sexuels peinent à déterminer avec précision quel aspect de l'intervention incite l'individu à changer. Les concepts à cibler dans les interventions restent vagues et diffèrent selon les approches thérapeutiques choisies. Cette investigation vise ainsi à donner des réponses plus précises quant aux liens existant entre le milieu de prise en charge, la durée du traitement, l'approche thérapeutique et l'attribution de la responsabilité.

Concernant la structure de cette étude, la recension des écrits abordera toutes les caractéristiques de l'attribution de la responsabilité en proposant une définition, la description de l'outil utilisé dans cette recherche ainsi que sa mesure, une comparaison avec des concepts similaires ou complémentaires tels que le « locus of control », le jugement moral, l'estime de soi et les distorsions cognitives. Il sera aussi présenté le lien avec la récidive. Un résumé de la connaissance actuelle sur les composantes psychologiques et personnelles influençant l'attribution de la responsabilité ainsi que sur la prise en charge permettra d'immerger le lecteur dans les questions de recherche. Dans un second temps, seront développées la problématique et la méthodologie régissant cette recherche. Le troisième temps sera dédié à la stratégie analytique et aux résultats avant de discuter des résultats et des limites de l'étude en conclusion.

## **CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS**

Cette première partie résume les connaissances actuelles quant à l'attribution de la responsabilité et sur tout concept indispensables à la présente étude.

## **1.1 Notion d'attribution de la responsabilité**

### **1.1.1 Définition, opérationnalisation et mesure**

En psychologie, les théories sur l'attribution existent déjà depuis de nombreuses années. Elles stipulent que les individus utilisent différents types de raisonnement pour justifier et rationaliser leurs gestes. D'après les premiers travaux de Heider (1944), cette attribution permet de décrire de quelle manière le sujet perçoit son propre comportement et par opposition, celui des autres. En 1958, Heider va plus loin en écrivant que l'attribution correspond à la recherche faite par un individu quant aux causes entourant une série d'événements. Il distingue alors l'origine et la cause d'un phénomène. La personne se trouve toujours à l'origine de ce qui lui arrive, mais n'en est pas forcément la cause. Quelques années plus tard, Jones et Davis (1965) proposent une autre approche, l'attribution se déroulerait en trois étapes : 1. observer, 2. comparer, 3. attribuer. La notion de perception de l'intention est alors prise en considération lors de l'étude du concept de l'attribution. Kelly a développé un modèle de covariation en 1973 pour comprendre la perception, le jugement et la façon de penser. L'individu ferait des statistiques approximatives afin de déterminer si le raisonnement derrière son comportement s'explique par des attributions externes (causé par l'environnement), internes (causé par l'individu) ou une combinaison. En 1975, Miller et Ross ont avancé la notion de biais d'auto complaisance pour décrire la tendance des individus à attribuer leur succès à leurs propres qualités (interne) et leurs échecs à des facteurs hors de leur contrôle (externe). Le but de ce mécanisme serait de maintenir une image positive de soi. En 1977, Snyder, Tanke, et Berscheid cherchèrent à expliquer le comportement et le raisonnement poussant la personne à agir d'une certaine manière, avec comme souhait de pouvoir prédire les comportements futurs. Ils développèrent une théorie de l'attribution permettant de répondre à ces interrogations. Par la suite, de nombreux chercheurs ont étudié le concept de l'attribution dans un cadre de psychologie sociale et ce faisant, en définissant des erreurs d'attribution et des biais. L'erreur fondamentale d'attribution (Ross, 1977) consiste à sous-estimer les causes situationnelles au profit des causes personnelles. Grâce au développement du modèle tridimensionnel des attributions causales (Weiner, 1985), il est désormais possible de tenir compte de nouveaux éléments tels que la stabilité, le lieu de causalité et la contrôlabilité dans la compréhension de l'attribution. Il a également été démontré que le sujet

aurait tendance à s'attribuer ses propres succès (attribution interne), à contrario des échecs (attribution externe) afin de maintenir son estime de soi (Olson et Ross, 1988). En 1990, une nouvelle dimension est étudiée, à savoir, le processus qui régit l'attribution dans des conditions inter- et intra-groupe. Le succès du groupe serait causé par des facteurs internes alors que le succès des autres serait dû à des causes externes (Hewstone, 1990). Et finalement, l'effet de faux consensus (Gross et Miller, 1997) est la croyance exagérée d'un individu que ses opinions ou comportements soient partagés par ses pairs. Il existe de nombreux auteurs ayant développé d'autres concepts et théories, néanmoins, les connaissances essentielles à la compréhension de cette recherche ont été présentées dans leurs grandes lignes.

Sur le plan criminologique, il est intéressant d'évaluer de quelle manière les délinquants perçoivent leurs comportements et de quelle manière ils expliquent le choix de leurs gestes. En effet, cette dimension s'avère cruciale dans la détermination d'un risque de récidive et de l'adhésion ou non au traitement. Dénier la responsabilité de ses actes permet au sujet de ne pas s'effondrer et par conséquent, de renforcer son comportement délictuel. L'attribution permet, pour ne citer qu'un exemple, de protéger l'estime de soi, de réduire l'anxiété et la culpabilité (Gudjonsson, 1984).

En extrapolant à partir des propositions théoriques susmentionnées, Gudjonsson a pu développer un questionnaire afin d'étudier les différentes dimensions de l'attribution du blâme chez les auteurs d'actes criminels. L'instrument sur lequel se fondent les analyses de la présente recherche est le *Blame Attribution Inventory* (BAI) qu'il créa en 1984. Dans cette version initiale, le BAI se compose de trois sous-échelles totalisant 48 items. Chaque dimension compte une moyenne de 16 questions de type vrai/faux. La première mesure l'« attribution externe » – c'est-à-dire la tendance à expliquer son acte par des éléments tels que l'environnement, la victime ou le contexte social. La deuxième porte sur l'« attribution à un trouble mental » (et que nous simplifions par le terme « attribution interne »), autrement dit, la tendance à croire que les gestes sont causés par des problèmes d'ordre mental ou par un faible contrôle de soi. Finalement, Gudjonsson nomme la dernière dimension comme étant la « culpabilité », puisqu'elle concerne la tendance à s'attribuer la responsabilité de son acte. Cette version du BAI a été testée sur 224 sujets adultes ayant commis des infractions criminelles.

En 1989, Gudjonsson avait validé et actualisé son instrument créé en 1984 avec Singh, sur une nouvelle population de délinquants. Deux limites étaient présentes dans le premier instrument :

d'une part, les questions n'étaient pas assez spécifiques au crime commis en particulier; d'autre part, la présence d'un biais d'acquiescement était suspectée (Gudjonsson et Singh, 1989). Pour remédier à ces problèmes, le questionnaire a été remodelé avec un nouveau total de 45 items représentant environ 15 éléments par sous-échelle. Le nouvel échantillon testé était constitué de 176 sujets ayant commis des infractions criminelles, mais qui n'étaient pas caractérisés par des antécédents de troubles mentaux contrairement à ceux ayant permis la validation du premier instrument. Les trois dimensions de l'instrument ont été validées.

La section suivante porte sur le « Locus of Control », le jugement moral, l'estime de soi et les distorsions cognitives. Il s'agit de concepts analogues qui permettent de mettre l'attribution de la responsabilité en perspective.

### 1.1.2 Mise en perspective à l'aide de concepts similaires

#### 1.1.2.1 Concept de « Locus of Control »

Le premier concept permettant de mettre l'attribution de la responsabilité en perspective est celui de *Locus of Control* (LOC). En 1966, Rotter a été le premier auteur à l'introduire. Il signifie la « source de contrôle » et fait référence à l'impression d'avoir du contrôle ou du pouvoir sur sa vie et à la manière d'attribuer à autrui ou à soi-même les causes événementielles. Toujours dans la conception de Rotter (1966) (I-E Scale), le LOC se situe sur un continuum entre deux extrêmes que sont les sources de contrôle de type « interne » et « externe ». Lorsque l'individu a le sentiment de pouvoir agir sur les événements de sa vie, il est considéré comme ayant un LOC interne. Ces personnes sont enclines à établir une relation causale entre leurs comportements et le résultat en découlant (Deschamps et Clémence, 2000). Quand le hasard, le destin ou d'autres personnes sont perçus comme ayant le pouvoir sur les actes de l'individu, le LOC est externe (Fisher, Beech, et Browne, 1998). Dans ce cas de figure, les personnes pensent que les conséquences de leurs actes ne sont pas liées à leurs propres comportements et sont donc incontrôlables (Lefcourt, 1976). Il appert que le LOC a des caractéristiques similaires à l'attribution de la responsabilité de par ses sources de contrôles de type « interne » et « externe ». Ainsi, les résultats des recherches à ce sujet s'avèrent utiles pour la présente étude.

De manière générale, les criminels semblent avoir des LOC plus externes que les non-délinquants (Goodman, Leggett, et Garrett, 2007), il en est de même avec l'attribution externe du BAI. La

présence d'un LOC interne montre que les valeurs morales et sociales ont été internalisées d'une certaine manière (Blatier, 2000). Lorsqu'il s'agit plus spécifiquement d'auteurs d'agressions sexuelles, la question du pouvoir et du contrôle sur autrui devient centrale (Darke, 1990). Les agresseurs sexuels qui ont un LOC externe pensent qu'ils n'ont pas de pouvoir sur leurs actions (bien qu'ils désirent avoir le pouvoir sur leurs victimes) et vont plutôt blâmer les autres et trouver des excuses pour leurs gestes (Bayse, Allgood, et Van Wyk, 1992). Ce raisonnement se retrouve également avec l'attribution externe du BAI. Chez les adolescents spécifiquement, le LOC externe semble être associé avec les troubles de conduite et l'évitement des responsabilités (Gudjonsson et Sigurdsson, 2004).

Au niveau de la personnalité, il existerait une sorte de chevauchement entre différents concepts désignant les cognitions, ce qui impliquerait que les LOC, l'estime de soi et les habiletés à résoudre des problèmes sociaux sont inter reliés (Huntley, Palmer, et Wakeling, 2012). Quant au vécu de l'individu, la présence d'abus physiques durant la jeunesse semble contribuer au développement d'un LOC externe supérieur, alors que les abus sexuels ne semblent pas influencer le LOC<sup>5</sup> (Fisher et coll., 1998). Les résultats des recherches sur le LOC contribuent positivement à la mise en perspective de l'attribution de la responsabilité.

#### 1.1.2.2 Concept de jugement moral

Le jugement moral est le second concept intéressant à mettre en relation avec l'attribution de la responsabilité. Il se définit comme les raisons ou justifications qui expliquent nos actions sociales (Kohlberg, 1984). Que se passe-t-il dans la tête des délinquants lorsqu'ils passent à l'acte ? Trouvent-ils leur comportement acceptable et quelles explications utilisent-ils pour justifier leurs actions ? Le jugement moral permet partiellement de répondre à ces questionnements qui s'avèrent aussi être des points clés de l'attribution de la responsabilité.

Le modèle du jugement moral de Kohlberg (1984) est le plus répandu. Il se constitue de six étapes hiérarchiques regroupées en trois niveaux nommés préconventionnel, conventionnel et post-conventionnel (Stams et coll., 2006). Il est intéressant de connaître chacune de ses dimensions pour être en mesure de mettre l'attribution externe, interne et la culpabilité en perspective. L'individu a la possibilité d'évoluer au travers des différents échelons. Dans l'étape une, nommée « l'obéissance et

---

<sup>5</sup> Fisher et coll. (1998) pensent que ces résultats sont dus au fait que les victimes de crimes sexuels ont tendance à se sentir responsables de ce qui leur arrive.

l'orientation punitive », le bon ou le mal se définissent en fonction des conséquences négatives ou des figures d'autorité. Dans la deuxième étape, « l'orientation instrumentale et d'échange », le bien et le mal se différencient selon les bénéfices personnels et les échanges de faveurs qui en résultent. « L'orientation des relations interpersonnelles » représente la troisième étape dans laquelle l'individu se conforme aux attentes sociales. Dans la quatrième étape, « l'orientation comme membre de la société », l'importance est donnée au maintien de l'ordre dans la société. Les deux dernières étapes sont plus difficiles à atteindre. Dans la cinquième, « l'orientation du contrat social », le juste dépend du degré avec lequel les règles répondent aux besoins des gens. Et finalement, dans la dernière, « l'orientation des principes universels », le juste assure une décision morale respectant chaque individu. Sur le plan préconventionnel, les règles et les attentes sociales sont imposées par l'extérieur (externe, sans choix personnel). Au niveau conventionnel, l'individu a internalisé ces règles et attentes sociales. Au rang post-conventionnel, il se différencie des règles et attentes sociales pour mieux définir ses propres valeurs morales (Colby et Kohlberg, 1987). D'après le modèle de Kohlberg, l'individu ne peut plus redescendre dans un niveau inférieur lorsqu'un niveau est atteint (1984).

Ainsi, comment comprendre le processus sous-jacent à l'acte criminel ? Les études ont mis en évidence un certain nombre de caractéristiques associées au jugement moral et qui sont facilement comparables avec les connaissances sur l'attribution de la responsabilité. Le jugement moral est lié à la maturité cognitive et dépend de l'âge, du niveau d'éducation et de l'intelligence (Van Vugt, Hendriks, et coll., 2011b). Les délinquants juvéniles ont un niveau de jugement moral inférieur (niveau un et deux) à leurs pairs du même groupe d'âge qui sont non-délinquants (Gibbs, Basinger, Grime, et Snarey, 2007; Stams et coll., 2006). La criminalité semble être plus accrue au début de l'adolescence qu'au milieu. La construction du jugement moral durant la mi-adolescence freine ce type d'acte. Il appert que la dissonance cognitive est moindre lorsque l'individu enfreint la loi en ayant un faible jugement moral (Stams et coll., 2006). Le contraire est également vrai : une fois un niveau mature de jugement moral atteint, il est moins fréquent d'aller à l'encontre de la loi ou de la morale. Cela signifie-t-il qu'un jugement moral faible équivaldrait à une attribution externe alors qu'un jugement élevé correspondrait plutôt à la culpabilité ? Possiblement. Les recherches ont démontré que les individus n'ayant pas atteint l'étape trois lors de l'adolescence risquent d'être davantage influencés par les pairs et d'être tentés de briser les règles (Gibbs, 2003). Les adolescents agresseurs sexuels avec une déficience intellectuelle possèdent généralement un jugement moral de niveau deux. Cela signifie que la justification de leur décision est instrumentale. Quant aux

adolescents agresseurs sexuels sans déficience intellectuelle, ils utilisent des raisonnements se situant entre le niveau deux et trois, tenant en partie compte des attentes sociales (Van Vugt, Asscher, et coll., 2011). Ces résultats semblent être des éléments importants pour la compréhension de l'attribution de la responsabilité. La tendance à se situer à un niveau un, deux ou trois affecte certainement le raisonnement poussant au passage à l'acte. Sachant qu'un jugement moral inférieur s'avère être un bon prédicteur de récurrence criminelle (Van Vugt, Hendriks, et coll., 2011b), cette dimension est à considérer pour la prise en charge.

### *1.1.2.3 Concept de l'estime de soi*

La troisième notion importante à la compréhension de l'attribution de la responsabilité est l'estime de soi. Il s'agit non seulement d'un élément comparatif, mais c'est également l'une des composantes psychologiques testées pouvant possiblement influencer les échelles du BAI. Il y a une tendance à tenir compte de ce concept lors de l'explication des infractions sexuelles (Marshall et Mazzucco, 1995). L'estime de soi a été prise en considération dans la compréhension de la psychologie humaine dès les années 1940 (Marshall, Anderson, et Champagne, 1997). Il existe deux types d'estime de soi. Le premier est dit global ou unitaire (Heatherton, Wyland, et Lopez, 2003). Il s'agit de la manière dont la personne se perçoit en général. Le deuxième est multidimensionnel (Heatherton et coll., 2003) et varie selon les domaines spécifiques qui sont en cause (académique, professionnel, social, sexuel ou récréatif (Marshall, Marshall, Serran, et O'Brien, 2009)).

L'estime de soi dite globale est généralement une caractéristique stable au travers du temps (Marshall et coll., 1997). Toutefois, cette vision donne des informations limitées, car une sorte de moyenne des différents aspects de l'estime de soi est estimée. En effet, une personne peut avoir une estime de soi forte dans un domaine et faible dans un autre (Marshall et coll., 1997). Elle peut aussi varier selon les expériences vécues et selon une situation spécifique (Burke, 1980). Ainsi, l'estime de soi peut être considérée comme un état ou un trait (Campbell et Lavallee, 1993).

L'estime de soi se forge grâce aux relations que l'individu a avec ses parents durant l'enfance et l'adolescence, ainsi qu'aux expériences partagées avec eux. Des relations inappropriées ont une influence néfaste sur le niveau d'estime de soi que ces jeunes atteindront une fois adulte (Marshall et Mazzucco, 1995). C'est à travers l'acceptation et les critiques de ses parents que l'enfant apprend à se comporter et à avoir des interactions sociales appropriées. De la même manière, les enfants se

construisent leur propre conception de soi au travers de l'image que leur reflètent leurs parents (Mischel, 1993). Les expériences vécues au quotidien peuvent changer le niveau d'estime de soi (Marshall et Marshall, 2000). L'estime de soi peut ainsi être considérée comme stable ou instable (Heatherton et Polivy, 1991). Lorsque l'estime de soi est instable, cela signifie qu'elle varie de faible à forte en fonction du domaine (académique, social, etc.), des jours et des expériences vécues (Heatherton et coll., 2003).

Ainsi, en quoi l'estime de soi influence-t-elle l'attribution de la responsabilité chez les agresseurs sexuels ? Les individus possédant une faible estime de soi attribueraient leur succès à des facteurs externes plutôt qu'à leurs propres compétences (Tice, 1993). Il y aurait une similarité des problématiques présentes dans la vie des individus souffrant de faible estime de soi et de ceux attribuant la responsabilité de leurs comportements à des facteurs externes (Lefcourt, 1982), d'où l'importance de considérer l'estime de soi dans l'attribution de la responsabilité.

L'estime de soi est un facteur clé dans la création et le maintien de relations interpersonnelles adéquates (Baumeister, 1986), ce qui est un domaine crucial chez les agresseurs sexuels. Les individus avec une faible estime de soi ont de la difficulté à porter attention aux autres lors d'interactions sociales (Hutton, 1994). De surcroît, ils s'attendent à être rejetés par autrui ce qui finit par se réaliser à cause de leur pessimisme (Baumeister, 1993). Les agresseurs sexuels ont un manque de confiance en eux (Marshall et Mazzucco, 1995). De ce fait, ils finissent par éviter les contacts sociaux (Rosenberg, 1965). Le délinquant sexuel, ayant une mauvaise image de lui-même, a de la difficulté à socialiser avec d'autres personnes et, souffrant de solitude, utilise les agressions sexuelles comme un moyen d'assouvir ses besoins par le biais de relations non menaçantes avec des enfants, ou, sans le consentement des adultes avec le viol (Marshall et coll., 1997; Monto, Zgourides, et Harris, 1998). D'ailleurs, l'estime de soi est particulièrement basse pour les individus dont les victimes sont des enfants (Marshall et Mazzucco, 1995).

Il y aurait un lien direct entre la faible estime de soi, la honte, les distorsions cognitives et le manque d'empathie chez les agresseurs sexuels (Marshall et coll., 2009). Durant la procédure judiciaire, les délinquants sexuels ont tendance à ressentir de la honte, ce qui les mène à des attributions erronées (l'infraction a été commise, car l'auteur est une mauvaise personne) (Marshall et coll., 2009). Ils présentent les faits de manière distordue afin de garder la face. Ces mécanismes permettent à l'individu de ne pas détériorer davantage l'image et la considération qu'il a de lui-même

(Marshall et coll., 2009). L'estime de soi est aussi corrélée avec l'intimité et la solitude (Marshall, Champagne, Brown, et Miller, 1998); le style d'adaptation (Marshall, Cripps, Anderson, et Cortoni, 1999), avec les intérêts sexuels déviants (Marshall et coll., 1997), et avec une détresse émotionnelle fréquente (avec des hauts et des bas constants) (Harter, 1993).

Une faible estime de soi peut être perçue comme une conséquence, mais aussi comme un prédicteur de la déviance. D'après Monto et coll. (1998), le prédicteur le plus robuste des agressions sexuelles chez les adolescents serait la faible estime de soi. Ils insistent également sur le danger que l'étiquetage<sup>6</sup> peut avoir à un jeune âge notamment avant que l'individu ait pu construire sa propre estime de soi (Giagtzoglou, 2012). L'étiquetage pourrait d'ailleurs également avoir un impact sur l'attribution de la responsabilité. Le fort rejet des agresseurs sexuels par la société nuit encore davantage à l'estime de soi des auteurs. Une augmentation des infractions est possible dès lors que le jugement de la société a détérioré la perception que l'auteur a de lui-même. Bref, une faible estime de soi jouerait un rôle dans la récurrence des agressions sexuelles (Marshall et coll., 1997).

#### 1.1.2.4 Concept de distorsions cognitives

Les distorsions cognitives représentent le dernier concept associé à l'attribution de la responsabilité dans le cadre de ce travail. Tout comme pour l'estime de soi, il s'agit d'une des composantes psychologiques testées qui est susceptible d'influencer les échelles du BAI. Le terme « distorsions cognitives » est apparu pour la première fois dans les travaux de Beck portant sur la dépression (1963). À l'époque, l'expression décrivait une déformation de la réalité dans la pensée des individus ne coïncidant pas avec la réalité perçue par autrui. Dans cette vision, les distorsions cognitives ne servaient pas les intérêts de l'individu, ce qui diffère dans la manière dont la notion est définie dans les théories plus récentes (Maruna et Mann, 2006). Les distorsions cognitives ont été influencées par les différents travaux de Bandura : les théories de l'apprentissage (1978), l'auto-efficacité (1977), les trois niveaux de « justification »<sup>7</sup> (1977) et la théorie du désengagement social<sup>8</sup> (1990). En 1984, Abel et coll. ont été les premiers à introduire ce concept dans le domaine de

---

<sup>6</sup> Lorsque l'individu se conforme à l'étiquette qu'on lui colle (Becker, 1963).

<sup>7</sup> 1. Justifier socialement et éthiquement la conduite répréhensible, 2. Mauvaise interprétation des conséquences du comportement, 3. Attribution du blâme à la victime.

<sup>8</sup> L'individu recourt à cinq stratégies pour ne pas culpabiliser après son acte : déplacer la responsabilité de ses actes, disperser cette responsabilité, fausser les conséquences d'une action, déshumaniser la victime et se considérer comme étant une victime.

l'agression sexuelle avec leur élaboration du *post offense theory*<sup>9</sup> (Vanderstukken, Schiza, Archer, et Pham, 2007). Le terme n'était alors ni expliqué ni défini (Ward, Gannon, et Keown, 2006).

Dans les différentes recherches, au fil du temps, les distorsions cognitives chez les agresseurs sexuels ont été définies comme des attitudes, pensées, perceptions et croyances erronées ou déformées qui permettent de minimiser, rationaliser, justifier, excuser ou dénier les comportements sexuels déviants et/ou inadaptés (Blumenthal et coll., 1999; Maruna et Mann, 2006; Murphy, 1990; Worling et Curwen, 2000). Elles s'insèrent dans trois grands courants de recherche : cognitivo-comportemental (nier pour maintenir les comportements), féministe (éviter la prise de conscience des violences envers les femmes) et criminologique (erreurs de pensées automatiques) (Murphy, 1990). Les auteurs d'agressions sexuelles utilisent ces distorsions cognitives dans le but de réduire leur responsabilité, rendre acceptables leurs gestes, ne pas se sentir coupables ni éprouver de honte (Vanderstukken et coll., 2007).

Dans la vision d'Abel (1984) et Murphy (1990), les distorsions cognitives apparaissent uniquement après l'acte, et ce, pour réduire les émotions pénibles (honte, culpabilité) et pouvoir récidiver (rôle de maintien). Dans une autre perspective, selon Finkelhor (1984, cité dans Maruna et Mann, 2006), le rôle de la distorsion cognitive est de surmonter les inhibitions internes censées limiter le passage à l'acte (rôle causal), du moins dans le cas des agressions sexuelles d'enfants. Toujours pour cet auteur, dans toutes les théories avancées, quatre facteurs permettraient d'expliquer les agressions sexuelles sur les enfants : la congruence affective (dominance et pouvoir), l'excitation sexuelle, le blocage (peur, intimidation, problèmes conjugaux) et la désinhibition (due à l'alcool, au stress ou à une donnée anamnétique) (Burn et Brown, 2006). Marshall et Marshall (2000) affirment que le risque d'abus sexuel augmente lorsque la désinhibition est facilitée par des distorsions cognitives qui se juxtaposent aux fantasmes sexuels.

De leur côté, Barriga et Gibbs (1996) ont déterminé quatre catégories de distorsions cognitives : l'égoïsme (ses propres besoins sont les plus importants et les autres ne comptent pas), la tendance à blâmer les autres (c'est la faute d'autrui ou de la situation), la minimisation (l'acte ne conduit pas à des conséquences graves), le présupposé du pire (il n'est pas possible d'améliorer les

---

<sup>9</sup> Gestion des idées et du processus cognitif une fois l'infraction commise.

comportements). Les trois dernières distorsions sont dites « secondaires », car elles ont pour rôle de soutenir la première (Van Vugt, Hendriks, et coll., 2011a).

Différents points de vue et modèles théoriques ont été développés pour tenter d'expliquer les distorsions cognitives<sup>10</sup>. Certains auteurs s'intéressent particulièrement à l'individu après son infraction (rôle de maintenance) (Abel et coll., 1984), tandis que d'autres s'intéressent à l'ensemble du cycle de la distorsion cognitive et cherchent à savoir ce qui précède et maintient le comportement délinquant (rôle causal) (Ward, 2009). Il n'existe toujours pas de consensus sur le moment auquel les distorsions cognitives apparaissent. Mais dans les deux situations, les auteurs s'accordent pour dire que les distorsions cognitives permettent à l'individu de passer à l'acte tout en gardant une image positive de lui-même (Van Vugt, Hendriks, et coll., 2011a).

La plupart des recherches sont menées sur des échantillons d'agresseurs sexuels adultes. Les connaissances spécifiquement acquises sur les adolescents concernant les différents thèmes de recherche abordés dans ce travail sont dès lors plus limitées. Il est ainsi important de garder à l'esprit que les théories développées sur l'agression commise par des adultes ne sont pas forcément applicables aux adolescents. Par exemple, les agresseurs sexuels juvéniles ne semblent pas avoir de croyances déformées à propos de leur victime (Mann, Webster, Wakeling, et Marshall, 2007). Selon Van Vugt, Hendriks, et coll. (2011a), les adolescents n'auraient pas de schéma sous-jacent déformé précédant l'infraction<sup>11</sup>.

Les justifications fournies par les agresseurs sexuels se baseraient sur des ensembles de croyances qu'ils adoptent à propos d'eux-mêmes et de leur environnement social (Ward et Keenan, 1999). Les auteurs dont les victimes sont des enfants développeraient des croyances pour légitimer et soutenir leurs activités sexuelles déviantes (Burn et Brown, 2006). Ces distorsions cognitives se construisent tout au long de la vie du sujet au travers de ses expériences (Ward, 2000). Pour ne citer qu'un exemple, un attachement insécurisé provoqué par des relations de mauvaise qualité durant l'enfance peut mener l'individu à des croyances inadaptées accompagnées de difficulté à créer des liens sociaux. Les agresseurs développent ainsi des idées mésadaptées concernant la sexualité des enfants

---

<sup>10</sup> Parmi ces modèles, figurent: *théories implicites* (Ward, 2000), *pathways model* (Ward, 2003), *schema-based model* (Mann R., 2003), *Judgment Model of Cognitive Distorsions* (JMCD) (Ward et al., 2006), *Extended Mind Theory* (EMT) (Ward, 2009), *Integrated Framework of Sexual Interest and Cognition* (IFSIC) (Ó Ciardha, 2011).

<sup>11</sup> Ces résultats doivent être validés.

et ils interprètent de mauvaise manière les signaux amicaux qu'émettent ceux-ci (Burn et Brown, 2006). Les agresseurs sexuels auraient donc des croyances congruentes avec leurs infractions (Ward et coll., 2006).

Pour revenir au sujet de ce travail - l'attribution de la responsabilité - les distorsions cognitives ont été analysées en fonction des sous-échelles de l'instrument de Gudjonsson. Elles sont fortement reliées à l'attribution externe lors de la justification de l'agression (Gudjonsson, 1990), celle-ci étant à son tour corrélée avec l'hostilité et le « locus of control » (source de contrôle) externes (Gudjonsson et Singh, 1989). Les distorsions cognitives ne sont en revanche pas corrélées significativement avec l'attribution à un trouble mental ni avec la culpabilité (Gudjonsson, 1990). La présence de distorsions cognitives et la tendance à l'attribution externe de la responsabilité pourraient être liées à un trouble de la personnalité.

Considérant d'autres paramètres significatifs, il semble que la faible estime de soi joue un rôle important dans les décisions du sujet (Marshall et coll., 2009). Dans ce cas de figure notamment, les distorsions cognitives permettent à l'individu de se sentir moins coupable (Marshall, Cripps, et coll., 1999). Elles sont alors considérées comme des mécanismes de défense et non comme un défaut de personnalité (Maruna et Mann, 2006). L'estime de soi, l'empathie, la honte, la culpabilité et les distorsions cognitives s'influencent mutuellement et sont corrélées (Marshall et coll., 2009). Si les agresseurs sexuels n'éprouvent généralement peu ou pas d'empathie pour leurs victimes (Marshall et coll., 2009), c'est qu'il s'agit vraisemblablement d'un mécanisme de défense visant à ne pas détériorer leur faible estime de soi (Anderson et Dodgson, 2002, cité dans Marshall et coll., 2009). Le fait de minimiser l'infraction est une indication que l'agir va à l'encontre des normes sociales en vigueur. L'individu a donc conscience qu'il est en tort (Maruna et Mann, 2006).

## **1.2 Lien avec la récidive**

Le but principal des différentes approches de prévention tertiaire en criminologie est de privilégier des interventions qui visent à réduire la récidive (Lösel et Schmucker, 2005). Il existe un nombre important de travaux portant sur la récidive des adolescents auteurs d'agressions sexuelles (Hendriks et Bijleveld, 2008; Reitzel et Carbonell, 2006; Spice, Viljoen, Latzman, Scalora, et Ullman, 2013; Vandiver, 2006; Worling et Langström, 2006). Compte tenu de l'état des connaissances sur cette question, il a semblé opportun d'utiliser ce concept et les informations en découlant pour mettre la

présente étude en perspective vu qu'un nombre restreint de recherches ont spécifiquement étudié l'attribution de la responsabilité chez les délinquants sexuels juvéniles. Aussi, les taux de récidive pourraient varier dépendamment des sous-dimensions de l'attribution de la responsabilité. La prédiction des chances de succès de la prise en charge est partiellement influencée par les scores obtenus au BAI qui ont donc un impact sur les taux de récidive.

Comme vu précédemment, il s'avère que le passé de l'individu a un impact sur ses prises de décision (Burn et Brown, 2006; Marshall, Hudson, Jones, et Fernandez, 1995; Seto et Lalumiere, 2010). Il apparaît que les adolescents auteurs de délits sexuels ont significativement plus de risque d'avoir été eux-mêmes victimes d'abus sexuels que les autres adolescents délinquants (5.54 plus de risque) et que cela pourrait être un facteur important pour la récidive spécifiquement sexuelle (Seto et Lalumiere, 2010). Worling et Langström (2006) indiquent que ce passé de maltraitance peut être un facteur contributif dans la commission d'agressions sexuelles, mais qu'il ne prédit pas significativement la récidive sexuelle. Le fait de se sentir coupable, d'attribuer l'acte à une cause externe ou interne pourrait donc être corrélé à des éléments similaires étudiés dans le cadre de la récidive. Le vécu d'abus sexuels ou physiques durant l'enfance pourrait avoir une fonction étiologique spécifique aux agressions sexuelles (Carpentier et Proulx, 2011; Seto et Lalumiere, 2010). Selon Trivits et Reppucci (2002). Les adolescents victimes d'abus sexuels seraient plus enclins à commettre des agressions sexuelles, car ils ont été exposés à des modèles sexuels agressifs (Mallie, Viljoen, Mordell, Spice, et Roesch, 2011)<sup>12</sup>. À propos de cette information, il est nécessaire de rappeler que la plupart des enfants (environ 90%) qui ont été victimes d'abus sexuels ne deviennent pas des agresseurs sexuels (Salter et al., 2003; Widom et Ames, 1994).

Les travaux de Carpentier et Proulx (2011) démontrent que la majorité des adolescents agresseurs sexuels ne sont pas voués à récidiver. D'après Hanson (2002), il y a un pic des agressions sexuelles lors de l'adolescence. Les délinquants juvéniles ont un haut risque de récidive durant la puberté, mais ce taux a tendance à diminuer lorsque la vie adulte débute (Caldwell, 2010). Si cette information est mise en lien avec l'attribution de la responsabilité, cela signifierait-il qu'il y a une maturation au niveau cognitif qui modifierait le choix d'attribution et de ce fait influencerait le risque de récidive ? Il

---

<sup>12</sup> Chez les adultes, les abus sexuels et physiques durant l'enfance sont également considérés comme des facteurs à risque pour les délits sexuels, mais à nouveau, ils ne sont pas significativement liés à la récidive sexuelle chez les adultes (Hanson & Bussiere, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005).

est aussi à noter qu'une partie importante des adolescents agresseurs sexuels récidivent sur une courte période de temps, mais que ces délits sont généralement de nature non sexuelle (Vandiver, 2006). Ce phénomène aurait-il un lien possible avec l'attribution de la responsabilité ? Y aurait-il un sentiment de honte ou de culpabilité qui expliquerait que le sujet continue de commettre des actes délinquants, mais dans un autre domaine ? Ces questions restent sans réponse pour le moment. Mais pour en revenir au crime sexuel initial, une des hypothèses expliquant la commission de ce type de délits durant l'adolescence serait liée au faible contrôle de soi (Riser, Pegram, et Farley, 2013). Aussi, ces agressions manifesteraient une forme de satisfaction inappropriée aux pulsions sexuelles ressenties durant la puberté (Cortoni et Marshall, 2001).

Ainsi, quels sont les facteurs qui poussent l'individu à recommencer ? La détermination de prédictors de la récidive permet de cibler les délinquants présentant des risques plus élevés et de déterminer les objectifs sur lesquels insister lors du traitement. Concernant la récidive sexuelle, il existe une relation significative avec le sentiment de rejet parental (Worling et Curwen, 2000). Carpentier et Proulx (2011) estiment que les deux principaux facteurs sont l'abandon paternel et l'association avec des enfants beaucoup plus jeunes. Selon Mallie et coll. (2011), le risque de récidive sexuelle est significatif lorsque les victimes sont inconnues, ont une grande différence d'âge avec le sujet (plus jeune ou plus âgé) ou sont masculines. Il est à noter que l'entourage familial joue un rôle important dans le risque de récidive s'il y a un manque de supervision entre les adolescents délinquants sexuels et de jeunes enfants (Carpentier et Proulx, 2011; Hanson et Harris, 1998; Seto et Lalumière, 2010). En effet, il existe une association significative entre l'occasion de récidiver et la récidive sexuelle (Spice et coll., 2013).

Le meilleur indicateur de la récidive sexuelle, commun aux adolescents et aux adultes, semble être la déviance sexuelle (Fanniff et Becker, 2006; Hanson et Bussière, 1998). L'attribution de la responsabilité est certainement aussi influencée par cette dimension, par exemple : idée distordue que la victime voulait du rapport sexuel (externe), impossibilité de ressentir du remord (culpabilité), etc. Un intérêt sexuel envers les enfants paraît être un facteur de risque particulièrement significatif lorsqu'il y a une interaction avec des tendances antisociales (McCann et Lussier, 2008; Seto et Lalumière, 2010). En revanche, la récidive sexuelle n'est pas prédite par la dépression, la colère, l'estime de soi ni par des difficultés relationnelles (Hanson et Bussière, 1999; Worling et Curwen,

2000). D'ailleurs, d'après McCann et Lussier (2008), il n'existe aucun facteur permettant de prédire significativement la récidive sexuelle (dans leur étude).

### **1.3 Principaux facteurs liés à l'attribution de la responsabilité**

Afin d'enrichir la compréhension de l'attribution de la responsabilité, dans de précédentes recherches, le « Gudjonsson Blame Attribution Inventory » (BAI) a été mis en relation avec un certain nombre d'échelles psychologiques<sup>13</sup>. Dans les lignes suivantes, chaque sous-dimension du BAI (culpabilité, externe, interne) est présentée individuellement, en présentant les corrélations disponibles avec chacune des échelles de comparaison. Les sections suivantes introduiront les nouvelles composantes testées lors de la présente recherche.

Une culpabilité élevée semblerait être présente chez les individus souffrant de dépression aiguë (Fox et coll., 2003). Les personnes qui se culpabilisent ressentent davantage de remords (Gudjonsson et Singh, 1989). En outre, la culpabilité aurait tendance à s'amplifier avec l'âge (Gudjonsson et Singh, 1989; Shine, 1997). Au niveau de l'hostilité, elle semblerait être dirigée contre soi (intra punitive) quand la culpabilité est forte, tandis qu'elle serait orientée vers autrui (extra punitive) quand elle est faible (Shine, 1997). La culpabilité s'avère en corrélation négative avec l'excitation (Gudjonsson et Sigurdsson, 2007), ce qui suggère que le sujet ne serait pas capable de ressentir de la culpabilité s'il est fortement excité par l'acte délictueux et vice versa. D'autres recherches ont également démontré que les jeunes adultes ayant un désordre de la personnalité antisociale ainsi qu'un degré élevé de psychopathie ont tendance à se sentir moins coupables que les autres délinquants (Johnsson et coll., 2014).

Concernant l'attribution externe, Gudjonsson et Singh (1989) émettent une hypothèse selon laquelle elle serait liée à une caractéristique stable de la personne, étant donné qu'elle a des liens plus forts avec la personnalité que la culpabilité et l'attribution interne. Les individus qui attribuent leur geste à des causes externes présentent moins de remords que dans les deux autres sous-échelles du BAI. Selon ces mêmes auteurs, l'âge semblerait être corrélé négativement avec l'attribution externe, ce qui indique qu'avec le temps la tendance à l'attribution externe diminuerait. Cependant, selon la recherche de Shine (1997), cette association est faible. Sans surprise, l'hostilité extra punitive

---

<sup>13</sup> Par exemple : le *Gough Socialization Scale* (GSS, 1960), le *Beck Depression Inventory* (BDI, 1961), le *Hostility and Direction of Hostility Questionnaire* (HDHQ, 1967) et l' *Offending Motivation Questionnaire* (OMQ, 2004).

est positivement corrélée avec l'attribution externe (Gudjonsson et Singh, 1989; Shine, 1997). Dans le même ordre d'idée, plus le sujet désire être conforme, plus il va expliquer ses comportements déviants par des facteurs externes (Gudjonsson et Sigurdsson, 2007).

Au niveau de la dernière sous-échelle du BAI, il semble y avoir une forte corrélation entre l'attribution à un trouble mental et l'échelle de socialisation de Gough (1960) (Gudjonsson, 1984). Les personnes présentant les caractéristiques de cette sous-dimension expriment des remords, car elles ressentent malgré tout une petite partie de responsabilité. Tout comme pour l'attribution externe, l'attribution à un trouble mental est associée avec l'hostilité, sous un angle intra punitif (Shine, 1997). La présence de trouble mental semble altérer la capacité de l'individu à évaluer la conséquence de ses actes (Gudjonsson et Sigurdsson, 2004).

Concernant les corrélations entre les sous-échelles du BAI en soi, la culpabilité corrèle négativement avec l'attribution externe et positivement avec l'attribution à un trouble mental (Cima et coll., 2007; Gudjonsson et Singh, 1989; Shine, 1997). Les auteurs ne s'entendent pas sur le sens de la corrélation existante entre l'attribution externe et l'attribution à un trouble mental. En effet, pour Cima et coll. (2007) elle est négative, alors que pour Shine (1997) elle est positive. Quant à Gudjonsson et Singh (1989), ils disent plutôt qu'il n'existe pas de corrélation significative.

Finalement, certaines études ont regardé le lien entre les types d'attributions et les différentes infractions criminelles. Les délinquants violents attribuent souvent leur acte à des causes externes (Gudjonsson et Petursson, 1991), mais pas les agresseurs sexuels. Ces derniers attribuent plus souvent leur acte à des facteurs mentaux, tels que la perte de contrôle de soi. Ils présentent aussi un taux de culpabilité plus élevé. Cima et coll. (2007) voient une différence entre les détenus et les patients médico-légaux. Les détenus agresseurs sexuels présentent une culpabilité très faible contrairement aux patients médico-légaux agresseurs sexuels ayant la plus haute culpabilité. En règle générale, pour la culpabilité, les patients médico-légaux ont des scores supérieurs aux détenus. Cette différence s'expliquerait par la désirabilité sociale (Cima et coll., 2007).

Comme il le sera mentionné plus loin, cette recherche teste six composantes psychologiques et personnelles censées avoir un impact sur l'attribution de la responsabilité. Il s'agit de l'âge, du stress post-traumatique, des distorsions cognitives, de l'estime de soi, de l'aliénation et de l'immaturation. Voici ci-dessous quelques-unes des recherches qui soutiennent cette hypothèse.

L'âge est une composante personnelle importante. Elle semble affecter les trois sous-échelles du BAI. Les recherches à disposition ont démontré que la culpabilité aurait tendance à s'amplifier avec l'âge (Gudjonsson et Singh, 1989; Shine, 1997), tandis que l'attribution externe diminuerait (Gudjonsson et Singh, 1989). Il a également été présenté que le jugement moral est influencé par l'âge (Van Vugt, Hendriks, et coll., 2011b).

Le stress post-traumatique correspond à une réaction d'anxiété intense survenant après un événement traumatisant. Les victimes ont tendance à se blâmer pour des situations incontrôlables (Deering, 2000). Cette dimension sera plus largement approfondie dans la section 3.1.2.2. Toutefois, il est important de considérer que les victimes de stress post-traumatiques tendent à se sentir responsables, à avoir honte, à se sentir coupables et à avoir une mauvaise perception d'elles-mêmes (Brillon, Marchand, et Stephenson, 1996). Ainsi, la présence de stress post-traumatique chez les délinquants sexuels, ayant été des victimes dans leur passé, influence l'attribution de la responsabilité.

Les distorsions cognitives ont été présentées en détail dans la section 1.1.2.4. En résumé, voici un rappel des faits importants. Les distorsions cognitives sont fortement reliées à l'attribution externe lors de la justification de l'agression (Gudjonsson, 1990). Elles ne sont en revanche pas corrélées significativement avec l'attribution à un trouble mental ni avec la culpabilité (Gudjonsson, 1990), bien qu'elles permettent tout de même à l'individu de se sentir moins coupable (Marshall, Cripps, et coll., 1999). Les distorsions cognitives sont utilisées dans le but de réduire leur responsabilité, rendre acceptables leurs gestes, et ne pas éprouver de honte (Vanderstukken et coll., 2007).

L'estime de soi est une composante psychologique qui a également été présentée précédemment, dans la section 1.1.2.3. Il y aurait une similarité entre une faible estime de soi et l'attribution à des facteurs externes (Lefcourt, 1982). En effet, les succès seraient attribués à des sources externes plutôt qu'aux propres compétences chez les sujets présentant une faible estime de soi (Tice, 1993).

L'aliénation est une dimension qui n'a pas encore été mise en relation avec l'attribution de la responsabilité. Cette dimension se retrouve chez des individus particulièrement méfiants et qui perçoivent l'autorité comme étant injuste et tyrannique (Jesness, 1996). L'individu présentant des scores élevés d'aliénation a une tendance à projeter ses sentiments sur les autres et à nier l'existence

de ses propres problèmes (Debuyst, 1989). Il pourrait ainsi exister un lien avec l'attribution de la responsabilité.

L'immaturation est la dernière composante choisie pour tester le lien avec l'attribution de la responsabilité. Les recherches sur le jugement moral confirment qu'il existe une forte corrélation entre l'immaturation du jugement moral et la délinquance (Stams et coll., 2006; Van Vugt, Asscher, et coll., 2011). La section 1.1.2.2 a mis en évidence les fortes similitudes entre le jugement moral et l'attribution de la responsabilité qui démontrent l'importance de considérer l'immaturation comme un facteur influençant les sous-échelles du BAI.

#### **1.4 Possibilités d'influencer l'attribution de la responsabilité par le biais du traitement**

La gravité et la fréquence des infractions augmentent avec le temps quand elles sont étudiées sur de longues durées. De nombreux agresseurs sexuels adultes ont manifesté leurs premiers comportements délictueux lors de l'adolescence (Becker et Abel, 1985). Cette période semble être un moment propice pour dépister les problèmes et faire de la prévention secondaire ou tertiaire (Bischof, Stith, et Wilson, 1992), car le jeune à ce stade est encore plus ou moins malléable, étant à la recherche de sa propre identité.

Quelles sont les connaissances sur l'attribution de la responsabilité en matière de prise en charge ? Peu de recherche ont spécifiquement investigué cette notion d'où l'intérêt de la présente étude à interroger la place qu'occupe le milieu de prise en charge, la durée du traitement et l'approche thérapeutique dans la modification de l'attribution de la responsabilité.

##### **1.4.1 Travaux sur l'intervention à propos de l'attribution de la responsabilité**

Dans la section 1.1.2, les concepts similaires ou complémentaires à l'attribution de la responsabilité avaient été développés, mais la partie sur le traitement a été retenue pour ce chapitre. Pour commencer, la connaissance et les conseils sur la prise en charge vont être brièvement présentés, ainsi que quelques chiffres liés à la récidive, avant de se focaliser sur l'attribution de la responsabilité en tant que telle.

Les recherches sur le LOC ont démontré que lorsque le sujet se considère comme responsable de ses actions, il est plus enclin à développer un changement au travers de l'intervention. La présence

d'un LOC interne permet de déterminer cette facette et ainsi le succès d'un traitement (Fisher et coll., 1998). Le passage d'un LOC externe à un LOC interne est un bon critère pour déterminer si l'intervention est efficace (Page et Scalora, 2004). Le LOC semble être un bon complément à l'attribution de la responsabilité (Blatier, 2000) au moment d'estimer la probabilité de comportements futurs.

Au niveau du jugement moral, il importe d'évaluer le développement moral afin de pouvoir définir un plan d'intervention en relation avec le niveau du risque (Andrews et Bonta, 2010). Les interventions devraient en effet viser des facteurs de risque dynamiques afin de pouvoir les modifier (Van Vugt, Gibbs, et coll., 2011). Le jugement moral et l'empathie semblent dès lors constituer de bonnes cibles de traitement étant donné leur forte liaison avec la délinquance (Van Vugt et coll., 2012). Enfin, l'évaluation répétée du jugement moral permet de vérifier si une amélioration a lieu durant la prise en charge spécifique visant cet aspect (Andrews et Bonta, 2010).

Quant à l'estime de soi, elle influencerait la motivation au changement (Shine, McCloskey, et Newton, 2002). Une faible estime de soi aurait une influence sur le résultat du traitement (Marshall, Anderson, et Fernandez, 1999).

Le traitement visant à réduire les distorsions cognitives (Blumenthal et coll., 1999) se fait au travers d'une restructuration des pensées et des croyances (Vanderstukken et coll., 2007). Le contrevenant s'avère plus malléable lorsqu'il a peu d'antécédents criminels étant donné que les distorsions cognitives ont tendance à se renforcer avec les répétitions (Ward, 2000). Il doit apprendre à développer des explications alternatives de ses propres gestes et à interpréter différemment les actions de ses victimes. Il doit alors construire un nouveau répertoire de théories et croyances tolérables pour remplacer celles qui étaient inadaptées (Ward, 2000). Un traitement efficace ne devrait pas se focaliser sur les distorsions cognitives et sur l'attribution externe de la responsabilité individuellement, mais sur la création d'un nouveau registre d'attitudes et de croyances positives et tolérables (Gudjonsson, 1990). Plus particulièrement, dans la prise en charge des adolescents agresseurs sexuels, il est suggéré de traiter les distorsions spécifiques liées à la sexualité. Cependant, il est fortement conseillé de s'intéresser à toutes les distorsions cognitives de façon générale (McCrary et coll., 2008). Parfois ce ne sont pas les valeurs qui sont problématiques, mais les actions pour atteindre leurs buts. Il est alors nécessaire d'aider les jeunes à modifier leur jugement (Ward et coll., 2006).

Il existe un lien étroit entre la récidive et le traitement. L'objectif principal de la prise en charge des délinquants est d'éviter que l'individu ne repose des actes condamnés par la société. Les bases fondamentales du développement de comportements pros sociaux et antisociaux des individus se forment durant les cinq premières années de vie (Loeber et Farrington, 1998). Une rapide prise en charge permettrait de prévenir les comportements délictueux en se basant sur les facteurs à risque (Carpentier et Proulx, 2011). Voici quelques chiffres pour illustrer les bienfaits de la prise en charge sur la récidive. Dans la méta-analyse conduite par Lösel et Schmucker (2005), au terme du traitement, la récidive est réduite<sup>14</sup> avec des odds ratio<sup>15</sup> de 1,7 pour la récidive sexuelle, 1,9 pour la récidive violente et 1,7 pour la récidive générale. Les différentes recherches s'étendent sur des durées différentes et tiennent compte de critères différents, cependant, elles concluent toutes à une réduction significative et importante pour la récidive sexuelle. Sur trois ans, Borduin, Henggeler, Blaske, et Stein (1990) obtiennent des taux de récidive sexuelle de 12,5 % en utilisant la thérapie multi systémique. Worling et Curwen (2000) obtiennent une baisse de 72 % sur six ans après avoir complété au moins douze mois d'évaluation et de traitement spécialisé pour les agresseurs sexuels. Selon Andrews et Bonta (2010), l'intensité du traitement des délinquants devrait être proportionnelle au risque de récidive (Pullman et Seto, 2012). La prise en charge, ses cadres théoriques et les autres spécificités seront abordées plus en détail dans les chapitres suivants.

Bref, quelles sont les connaissances acquises sur l'intervention et ses liens avec l'attribution de la responsabilité ? Il s'avère que le sujet qui se considère comme responsable de ses actions a davantage de chances de succès de changer par le biais du traitement (Fisher et coll., 1998). L'âge et la maturité influencent la façon de raisonner (Van Vugt, Hendriks, et coll., 2011b). Ainsi, un adolescent de 13 ans réagira différemment à la prise en charge que celui de 17 ans. Étant donné le manque de recherches spécifiques sur l'intervention à propos de l'attribution de la responsabilité, l'étude actuelle s'intéresse à cette dimension et la section suivante définit les variables testées.

---

<sup>14</sup> Les modes de traitement analysés sont : *Cognitive-behavioral*, *Classical behavioral*, *Insight-oriented*, *Therapeutic community*, *Other psychosocial* (unclear), *Hormonal medication*, *Surgical castration* (Lösel et Schmücker, 2005, p. 130).

<sup>15</sup> Terme technique, les chiffres présentés correspondent au rapport de chances de pouvoir diminuer la récidive.

#### 1.4.2 Stratégies les plus susceptibles de l'influencer

Comme on l'a mentionné en introduction de ce travail, on observe un accroissement d'intérêt pour la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles depuis les années 1990. Les recherches ont permis de comparer les différentes approches et de déterminer quelles sont les techniques fondées sur des preuves qui réduisent la récidive sexuelle, générale ou violente (Borduin et al., 1990; Hanson et Morton-Bourgon, 2005; Lösel et Schmucker, 2005; Reitzel et Carbonell, 2006; Worling et Curwen, 2000). La présente recherche interroge la place qu'occupe le milieu de prise en charge, la durée du traitement et l'approche adoptée pour tenter de modifier l'attribution de la responsabilité. Étant donné qu'il existe peu de recherche considérant spécifiquement l'attribution de la responsabilité en lien avec la prise en charge, les sections suivantes résument également les connaissances actuelles d'ordre général du traitement des agresseurs sexuels.

##### 1.4.2.1 Milieu de prise en charge

Différentes méta-analyses se sont intéressées à l'impact du milieu de prise en charge sur la récidive. Les auteurs ne s'accordent pas tous. Selon Lösel et Schmucker (2005), seul le traitement ambulatoire aurait un effet significatif (et non les hôpitaux et les prisons). D'après Hanson, Bourgon, Helmus, et Hodgson (2009), il n'y aurait pas de différence quant à la baisse de la récidive en fonction que le traitement soit donné dans un établissement ou en collectivité. Ils ajoutent qu'il n'existe pas de résultat pertinent permettant de déterminer quel type de milieu est le plus approprié pour le traitement des agresseurs sexuels. Andrews et Bonta (2010), quant à eux, indiquent que les délinquants généralistes présentent de meilleurs résultats lorsqu'ils sont suivis en collectivité.

En ce qui concerne la prise en charge dans la communauté, il existe plusieurs modèles et types d'intervention. L'approche multi systémique, entre autres, favorise le traitement dans l'environnement naturel du mineur; en particulier par le biais de l'implication de la famille dans le processus si elle est disponible et volontaire. Elle l'aide à reconnaître et à prévenir les situations jugées potentiellement à risque (Fanniff et Becker, 2006). Le *Sexual Abuse: Family Education & Treatment* (SAFE-T) est un exemple spécifique de ce type d'approche. Ce genre de prise en charge dépend des besoins du délinquant. Le jeune participe à trois différentes thérapies : de groupes, en individuel et familiaux. Ce modèle utilise également les stratégies cognitivo-comportementales et de prévention de la rechute (Worling et Curwen, 2000).

#### 1.4.2.2 Durée du traitement

Chaque approche propose son propre cadre, avec un nombre de rencontres fixe ou indéterminé, des rencontres individuelles et/ou de groupe, des séances de durée irrévocable ou aléatoire. À l'heure actuelle, les meilleures modalités ne sont pas encore déterminées. Les recherches ne sont en effet pas en mesure d'indiquer la durée optimale garantissant les meilleurs résultats. Seligman (1995; cité par Marshall et Marshall, 2007) aurait découvert que la psychothérapie auprès d'un échantillon de patients américains non délinquants serait plus efficace lorsque la durée n'est pas fixe.

#### 1.4.2.3 Approche thérapeutique

Les objectifs du traitement varient en fonction de l'approche thérapeutique. En général, le but de la prise en charge vise à améliorer la responsabilisation du délinquant, à développer de l'empathie envers la victime, à amener le jeune à comprendre, mais aussi à interrompre les pensées et comportements en lien avec les agressions sexuelles, à réduire l'excitation sexuelle déviante et à prévenir la rechute (Borduin et al., 1990; Ellerby, McGrath, Cumming, Burchard, et Zeoli, 2010; Fanniff et Becker, 2006; Walker et al., 2004; Worling et Curwen, 2000). Sur un plan plus général, la thérapie tente d'améliorer les relations familiales, les aptitudes sociales et la réduction des traumatismes présents. L'objectif principal de la prise en charge des agresseurs sexuels est généralement de réduire la récurrence, tandis que les objectifs secondaires sont spécifiques aux modèles théoriques. Voici un aperçu des modèles les plus courants avec déjà quelques résultats empiriques.

L'approche cognitivo-comportementale est la plus largement appliquée dans la prise en charge des adolescents agresseurs sexuels et l'une des plus prometteuses. Ce courant thérapeutique vise la restructuration cognitive par une modification des pensées et des comportements (Fanniff et Becker, 2006). Elle a un impact positif et significatif sur le traitement (Lösel et Schmucker, 2005). Basé sur de nombreuses études, ce résultat peut être considéré comme solide (Gendreau et Andrews, 1990). Une focalisation sur les cognitions peut en effet amener un changement comportemental favorable (Dobson, 2009). Dans la méta-analyse de Lipsey, Landenberger, et Wilson (2007), il a été démontré qu'un petit nombre de variables expliquent une grande partie des variations. Il s'agit du niveau de

risque<sup>16</sup> du délinquant participant, de la façon dont le traitement a été mis en œuvre et de la présence ou l'absence de quelques-uns des éléments du traitement. Le modèle cognitivo-comportemental semble adapté et efficace pour le traitement de ce type de population, tant auprès des jeunes qu'auprès des adultes (Durlak, Fuhrman, et Lampman, 1991). C'est l'approche générale du traitement cognitivo-comportemental qui produit des effets positifs sur la récidive et non une approche spécifique.

Il existe bien entendu des critiques à l'égard de l'approche cognitivo-comportementale. L'évaluation du *Sex Offender Treatment and Evaluation Project* (SOTEP) notamment – une recherche basée sur un essai aléatoire contrôlé – démontre que le traitement cognitivo-comportemental ne produit pas de résultats significatifs (Marques, Wiederanders, Day, Nelson, et Van Ommeren, 2005). Reitzel et Carbonell (2006) trouvent que cette approche présente une efficacité légèrement supérieure aux autres, mais cette différence n'est pas significative. Casoni (2010) cite pour sa part plusieurs auteurs s'accordant sur le fait que les bienfaits de l'approche cognitivo-comportementale ne seraient pas dus à ses principes théoriques et pratiques, mais à des aspects tirés du concept psychodynamique (Diener, Hilsenroth, et Weinberger, 2007; Hoglend et coll., 2008; Vocisano et coll., 2004).

L'approche multi systémique tient compte de l'environnement du sujet et de toutes les sphères interagissant avec lui. Dans ce modèle, les facteurs entourant l'agir criminel sont identifiés, ce qui permet de délimiter et d'interrompre le cycle de l'agression sexuelle (Fanniff et Becker, 2006). Les délinquants à haut risque présentent la meilleure diminution de la récidive avec l'approche multi systémique (Reitzel et Carbonell, 2006). Cette approche semble prometteuse pour réduire les comportements délictuels. Cependant, des obstacles se présentent quant à son application (en prison par exemple). Le modèle multi systémique vise des objectifs plus précisément reliés avec l'infraction, tels que les distorsions cognitives et la prévention de la rechute (Borduin et Schaeffer, 2002). Cette approche produit des résultats positifs sur toutes les sphères de vie de l'adolescent, outre la diminution des problèmes de délinquance sexuelle et générale (Borduin, Schaeffer, et Heiblum, 2009).

---

<sup>16</sup> Le niveau du risque comprend dans son calcul les variables suivantes : les antécédents criminels, le risque de récidive, le sexe, l'ethnie et l'âge.

Quant aux approches d'éducation psychosociales, elles permettent de changer les connaissances et les attitudes des jeunes en abordant avec eux certaines thématiques (Fanniff et Becker, 2006). Elles traitent par exemple de l'éducation sexuelle, de la résolution de problèmes et du jugement moral (Walker et coll., 2004). Mais l'impact de ce type de modèle n'est pas connu, essentiellement parce qu'il n'a pas encore été mis en lien avec la récidive (Fanniff et Becker, 2006).

Enfin, la castration chirurgicale est rarement utilisée de nos jours, car elle pose des problèmes éthiques et légaux (Lösel et Schmucker, 2005). Par contre, le recours aux médicaments hormonaux est plus courant. Cette technique agit sur le taux de testostérone (le diminue) et produit des résultats significatifs en matière de récidive. Dans une étude canadienne, il apparaît que ce type de médication est fréquemment (environ 70 %) prescrit pour maîtriser les excitations sexuelles des hommes adultes, mais plus rarement (environ 25 %) chez les adolescents (Ellerby et coll., 2010). L'effet moyen des traitements physiques (castration ou hormonal) est supérieur aux prises en charge psychosociale (Hall, 1995). Par contre, ce type de méthode est administré sur une base volontaire. La motivation pourrait donc être un facteur déterminant en soi de l'efficacité. De plus, en cas de cessation de la prise de la médication hormonale, un risque de récidive peut croître rapidement (Meyer, Cole, et Emory, 1992). L'intervention pharmacologique est généralement accompagnée d'un traitement psychologique (Lösel et Schmucker, 2005). Cependant, il n'est pas clair que cette méthode réduit la récidive à long terme (Marshall et Marshall, 2007). D'autre part, l'effet disparaît dès lors que le patient arrête le traitement pharmacologique.

Maintenant qu'un certain nombre de tendances thérapeutiques ont été survolées, il faut aborder la question de leur efficacité. Selon Lösel et Schmucker (2005), les deux seules approches efficaces sont les modèles cognitivo comportementaux et les traitements hormonaux, contrairement aux approches axées sur l'introspection, aux communautés thérapeutiques et aux approches psychosociales. Pour Fanniff et Becker (2006), les approches cognitivo-comportementales et multi systémique produisent une baisse de récidive chez les délinquants sexuels adolescents.

Lipsey (2012) identifie la thérapie cognitivo-comportementale comme étant la modalité de prise en charge de délinquants présentant les plus grandes chances de succès. Les auteurs ne s'entendent pas forcément à dire qu'au fil des ans, on constate une amélioration des approches thérapeutiques. Certains prétendent que les traitements étaient plus efficaces dans le passé (Lösel et Schmucker, 2005). Un certain « danger » pourrait s'installer dès lors que chaque institution décide de mettre sa

propre méthode en application sans l'évaluer ni déterminer si elle pourrait s'avérer néfaste. D'autres auteurs prétendent, au contraire, que les techniques deviennent de plus en plus efficaces (Hanson et coll., 2009). Malgré tout, le suivi d'un traitement, quel qu'il soit, s'avère avoir un impact significatif sur le sujet.

Il semble que le volontariat soit corrélé positivement avec l'efficacité (Lösel et Schmucker, 2005), un résultat qui n'est pas spécifique à la population des agresseurs sexuels. Les délinquants qui échouent le traitement présentent un risque de récidive significativement supérieur aux autres patients (Hanson et Bussiere, 1998). Le décrochage de la thérapie représente un facteur qui double les chances de rechute (Lösel et Schmucker, 2005). Seule la complétion du processus prédit une diminution de la récidive. L'implication active des délinquants à risque élevé dans le traitement promet de meilleures chances de réussite (Hanson et coll., 2009). Si les traitements consacrés aux adolescents montrent des résultats légèrement meilleurs que ceux pour les adultes, la différence est non-significative (Lösel et Schmucker, 2005).

Beaucoup de jeunes s'engagent dans une délinquance générale et non pas spécialisée dans les infractions sexuelles (Hanson et coll., 2009). Certes, la croyance que les agresseurs sexuels sont uniques et nécessitent des conditions adaptées persiste, mais les études menées ne prouvent pas qu'un traitement spécialisé et conçu pour ce type de population en particulier soit plus efficace qu'un autre plus général (Fanniff et Becker, 2006). D'autres auteurs trouvent de meilleurs résultats lorsque le traitement est focalisé sur une population spécifique plutôt que lorsque la prise en charge reste générale (Lösel et Schmucker, 2005). Mais, le consensus n'étant pas présent, des recherches plus approfondies sont indispensables.

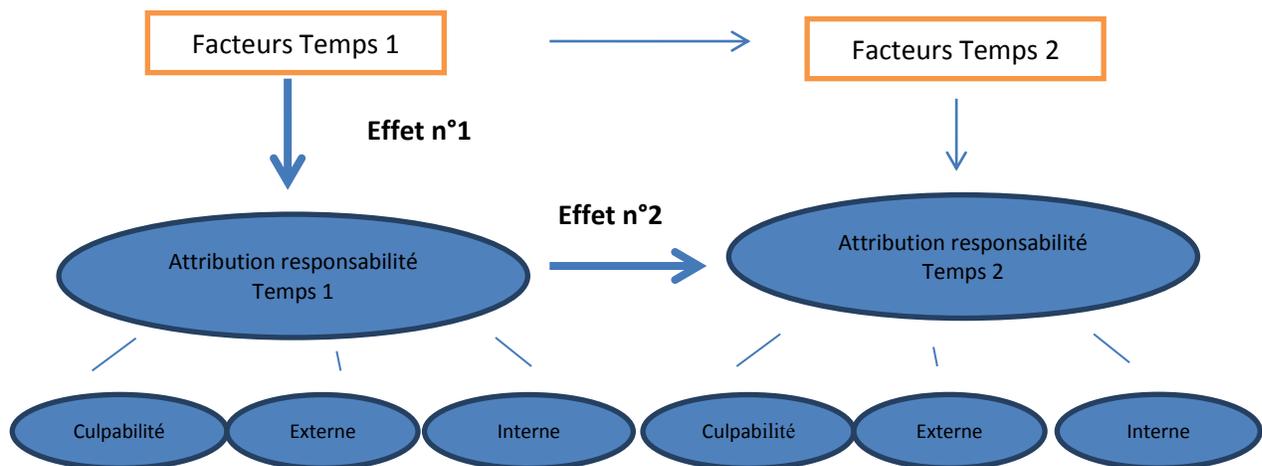
Par ailleurs, selon Wampold (2008), seuls 8 % du changement lors du traitement seraient liés à la spécificité de l'approche, le reste émanant des facteurs communs à toutes approches. On peut dès lors se demander s'il est pertinent de consacrer toute l'attention sur une si petite part de changement. Que constituent donc les 92 % restant de la variance ? Plusieurs recherches en psychologie, ainsi que dans le champ spécifique du traitement des agresseurs sexuels, affirment que l'efficacité du traitement est due à la souplesse lors de la mise en œuvre du traitement et à la réceptivité du sujet (Gendreau et Andrews, 1990).

L'alliance de travail est un concept clé dans toute intervention psychosociale (Casoni, 2010). Le thérapeute joue un rôle crucial dans le traitement, sa flexibilité et sa capacité adaptative sont déterminantes. Une bonne alliance de travail permet d'obtenir de la cohésion ce qui permet de maximiser les changements induits par le traitement (Marshall et Marshall, 2007). Un consensus semble exister concernant le rôle clé du thérapeute. L'efficacité du traitement proviendrait donc des caractéristiques du thérapeute (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, et Hayes, 1996) qui produiraient entre 40 % et 60 % des bénéfices liés au traitement du délinquant (Alexander, 1999; Marshall et McGuire, 2003). Les aspects associés à ce résultat sont la chaleur et l'empathie, la récompense des étapes franchies et une certaine directivité (Marshall et Marshall, 2007). D'autres caractéristiques telles que la motivation, l'engagement et les compétences sociaux sont également en faveur de la réussite du traitement (Borduin et coll., 2009).

## **CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE**

Cette recherche vise à étudier l’attribution de la responsabilité auprès d’une population d’adolescents auteurs d’agression sexuelle. Ses buts sont de deux ordres. Premièrement, cette recherche vise à déterminer quelles composantes psychologiques et personnelles, parmi les facteurs sélectionnés, sont associées à l’attribution de la responsabilité (Effet n° 1, cf. figure 1). Les échelles sélectionnées permettront de démontrer quels aspects psychologiques influencent l’attribution de la responsabilité et, par conséquent, sur lesquels il faudrait se focaliser lors des interventions. Deuxièmement, il s’agira d’estimer l’efficacité de la prise en charge du jeune sur son attribution de responsabilité, selon les modalités suivantes : milieux de prise en charge, durées du traitement et approches thérapeutiques (Effet n° 2, cf. figure 1). Ce deuxième but vise à découvrir la méthode de prise en charge qui semble avoir l’impact positif le plus grand sur l’attribution de la responsabilité, toujours afin de diminuer la récidive. La figure 1 présente schématiquement la stratégie analytique envisagée dans cette étude.

**Figure 1 :** *Conceptualisation de la stratégie analytique : influence des facteurs sélectionnés sur l’attribution de la responsabilité et impact de la prise en charge sur l’attribution de la responsabilité.*



## **CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques de cette recherche : les participants, la manière dont ils ont été recrutés, les variables étudiées et la stratégie analytique utilisée.

### **3.1 Source de données**

La collecte de données a été effectuée de 2002-2004, dans le cadre d'une recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CRQS), Centre national de prévention du crime (CNPC) et le ministère de la Sécurité publique<sup>17</sup>. Les adolescents recrutés étaient âgés de 12 à 19 ans, tous auteurs d'agression sexuelle. Les 166 sujets retenus dans la présente analyse proviennent de sept organismes québécois. Les trois institutions hospitalières sont la clinique de Trois-Rivières, le centre de psychiatrie légale de *Montréal* (CPLM) et l'institut universitaire en santé mentale de Québec (anciennement nommé le centre hospitalier Robert-Giffard). Parmi les quatre établissements communautaires figurent le centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF-Hull), *Parents-Unis Repentigny Lanaudière* (PURL-Joliette), le centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS-Laval) et le centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (CETAS-St-Jérôme).

### **3.2 Procédure**

Les adolescents correspondant aux critères de recherche ont été rencontrés à deux reprises. Toute une sélection de tests leur a été administrée. La première fois, il leur a été demandé de répondre aux questionnaires avant d'avoir entrepris quelconque thérapie et/ou traitement. Dans un second temps, les adolescents ont rempli les mêmes questionnaires après avoir suivi une prise en charge. Le nombre de participants a décru d'environ 50% au cours de la deuxième session de passation. Ces valeurs manquantes sont dues notamment à des refus de participation, à des pertes de contacts avec le sujet, à de la fatigue durant la passation des tests. Parmi tous les questionnaires à disposition, des analyses préliminaires exploratoires (régressions multiples) ont permis de limiter le choix des échelles et des sous-échelles ayant des liens pertinents avec l'attribution de la responsabilité tout en considérant les résultats des recherches présents dans la recension des écrits.

---

<sup>17</sup> Projet CNPC 3150-U3

### **3.3 Opérationnalisation des variables**

La présente recherche repose sur trois types de variables. L'attribution de la responsabilité est la variable dépendante (VD). Deux catégories de variables indépendantes (VI) sont utilisées afin de démontrer les possibles corrélations de celles-ci avec la VD. La première est constituée de facteurs qui représentent des composantes psychologiques et personnelles tandis que la deuxième représente différentes modalités de prise en charge.

#### **3.3.1 Attribution de la responsabilité (VD)**

La variable dépendante est l'échelle d'attribution de la responsabilité (Gudjonsson, 1989; 42 items). Ce questionnaire regroupe trois sous-échelles qui représentent le sentiment de culpabilité (18 items), l'attribution de responsabilité externe (15 items) et l'attribution interne à un trouble mental (9 items). Les réponses sont dichotomiques (faux=0, vrai=1) et se totalisent en scores par sous-échelles. Avec l'échantillon d'adolescents à disposition, il a été nécessaire d'épurer les échelles de l'attribution de la responsabilité proposées par Gudjonsson afin d'obtenir une meilleure cohérence interne.

L'échelle de la culpabilité (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989) créée par Gudjonsson est constituée de 18 items. Le nombre d'items a été modifié, dans la présente recherche, dans le but d'assurer une cohérence interne plus élevée. Les analyses statistiques ont permis d'éliminer/rejeter les sept items suivants :

*5. Ce n'est définitivement pas dans ma nature de commettre des crimes.*

*6. Je ne me reconnais pas moi-même dans le(s) crime(s) que j'ai commis.*

*Recodage inverse 8. Il aurait été préférable que je ne sois pas arrêté.*

*Recodage inverse 12. Ça me fâche de m'être fait prendre.*

*Recodage inverse 13. Dans mon cas, les victimes sont à blâmer.*

*Recodage inverse 15. Je n'ai pas beaucoup de regrets pour ce que j'ai fait.*

*16. J'aimerais beaucoup réparer les torts que j'ai faits.*

En comparant les items rejetés dans cette recherche avec l'article de Gudjonsson et Singh (1989), il apparaît que cette sélection est en concordance avec leurs résultats. En effet, les questions supprimées ont des coefficients de saturation factorielle (*factor loadings*) inférieurs (0,33 à 0,56) aux

questions conservées (0,57 à 0,74) (Gudjonsson et Singh, 1989). Les seules exceptions sont les items 17 (0,41) et 14 (0,48) qui auraient pu être exclus d'après les analyses de Gudjonsson et Singh.

En analysant le contenu des items éliminés, les questions 5, 6, 8, 12, 13, 15 semblent être de type défensives («ce n'est pas moi», «c'est les victimes», etc.), contrairement aux éléments qui ont été retenus. La consistance interne est améliorée dans l'échelle utilisée lors de cette recherche. Parmi les questions exclues, l'item 16 est une exception. En effet, cet élément évoque un désir de réparation, mais il ne semble pas être en lien suffisamment étroit avec le construit de «culpabilité». L'échelle de culpabilité de Gudjonsson (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989) adaptée à cette recherche est constituée des 11 items suivants :

1. *J'ai très honte du (des) crime(s) que j'ai commis.*
2. *J'ai constamment sur la conscience le(s) crime(s) que j'ai commis.*
3. *Je ne me pardonnerai jamais d'avoir commis ce(s) crime(s).*
- Recodage inverse 4. *Je ne ressens pas de remords ni de culpabilité pour le(s) crime(s) que j'ai commis.*
7. *Je me déteste d'avoir commis ce(s) crime(s).*
9. *Je veux constamment me punir pour le(s) crime(s) que j'ai commis.*
10. *J'ai peur que les gens ne m'acceptent plus jamais, à cause du (des) crime(s) que j'ai commis.*
- Recodage inverse 11. *Je n'ai pas de raisons de me sentir honteux d'avoir commis ce(s) crime(s).*
- Recodage inverse 14. *Je n'ai pas à me punir pour ce que j'ai fait.*
17. *Je fais parfois des cauchemars au sujet du (des) crime(s) que j'ai commis.*
18. *Je mérite d'être puni sévèrement pour le(s) crime(s) que j'ai commis.*

L'analyse du contenu des items permet de démontrer la cohérence interne de cette échelle. En effet, les questions semblent être subdivisées en trois sous-thématiques. La première est constituée d'éléments faisant allusion à la honte (1, 10 et 11). Les items 2, 4, 7 et 17, composant la deuxième traitent de la culpabilité. Finalement, la dernière catégorie aborde la punition et le pardon (3, 9, 14, 18).

La deuxième dimension est l'attribution externe. L'échelle initiale de Gudjonsson était constituée de 15 items. La version épurée caractérisée par une cohérence interne supérieure dans cette recherche est composée de 11 items. Les 4 items éliminés sont :

- Recodage inverse 23. Je ne devrais pas blâmer les autres pour mon (mes) crime(s).*

*Recodage inverse 29. Il n'y a rien qui m'a entraîné à commettre un (des) crime(s).*

*31. J'aurais pu éviter de me mettre dans le pétrin.*

*Recodage inverse 33. Je n'ai aucune excuse pour le(s) crime(s) que j'ai commis.*

Les items éliminés de cette recherche ne sont pas en adéquation avec les résultats obtenus par Gudjonsson et Singh en 1989. En effet, les items supprimés (23, 29, 31, 33) ont des coefficients de saturation factorielle chevauchant ceux des éléments retenus (valeurs allant de 0.38 à 0.50 pour les items éliminés et variant de 0,31 à 0,66 pour les questions retenues) (Gudjonsson et Singh, 1989). D'autre part, d'après Gudjonsson et Singh (1989), les coefficients des items 26 et 27 sont très bas et auraient dû être éliminés (saturation factorielle de 0,36 et 0,31!) (Gudjonsson et Singh, 1989). Cette différence est dure à expliquer, car les chiffres de cette recherche ne concordent pas au niveau de ces deux items en particulier. Ainsi, en se basant sur les coefficients de saturation factorielle obtenus par Gudjonsson et Singh, les items 20, 26, 27, 29 et 31 auraient dû être éliminés. Au final, l'échelle épurée de l'attribution externe (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989) contient les items suivants :

*Recodage inverse 19. Je suis entièrement à blâmer pour mon (mes) crime(s).*

*20. Je n'ai pas mérité d'être arrêté pour le(s) crime(s) que j'ai commis.*

*Recodage inverse 21. Je suis responsable de mon (mes) acte(s) criminel(s).*

*22. Je ne devrais pas me blâmer pour le(s) crime(s) que j'ai commis.*

*24. C'est la société qui est à blâmer pour le(s) crime(s) que j'ai commis.*

*25. Je ne devrais pas être puni pour ce que j'ai fait.*

*26. Selon moi, la victime était grandement à blâmer pour mon (mes) crime(s).*

*27. Je n'aurais commis aucun crime si la victime ne m'avait pas sérieusement provoqué.*

*Recodage inverse 28. J'ai mérité d'être arrêté pour ce que j'ai fait.*

*30. D'autres que moi sont à blâmer pour mon (mes) crime(s).*

*32. J'avais de très bonnes raisons de commettre le(s) crime(s) que j'ai commis.*

Les items de l'échelle de l'attribution externe se regroupent en trois catégories qui représentent le sentiment d'injustice (20, 25), l'auto responsabilité (19, 21, 22, 28) et l'attribution du blâme à une source externe (24, 26, 27, 30, 32). En examinant plus en détail les résultats de cette échelle, il apparaît que l'écart-type (1,63) est légèrement supérieur à la moyenne (1,34). De plus, 66,9 % des sujets ont obtenu une moyenne égale ou inférieure à 1 (sur maximum de 11 points). Il semblerait y avoir un grand nombre d'adolescents qui ont répondu par la négative aux questions portant sur

l'attribution externe (honte de dire que l'autre est responsable de ses propres actes, etc.). Ainsi, les quelques individus (33,1 %) qui ont répondu positivement sont éparpillés (scores entre 1,01 et 7) et perturbent la moyenne. C'est pourquoi l'écart-type est supérieur à la moyenne. Il est toutefois important de notifier que le score de l'attribution externe de la responsabilité est bas, ce qui signifie que, d'après les réponses données, les adolescents agresseurs sexuels de cet échantillon ne blâment pas tellement la société, d'autres individus ou la situation pour les actes qu'ils ont commis.

Troisièmement, l'échelle de l'attribution interne à un trouble mental est constituée de 9 items (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989). Cette échelle, renommée « attribution interne », s'est avérée avoir une cohérence interne très faible dans le cadre de cette recherche. Il a été nécessaire de l'épurer pour finalement retenir les 5 items suivants :

*Recodage inverse 34. Au moment du (des) crime(s), j'étais parfaitement conscient de ce que je faisais.*

*35. Je n'aurais pas commis le(s) crime(s) que j'ai commis si je n'avais pas perdu le contrôle de moi-même.*

*Recodage inverse 36. Je me sentais comme d'habitude au moment du (des) crime(s).*

*37. Ce que j'ai fait était plus fort que moi.*

*Recodage inverse 42. J'étais pleinement en contrôle de mes gestes lorsque j'ai commis ce(s) crime(s).*

Les items retenus abordent le contrôle de soi et la conscience de la portée des gestes. D'après Gudjonsson, cette dernière sous-échelle se nomme « facteurs internes incontrôlables tels qu'un trouble mental ». Or, suite à la recodification, tous les éléments « pathologiques » ont été éliminés. L'échelle épurée est uniquement constituée d'éléments d'attribution interne tels que le contrôle de soi et la conscience de la portée des gestes. En somme, il s'agit dorénavant d'une échelle de responsabilité. Elle paraît pertinente pour aborder des questions de recherche centrales puisqu'elle est désormais composée d'items traitant strictement de la responsabilité en soi et non de culpabilité ou de blâme sur autrui. Les 4 items supprimés de l'échelle de l'attribution interne (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989) sont :

*38. J'étais très déprimé quand j'ai commis le(s) crime(s).*

*39. Il fallait que je sois fou pour commettre le(s) crime(s).*

*40. Je n'aurais certainement pas commis ce(s) crime(s) si j'avais été sain d'esprit.*

*41. Je subissais beaucoup de stress (pression) lorsque j'ai commis ce(s) crime(s).*

Les éléments supprimés semblent avoir des connotations « pathologiques », de l'ordre des troubles mentaux et psychologiques (dépression, folie). En comparant les items éliminés de l'échelle de l'attribution interne lors de cette recherche avec les coefficients de saturation factorielle des items dans l'article de Gudjonsson et Singh (1989), il apparaît que les questions supprimées (38, 39, 40, 41) avaient les valeurs les plus faibles (0,37 à 0,51) contrairement aux items retenus (0,53 à 0,71) (Gudjonsson et Singh, 1989), ce qui est bon signe.

### 3.3.2 Facteurs sélectionnés (VI)

Les facteurs testés dans la présente recherche ont été sélectionnés sur la base d'une recension des écrits (section 1.3) et ont été confirmés avec une série d'analyses préliminaires (régressions multiples). Les six composantes psychologiques et personnelles suivantes ont été retenues : l'âge, le stress post-traumatique, les distorsions cognitives, l'estime de soi, l'aliénation et l'immaturation. Ces caractéristiques vont être testées afin de déterminer et/ou vérifier si elles sont associées à l'attribution de la responsabilité et de quelle manière.

#### 3.3.2.1 Âge

L'âge du sujet au moment de la passation des questionnaires pourrait être associé à l'attribution de la responsabilité. Rappelons que la section 1.3 a résumé quelques connaissances actuelles à propos de l'impact que l'âge peut avoir sur la façon de raisonner et le jugement moral. La maturité se développe avec l'âge et pourrait être associée au processus d'attribution.

#### 3.3.2.2 Stress post-traumatique

La sous-échelle « *stress post-traumatique* » (10 items) de l'échelle *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C) (Brière, 1996; 54 items) a été retenue. Les autres sous-échelles n'ont pas été validées lors des régressions multiples préliminaires ni par la recension des écrits. Cette dimension mesure la perception de l'adolescent quant aux symptômes de stress post-traumatique avec une échelle de Likert en quatre points (jamais=0, parfois=1, souvent=2, presque toujours=4). À travers ces questions, Brière détecte la recrudescence de sentiments négatifs liés à des événements désagréables, la présence de peur et d'angoisse ainsi que le souhait de pouvoir changer le passé. Voici quelques exemples de questions (Brière et 1996):

- 1. *Mauvais rêves ou cauchemars.*
- 35. *Toujours penser à un événement malheureux qui m'est arrivé.*
- 43. *Me rappeler des choses que je voudrais oublier.*
- 51. *Souhaiter que des événements malheureux ne se soient jamais produits.*

En considérant le contenu des items constituant cette sous-échelle, il apparaît que trois sous-ensembles sortent du lot : revivre mentalement des expériences traumatisantes, avoir peur de certaines personnes et souhaiter pouvoir changer le passé.

### 3.3.2.3 Distorsions cognitives

« L'échelle de distorsions cognitives » (Becker et Kaplan, 1988; 32 items), utilisée dans son entier, mesure l'adhésion à certaines rationalisations et distorsions. L'instrument de Becker et Kaplan permet de révéler la présence d'idées erronées face à la sexualité et montre comment l'individu interprète les pensées d'autrui face à cette thématique. Les réponses sont dichotomiques (faux=0, vrai=1). Voici quelques exemples de questions (Becker et coll., 1988):

- 11. *Certaines personnes sont gênées de demander d'avoir des relations sexuelles alors elles veulent vraiment qu'on les force.*
- 15. *Le viol est tellement commun de nos jours que la plupart des personnes ne sont pas dérangées si on les viole.*
- 19. *Si quelqu'un me dit non pour des relations sexuelles, en général ça veut dire oui.*
- 28. *Avoir des relations sexuelles avec mon frère ou ma sœur nous rapprochera pour le restant de nos jours.*

Une rapide analyse du contenu des items permet de constater que l'échelle des distorsions cognitives couvre sept domaines. Le premier concerne les enfants de jeune âge, le second traite des relations intimes avec frère ou sœur, le troisième aborde l'exhibitionnisme et le rapport avec les étrangers, le quatrième approche l'utilisation de force/violence physique, dans le cinquième domaine est évaluée la perception des relations consentantes, dans le sixième il est question de voyeurisme et finalement, la dernière catégorie aborde la vision du futur et de la prise en charge.

#### 3.3.2.4 Estime de soi

La sous-échelle « *estime de soi globale* » (6 items) de l'échelle « *Self-Perception Profile for Adolescents* » (SPPA) (Harter, 1988; 46 items) a été retenue. L'instrument évalue la conception de soi par le jeune. Chaque question est constituée de deux affirmations. Dans cette dimension, Harter mesure à quel point le jeune s'autocritique, en demandant, par exemple, s'il est mécontent de sa vie ou s'il voudrait être différent. Les réponses sont données à l'aide d'une échelle de Likert (tout à fait (première affirmation)=1, un peu (première affirmation)=2, un peu (deuxième affirmation)=3, tout à fait (deuxième affirmation)=4). Les connaissances sur l'estime de soi ont été introduites dans la recension des écrits. Voici quelques exemples de questions (Harter, 1988):

*8. Certains jeunes se mettent souvent en colère contre eux-mêmes. / D'autres jeunes sont assez contents d'eux-mêmes*

*16. Certains jeunes n'aiment pas la vie qu'ils mènent. / D'autres jeunes aiment la vie qu'ils mènent.*

*Recodage inverse 24. Certains jeunes sont la plupart du temps contents d'eux-mêmes. / D'autres jeunes sont souvent mécontents d'eux-mêmes.*

*Recodage inverse 40. Certains jeunes sont très heureux d'être comme ils sont. / D'autres jeunes voudraient être différents.*

#### 3.3.2.5 Aliénation

« *L'aliénation* » (26 items) est une des sous-échelles de *Jesness Inventory* (1996; 155 items), un inventaire de la personnalité qui mesure principalement la mésadaptation sociale. Dans cette dimension, Jesness mesure la présence de méfiance envers autrui, en particulier envers les figures d'autorité. Lors des premières études de validation de l'outil, l'analyse factorielle fut utilisée afin de déterminer les items constituant la sous-échelle aliénation. Les réponses sont dichotomiques (faux=0, vrai=1). L'obtention d'un score élevé sur cette échelle décrit un individu douteux, critique, percevant l'autorité comme étant tyrannique et niant l'existence de ses propres problèmes. Voici quelques exemples de questions (Jesness, 1996):

*15. On est bien mieux de ne faire confiance à personne.*

*32. Les policiers mettent leur nez dans bien des choses qui ne sont pas de leurs affaires.*

*35. C'est rare qu'on me donne une chance raisonnable.*

61. *On ne peut presque jamais croire ce que les parents disent.*

### 3.3.2.6 Immaturité

« *L'immaturité* » (46 items) est la deuxième sous-échelle retenue du *Jesness Inventory* (1996; 155 items). Dans cette dimension, Jesness mesure la tendance à afficher des attitudes et des perceptions normalement caractéristiques d'individus plus jeunes. Les réponses sont dichotomiques (faux=0, vrai=1). Les individus immatures semblent être naïfs au niveau de l'évaluation de leurs motivations et celles des autres. Voici quelques exemples de questions (Jesness, 1996):

8. *Les critiques ou les reproches me blessent facilement.*

38. *Il n'y a que les bébés qui pleurent quand ils se font mal.*

50. *Quand ça va mal, il n'y a pas grand-chose à y faire.*

95. *Je suis toujours gentil(le) avec tout le monde.*

### 3.3.3 Prise en charge (VI)

Concernant la deuxième série d'analyses, l'attribution de la responsabilité est évaluée selon deux modalités de temps «pré» et «post» traitement. La recherche vise à démontrer l'impact de différents types de prise en charge sur la modification des attributions de la responsabilité.

#### 3.3.3.1 Milieu de prise en charge

La première variable indépendante considérée est le milieu de la prise en charge. Dans cette dimension, la moitié de l'échantillon a été prise en charge par des milieux hospitaliers alors que l'autre moitié a été traitée par des organismes communautaires.

#### 3.3.3.2 Durée du traitement

La seconde variable indépendante est la durée du traitement. Les sujets sont divisés en deux groupes égaux (divisé au 50<sup>e</sup> percentile) selon qu'ils ont bénéficié d'une thérapie de moins de 26 rencontres ou d'une thérapie de 26 rencontres et plus.

### 3.3.3.3 Approche thérapeutique

Finalement, la troisième variable indépendante est l'approche thérapeutique. Les adolescents se divisent en deux groupes selon qu'ils ont suivi un traitement de type cognitivo-comportemental ou autre (de type systémique, socio-cognitif, cognitivo-humaniste ou mixte).

Ces trois différentes dimensions permettront de mettre en valeur la modalité de traitement qui influence majoritairement l'évolution positive de l'attribution de la responsabilité.

## 3.4 Stratégie analytique

Ce projet s'intéresse aux éléments psychologiques et relatifs à la prise en charge qui permettraient de faire évoluer la prise de conscience et l'acceptation du blâme.

### 3.4.1 Étude de l'effet n° 1 : facteurs associés à l'attribution de la responsabilité ?

La première démarche a été d'analyser préliminairement de façon exploratoire (régressions multiples) la pertinence des diverses échelles à disposition en fonction des buts de la recherche, et ce, afin de sélectionner les dimensions les plus appropriées. La deuxième étape a consisté à en vérifier les statistiques descriptives. La normalité est-elle respectée dans toutes les distributions ? Il a été nécessaire de vérifier la cohérence de chaque échelle à l'aide des alphas de Cronbach, un seuil minimum de 0,70 (Nunnally, 1978) étant attendu selon une convention largement acceptée dans le milieu scientifique. Il a également été nécessaire d'identifier les valeurs manquantes et de tenir compte de leur influence. Lorsque tous ces éléments de base ont été évalués, les relations existantes entre tous les éléments sélectionnés ont été établies. Pour ce faire, l'analyse d'une matrice de corrélation permet de vérifier la force des relations entre la VD et les VI, ainsi qu'entre les VI. Les meilleurs corrélats peuvent ainsi être repérés et les possibilités de redondance prises en compte. Les coefficients de corrélation ayant une force, les valeurs de deux variables augmentent simultanément lorsqu'ils sont positifs. Par contre, l'une augmente et l'autre diminue s'ils sont négatifs. Finalement, comme dernière étape, des régressions multiples ont été appliquées aux trois sous-échelles de l'attribution (VD)<sup>18</sup> et six variables sélectionnées (VI)<sup>19</sup> afin de déterminer les prédicteurs et leurs

---

<sup>18</sup> Culpabilité, attribution externe, attribution interne

<sup>19</sup> Âge, stress post-traumatique, distorsions cognitives, estime de soi, aliénation, immaturité

forces. Ainsi, il est possible d'identifier les caractéristiques associées à l'attribution de la responsabilité chez les adolescents agresseurs sexuels de cet échantillon.

#### 3.4.2 Étude de l'effet n° 2 : influence du type de prise en charge sur l'attribution de la responsabilité ?

Cette fois, il est question de savoir quel type de prise en charge influence l'attribution de la responsabilité. Les analyses portent sur les trois modalités suivantes (VI) : milieu de prise en charge, durée du traitement et approche thérapeutique. Dans un premier temps, un test de t a été appliqué aux trois sous-échelles de l'attribution de la responsabilité et entre les conditions «avant» et «après traitement» afin de s'assurer qu'un effet soit présent. Une fois ce résultat confirmé, des ANOVAs mixtes ont été appliquées à la variable dépendante. L'attribution de la responsabilité a été soumise à deux facteurs «intra» qui sont des mesures répétées de la passation du questionnaire «pré» et «post», ainsi qu'à deux facteurs « inter » définis en fonction de la dimension évaluée. L'ANOVA a été répétée à trois reprises pour chacune des sous-dimensions de la VD : la condition «milieu de prise en charge» (hôpital versus communautaire), la «durée du traitement» (plus ou moins de 26 séances) et «l'approche thérapeutique» (cognitivo-comportementale versus autre). Cette deuxième question de recherche permet de déterminer si des conditions de prise en charge favorisent un changement dans la perception de l'attribution de la responsabilité chez les adolescents agresseurs sexuels de cet échantillon.

## **CHAPITRE 4 : RÉSULTATS**

Ce chapitre a pour but de présenter en détail l'échantillon utilisé ainsi que les résultats en fonction des questions posées dans la problématique.

#### **4.1 Présentation de l'échantillon**

Les trois premières variables dans le tableau I sont les sous-échelles de mesure de l'attribution de la responsabilité selon Gudjonsson (1989). Elles sont suivies de six variables qui ont été préalablement sélectionnées grâce à des régressions exploratoires. Lors de ces analyses, certains postulats ont été vérifiés (normalité acceptée et multi colinéarité rejetée).

**Tableau I : Description des variables**

	N	Moyenne	Écart-type	Alpha de Cronbach
Culpabilité	150	7,97	2,20	0,69
Attribution externe	154	1,34	1,64	0,70
Attribution interne	156	3,35	1,46	0,66
Âge	164	14,64	1,46	
Stress post-traumatique	156	10,65	5,28	0,82
Distorsions cognitives	157	3,67	3,68	0,81
Estime de soi	157	2,78	0,71	0,75
Aliénation	144	9,51	4,17	0,70
Immaturité	141	7,55	2,84	0,78

Les statistiques descriptives initiales indiquent que les échelles ont été administrées à 164 adolescents. De ceux-ci, 6,7 % ont 12 ans, 15,9 % ont 13 ans, 26,2 % ont 14 ans, 22 % ont 15 ans, 18,9 % ont 16 ans, 8,5 % ont 17 ans, 1,2 % ont 18 ans et 0,6 % ont 19 ans.

Le coefficient alpha de Cronbach informe à propos de la cohérence interne des échelles (tableau I) (Cronbach, 1951). Avec l'échantillon d'adolescents à disposition, il a été nécessaire d'épurer les échelles de l'attribution de la responsabilité proposées par Gudjonsson afin d'obtenir une meilleure cohérence interne. Pour ce faire, les alphas de Cronbach ont été calculés pour chacune des sous-échelles et les items aux valeurs les plus faibles ont été éliminés étape par étape. Cette démarche fut répétée 3 fois pour la culpabilité, 4 fois pour l'attribution externe et 5 fois pour l'attribution interne avant d'obtenir des alphas acceptables.

Pour l'échelle de la culpabilité, 11 des 18 items ont été retenus (11 items  $\alpha=0,69$ )<sup>20</sup>. Pour l'échelle de l'attribution externe, 11 items ont été sélectionnés parmi les 15 proposés (11 items  $\alpha=0,70$ )<sup>21</sup>. Et finalement, concernant l'échelle de l'attribution interne, 5 des 9 items originaux ont été retenus (5 items  $\alpha=0,66$ )<sup>22</sup>. Nunnally (1978) propose un seuil d'acceptabilité de l'alpha de Cronbach de 0,6 pour une recherche exploratoire et 0,7 pour une recherche confirmatoire. D'après ce barème, les trois échelles de l'attribution de la responsabilité sont jugées acceptables avec des alphas de Cronbach situé dans un intervalle entre 0,66 et 0,70. Les coefficients des autres échelles sont de qualité supérieure.

La matrice de corrélation (tableau II) permet de déterminer les associations significatives existant entre les variables. Les meilleurs corrélats peuvent ainsi être repérés et les possibilités de redondance prises en compte. La culpabilité est significativement corrélée avec le stress post-traumatique ( $r=0,47$ ,  $p<0,01$ ) et inversement corrélée avec les distorsions cognitives ( $r=-0,04$ ,  $p<0,01$ ) et l'estime de soi ( $r=-0,42$ ,  $p<0,01$ ). Les facteurs externes sont négativement corrélés avec l'âge ( $r=-0,26$ ,  $p<0,01$ ) et positivement corrélés avec les distorsions cognitives ( $r=0,47$ ,  $p<0,01$ ), l'aliénation ( $r=0,21$ ,  $p<0,05$ ) et l'immaturation ( $r=0,22$ ,  $p<0,05$ ). Finalement, les facteurs internes ne sont corrélés significativement avec aucune des échelles proposées.

---

<sup>20</sup> Les items sélectionnés pour constituer l'échelle de la culpabilité sont : 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18.

<sup>21</sup> Les items constituant l'échelle de l'attribution externe sont : 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32.

<sup>22</sup> L'échelle de l'attribution interne est constituée des items suivants : 34, 35, 36, 37, 42.

**Tableau II** : Matrice de corrélation entre les sous-échelles de l'attribution de la responsabilité et les variables explicatives

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)
1 Culpabilité	-								
2 Attribution externe	-0,35**	-							
3 Attribution interne	0,10	0,02	-						
4 Âge	-0,13	-0,26**	-0,02	-					
5 Stress post-traumatique	0,47**	0,02	0,09	-0,07	-				
6 Distorsions cognitives	-0,04**	0,47**	0,03	-0,30**	0,14	-			
7 Estime de soi	-0,42**	0,16	0,00	0,01	-0,46**	0,00	-		
8 Aliénation	0,12	0,21*	0,13	-0,16	0,27**	0,44**	-0,20*	-	
9 Immaturité	0,18*	0,22*	-0,11	-0,10	0,24**	0,44**	-0,31**	0,42**	-

\*p < 0,05, \*\*p < 0,01

Concernant les corrélations entre les variables, il s'avère que l'âge est négativement relié avec les distorsions cognitives ( $r=-0,30$ ,  $p<0,01$ ). Le stress post-traumatique est négativement relié avec l'estime de soi ( $r=-0,46$ ,  $p<0,01$ ), mais positivement avec l'aliénation ( $r=0,07$ ,  $p<0,01$ ) et l'immaturité ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ). Les distorsions cognitives sont reliées avec l'âge ( $r=0,30$ ,  $p<0,01$ ), l'aliénation ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ) et l'immaturité ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ). L'estime de soi est négativement reliée avec le stress post-traumatique ( $r=-0,46$ ,  $p<0,01$ ), l'aliénation ( $r=-0,20$ ,  $p<0,05$ ) et l'immaturité ( $r=-0,31$ ,  $p<0,01$ ). L'aliénation est positivement reliée avec le stress post-traumatique ( $r=0,27$ ,  $p<0,01$ ), les distorsions cognitives ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ) et l'immaturité ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ), mais négativement avec l'estime de soi ( $r=-0,20$ ,  $p<0,05$ ). Finalement, l'immaturité est positivement reliée avec le stress post-traumatique ( $r=0,24$ ,  $p<0,01$ ), les distorsions cognitives ( $r=0,44$ ,  $p<0,01$ ) et l'aliénation ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ), mais négativement avec l'estime de soi ( $r=-0,31$ ,  $p<0,01$ ). Il est donc nécessaire d'être prudent lors de la discussion des résultats et de tenir compte des fortes corrélations entre variables.

## 4.2 Quelles sont les variables permettant de prédire l'attribution de la responsabilité ?

Des régressions multiples de type « entrer » ont été utilisées afin de tester si les échelles choisies prédisent la valeur des différentes sous-échelles de l'attribution de la responsabilité. Cette méthode a été sélectionnée afin d'estimer chacun des facteurs évalués et non dans le but de nécessairement obtenir le meilleur modèle de prédiction. Cependant, une fois que les prédicteurs ont été identifiés, une deuxième série de régressions a été menée afin de déterminer le meilleur modèle. Pour cela, la méthode « descendante », plus sensible que la méthode « enter », a été préconisée, car elle permet plus spécifiquement de calculer le modèle de prédiction adéquat.

### 4.2.1 Culpabilité

L'analyse de régression de la culpabilité (M=8,14, ET=2,08) a été menée sur les données validées pour 127 sujets (tableau III).

**Tableau III : Facteurs associés à la culpabilité (méthode « entrer »)**

Prédicteur	B	Erreur standard	Bêta standardisé	T	Sig.
(Constante)	10,40	2,20		4,73	0,00
Stress post-traumatique	0,17	0,04	0,43	4,68	0,00
Estime de soi	-0,42	0,28	-0,14	-1,51	0,13
Âge	-0,19	0,12	-0,13	-1,62	0,11
Distorsions cognitives	-0,04	0,05	-0,08	-0,81	0,42
Aliénation	-0,04	-0,05	-0,08	-0,94	0,35
Immaturité	0,06	0,07	0,08	0,89	0,37
R-deux	0,29				

R= 0,54, r deux ajusté=0,26, M=8,14, ET=2,08, N=127

Le résultat de la régression indique que le modèle explique 26 % (ajusté) de la variance ( $R^2=0,29$ ,  $F(6,120)=8,35$ ,  $p<0,01$ ). Le stress post-traumatique prédit significativement l'attribution de la responsabilité sous le mode de la culpabilité ( $\beta=0,17$ ,  $p<0,01$ ). Il est l'unique prédicteur de la culpabilité parmi les échelles sélectionnées.

**Tableau IV : Facteurs associés à la culpabilité (méthode « descendante »)**

Prédicteur	B	Erreur standard	Bêta standardisé	T	Sig.
(Constante)	6,04	0,36		16,85	0,00
Stress post-traumatique	0,19	0,03	0,50	6,53	0,00
R-deux	0,25				

R= 0,50, r deux ajusté=0,25, M=8,14, ET=2,08, N=127

L'application d'une régression multiple de type « descendante » a permis de déterminer le meilleur modèle prédictif en fonction des variables sélectionnées (tableau IV). Comme le signalait la méthode « entrer », la culpabilité ( $R^2=0,25$ ,  $F(1,125)=42,71$ ,  $p<0,01$ ) possède comme unique facteur de prédiction, parmi les choix à disposition, le stress post-traumatique ( $\beta=0,19$ ,  $p<0,01$ ).

#### 4.2.2 Attribution externe

L'analyse de régression de l'attribution externe (M=1,29, ET=1,57) n'a été menée qu'auprès de 124 sujets en raison des données manquantes (tableau V).

**Tableau V : Facteurs associés à l'attribution externe (méthode « entrer »)**

Prédicteur	B	Erreur standard	Bêta standardisé	T	Sig.
(Constante)	2,53	1,64		1,54	0,13
Distorsions cognitives	0,16	0,04	0,37	3,92	0,00
Âge	-0,21	0,09	-0,19	-2,41	0,02
Estime de soi	0,28	0,21	0,13	1,33	0,19
Aliénation	0,03	0,03	0,07	0,81	0,42
Immaturité	0,03	0,05	0,05	0,59	0,56
Stress post-traumatique	0,00	0,03	0,00	0,05	0,96
R-deux	0,28				

R= 0,53, r deux ajusté=0,25, M=1,29, ET=1,57, N=129

La régression indique que le modèle résultant explique 25 % (ajusté) de la variance ( $R^2=0,28$ ,  $F(6,122)=8,03$ ,  $p<0,01$ ). L'âge ( $\beta=-0,21$ ,  $p<0,05$ ) et les distorsions cognitives ( $\beta=0,16$ ,  $p<0,01$ ) prédisent significativement l'attribution externe de la responsabilité.

**Tableau VI : Facteurs associés à l'attribution externe (méthode « descendante »)**

Prédicteur	B	Erreur standard	Bêta standardisé	T	Sig.
(Constante)	3,78	1,31		2,88	0,01
Distorsions cognitive	0,18	0,03	0,42	5,31	0,00
Âge	-0,21	0,09	-0,20	-2,47	0,02
R-deux	0,27				

R= 0,52, r deux ajusté=0,26, M=1,29, ET=1,57, N=129

À nouveau, maintenant que l'impact de chacune des variables sélectionnées est connu, une régression multiple de type « descendante » permet de déterminer le meilleur modèle avec les variables à disposition (tableau VI). Il apparaît, tout comme le signalait la régression avec la méthode « entrer », que l'âge et les distorsions cognitives sont les deux prédicteurs qui permettent de prédire l'attribution externe ( $R^2=0,27$ ,  $F(2,126)=22,99$ ,  $p<0,01$ ).

#### 4.2.3 Attribution interne

L'analyse de régression de l'attribution interne (M=3,39, ET=1,40) a été menée auprès de 131 adolescents (tableau VII).

**Tableau VII : Facteurs associés à l'attribution interne (méthode « entrer »)**

Prédicteur	B	Erreur standard	Bêta standardisé	T	Sig.
(Constante)	3,70	1,68		2,20	0,03
Stress post-traumatique	0,02	0,03	0,43	-0,19	0,53
Immaturité	-0,09	0,05	-0,17	-1,63	0,11
Aliénation	0,05	0,03	0,15	1,48	0,14
Distorsions cognitives	0,00	0,04	0,06	0,06	0,95
Âge	-0,02	0,09	-0,02	-1,62	0,84
Estime de soi	-0,03	0,21	-0,01	-0,12	0,90
R-deux	0,04				

R= 0,19, r deux ajusté=-0,01, M=3,39, ET=1,40, N=131

Aucune des variables n'a permis de prédire significativement l'attribution interne ( $R^2=0,04$ ,  $F(6,124)=0,82$ ,  $p>0,05$ ). Il est ainsi impossible d'en arriver à un modèle explicatif de l'attribution interne sur la base des échelles sélectionnées.

### 4.3 Est-il possible d'influencer l'attribution de la responsabilité au travers de la prise en charge ?

Pour répondre à la deuxième question de cette recherche, un test de t a été effectué pour les mesures de la culpabilité, l'attribution externe et l'attribution interne afin de déterminer s'il existe un changement significatif de l'attribution de la responsabilité entre la passation « pré » traitement et le résultat après la prise en charge (tableau VIII). D'après ce test, il y a une différence pour la culpabilité (avant (M=7,99, ET=2,05), après (M=7,13, ET=2,45),  $t(85)=3,05$ ,  $P<0,05$ ) ainsi que pour le facteur interne (avant (M=3,46, ET=1,50), après (M=2,99, ET=1,56),  $t(88)=2,83$ ,  $p<0,06$ ). Le facteur externe ne présente pas de différence significative entre la période « pré » et « post » traitement lorsque le seuil de signification est inférieur à 5 %. Par contre, si le seuil est élevé à 8 %, un changement pré/post est notable (avant M=1,29, ET= 1,71, après M=0,91, ET= 1,76,  $t(91)=1,79$ ,  $p=0,08$ ).

**Tableau VIII : Comparaison pré et post traitement des sous-échelles du BAI**

	Traitement	n	M	ET	Test t	Sig.
Culpabilité	Pré	86	7,99	2,05	3,05	0,05
	Post	86	7,13	2,45		
Attribution externe	Pré	92	1,29	1,71	1,79	0,08
	Post	92	0,91	1,76		
Attribution interne	Pré	89	3,46	1,50	2,83	0,06
	post	89	2,99	1,56		

Maintenant que la modification entre la manière dont l'adolescent attribue la responsabilité avant et après le traitement a été démontrée, quels sont les facteurs qui influencent ce changement ? Trois dimensions ont été évaluées pour chacune des trois sous-échelles de l'attribution de la responsabilité de Gudjonsson à l'aide de l'ANOVA pour répondre à cette question.

#### 4.3.1 Milieu de prise en charge

La première dimension concerne le milieu de prise en charge. Le type de milieu se divise en deux catégories distinctes. D'une part, il y a les adolescents qui ont été suivis dans des milieux hospitaliers, et d'autre part, ceux qui ont été pris en charge par des milieux communautaires.

**Tableau IX : Influence du type de milieu sur la culpabilité**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	578,42						
Milieu	1,63	1	1,63	0,24	0,63	0,00	0,08
Erreur	576,79	84	6,87				
Intrasujet	320,25						
Temps	30,09	1	30,09	8,84	0,00	0,09	0,84
Temps x milieu	4,21	1	4,21	1,24	0,27	0,01	0,20
Erreur	285,95	84	3,40				

Le tableau IX résume les résultats de l'ANOVA entre la culpabilité et le type de milieu de prise en charge. Au total, 86 sujets ont rempli les questionnaires pré et post sur la culpabilité, dont 46 pour les milieux hospitaliers et 40 pour les milieux communautaires. La valeur de la culpabilité a diminué dans les deux situations. Les scores sont passés de (M=8,04, ET=2,04) à (M=6,89, ET=2,61) pour les milieux hospitaliers et de (M=7,92, ET=2,09) à (M=7,40, ET=2,24) pour les milieux communautaires.

L'effet principal du type de milieu ( $F(1,84)=0,24$ ,  $p= n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre le milieu avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,84)= 0,27$ ,  $p= n.s$ ) se révèle non significatifs. L'effet principal du temps « pré » et « post » est significatif ( $F(1,84)=8,84$ ,  $p<0,05$ ), tout comme le signalait l'analyse du test de t.

**Tableau X : Influence du type de milieu sur l'attribution externe**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	357,55						
Milieu	1,80	1	1,80	0,45	0,50	0,00	0,10
Erreur	355,74	90	3,95				
Intrasujet	195,93						
Temps	7,09	1	7,09	3,45	0,07	0,04	0,45
Temps x milieu	3,83	1	3,83	1,86	0,18	0,02	0,27
Erreur	185,01	90	2,05				

Concernant l'attribution externe, il y a eu 92 réponses validées qui se chiffrent à 48 pour les milieux hospitaliers et à 44 pour les milieux communautaires. Le tableau X résume les résultats de l'ANOVA entre l'attribution externe et le type de milieu. La valeur de l'attribution externe a diminué dans les deux situations. Les scores sont passés de (M=1,25, ET=1,62) à (M=1,15, ET=1,98) pour les milieux hospitaliers et de (M=1,34, ET=1,81) à (M=0,66, ET=1,46) pour les milieux communautaires.

L'effet principal du type de milieu ( $F(1,90)=0,45$ ,  $p= n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre le type de milieu et les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,90)= 1,86$ ,  $p= n.s$ ) s'avèrent non-significatifs. L'effet principal du temps « pré » et « post » est non significatif à un seuil de tolérance de 5 % ( $F(1,90)=3,45$ ,  $p= n.s$ ). Tel que ce fut le cas lors du test de t, avec un seuil supérieur, l'effet du temps peut être considéré significatif.

**Tableau XI : Influence du type de milieu sur l'attribution interne**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	304,01						
Milieu	5,86	1	5,86	1,71	0,19	0,02	0,25
Erreur	298,15	87	3,43				
Intrasujet	119,03						
Temps	9,94	1	9,94	7,93	0,01	0,08	0,79
Temps x milieu	0,03	1	0,03	0,02	0,87	0,00	0,05
Erreur	109,06	87	1,25				

Concernant l'ANOVA entre les facteurs internes et le type de milieu de prise en charge, 89 sujets ont rempli les questionnaires pré et post. Il y a 47 données pour les milieux hospitaliers et 42 pour les milieux communautaires. La valeur de l'attribution interne a diminué dans les deux situations. Les scores sont passés de (M=3,28, ET=1,53) à (M=2,83, ET=1,51) pour les milieux hospitaliers et de (M=3,67, ET=1,46) à (M=3,17, ET=1,62) pour les milieux communautaires.

L'effet principal du type de milieu ( $F(1,87)=1,71$ ,  $p=n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre le type de milieu avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,87)= 0,02$ ,  $p=n.s$ ) s'avèrent non-significatifs. Toutefois, l'effet principal du temps « pré » et « post » est significatif ( $F(1,87)=7,93$ ,  $p<0,05$ ), comme le prédisait le test de t.

#### 4.3.2 Durée du traitement

La deuxième dimension considère la durée du traitement. Une première série de jeunes a suivi un traitement thérapeutique durant moins de 26 séances alors que les adolescents faisant partie de la seconde série ont participé à 26 séances ou plus.

**Tableau XII : Influence de la durée du traitement sur la culpabilité**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	578,42						
Durée	0,73	1	0,73	0,11	0,74	0,00	0,06
Erreur	577,60	84	6,88				
Intrasujet	318,07						
Temps	27,09	1	27,91	8,08	0,00	0,09	0,80
Temps x durée	0,00	1	0,00	0,00	0,99	0,00	0,05
Erreur	290,16	84	3,45				

Le tableau XII résume les résultats de l'ANOVA. La culpabilité a été mesurée pour 86 participants, dont 58 données ayant reçu « moins de 26 séances » et 28 ayant eu « 26 séances ou plus ». La valeur de la culpabilité a diminué entre les conditions « pré » et « post » dans les deux cas de figure. Pour les individus ayant suivi moins de 26 rencontres, la moyenne est passée de (M=8,03, ET=1,98) à (M=7,89, ET=2,23) et pour ceux ayant suivies 26 séances de (M=7,17, ET=2,59) à (M=7,04, ET=2,17).

L'effet principal de la durée du traitement ( $F(1,84)=0,11$ ,  $p=n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre la durée du traitement avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,84)=0,00$ ,  $p=n.s$ ) s'avèrent non-significatifs. L'effet principal du temps « pré » et « post » est significatif ( $F(1,84)=8,08$ ,  $p<0,05$ ), comme le signalait l'analyse du test de t.

**Tableau XIII : Influence de la durée du traitement sur l'attribution externe**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	357,54						
Durée	5,61	1	5,61	1,43	0,23	0,02	0,22
Erreur	351,93	90	3,91				
Intrasujet	195,2						
Temps	6,36	1	6,36	3,03	0,08	0,03	0,41
Temps x durée	0,14	1	0,14	0,07	0,80	0,01	0,06
Erreur	188,70	90	2,10				

Le tableau XIII résume les résultats de l'ANOVA entre l'attribution externe et la durée du traitement. Cette fois, 92 participants ont rempli les questionnaires pré et post, dont 64 ayant participé à moins de 26 séances et 28 à 26 séances et plus. La valeur de l'attribution externe a diminué dans les deux situations. Les scores sont passés de (M=1,39, ET=1,85) à (M=1,05, ET=1,96) pour moins de 26 séances et de (M=1,07, ET=1,33) à (M=0,61, ET=1,13) pour plus de 26 séances.

L'effet principal de la durée du traitement ( $F(1,90)=1,42$ ,  $p=n.s.$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre la durée du traitement avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,90)=0,07$ ,  $p=n.s.$ ) s'avèrent non-significatifs. L'effet principal du temps « pré » et « post » est également non-significatif avec  $p<0,05$ , mais il serait significatif avec un intervalle supérieur de  $p<0,10$  ( $F(1,90)=3,03$ ,  $p=n.s.$ ), tel que le laissait présager le test de t.

**Tableau XIV : Influence de la durée du traitement sur l'attribution interne**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	304,01						
Durée	1,43	1	1,43	0,41	0,52	0,00	0,10
Erreur	302,58	87	3,48				
Intrasujet	120,99						
Temps	11,90	1	11,90	9,67	0,00	0,10	0,87
Temps x durée	2,01	1	2,01	1,63	0,20	0,02	0,24
Erreur	107,08	87	1,23				

Pour la dernière dimension s'intéressant à l'attribution interne, parmi les 89 participants, 61 ont participé à moins de 26 séances et 28 à 26 séances et plus. La valeur de l'attribution interne a diminué dans les deux situations. Les scores sont passés de (M=3,33, ET=1,47) à (M=3,00, ET=1,63) pour moins de 26 séances et de (M=3,75, ET=1,55) à (M=2,96, ET=1,43) pour plus de 26 séances.

L'effet principal de la durée du traitement ( $F(1,87)=0,41$ ,  $p=n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre la durée du traitement avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,87)=1,63$ ,  $p=n.s$ ) s'avèrent non-significatifs. Comme le prédisait le test de t, l'effet principal du temps « pré » et « post » est significatif ( $F(1,87)=9,67$ ,  $p<0,05$ ).

#### 4.3.3 Type d'approche thérapeutique

Finalement, la dernière dimension correspond au type d'approche thérapeutique utilisée entre, d'une part, l'approche cognitivo-comportementale et, d'autre part, les autres approches (systémique, socio cognitive, cognitivo-humaniste ou mixte).

**Tableau XV : Influence du type d'approche thérapeutique sur la culpabilité**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	578,42						
Approche	0,07	1	0,07	0,01	0,92	0,00	0,05
Erreur	578,35	84	6,88				
Intrasujet	320,35						
Temps	30,19	1	30,19	8,75	0,00	0,09	0,83
Temps x approche	0,24	1	0,24	0,07	0,79	0,00	0,06
Erreur	289,92	84	3,45				

Concernant la culpabilité, 86 participants ont rempli les questionnaires pré et post, dont 29 ayant participé à des approches thérapeutiques de type cognitivo-comportementales et 57 à d'autres types d'approches. La valeur de la culpabilité a diminué dans les deux situations. Ils sont passés de (M=8,07, ET=2,10) à (M=7,10, ET=2,55) pour les approches cognitivo-comportementales et de (M=7,95, ET=2,05) à (M=7,14, ET=2,42) pour les autres.

L'effet principal de l'approche thérapeutique ( $F(1,84)=0,01$ ,  $p=n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre l'approche thérapeutique avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en

charge) ( $F(1,84)=0,07$ ,  $p=n.s$ ) s'avèrent non-significatifs. L'effet principal du temps « pré » et « post » est significatif ( $F(1,83)=8,75$ ,  $p<0,05$ ).

**Tableau XVI : Influence du type d'approche thérapeutique sur l'attribution externe**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	357,54						
Approche	0,28	1	0,28	0,07	0,79	0,00	0,06
Erreur	357,26	90	3,97				
Intrasujet	194,12						
Temps	5,28	1	5,28	2,52	0,12	0,12	0,35
Temps x approche	0,19	1	0,19	0,09	0,76	0,00	0,06
Erreur	188,65	90	2,10				

Parmi les 92 participations, 31 provenaient des approches thérapeutiques de type cognitivo-comportementales et 61 d'autres approches. La valeur de l'attribution externe a diminué dans les deux situations. Les scores sont passés de ( $M=1,19$ ,  $ET=1,47$ ) à ( $M=0,90$ ,  $ET=1,55$ ) pour les approches cognitivo-comportementales et de ( $M=1,34$ ,  $ET=1,82$ ) à ( $M=0,92$ ,  $ET=1,86$ ) pour les autres.

L'effet principal de l'approche thérapeutique ( $F(1,90)=0,07$ ,  $p=n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre l'approche thérapeutique avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,90)=0,09$ ,  $p=n.s$ ) s'avèrent non-significatifs. L'effet principal du temps « pré » et « post » est également non-significatif ( $F(1,90)=2,52$ ,  $p<0,05$ ).

**Tableau XVII : Influence du type d'approche thérapeutique sur l'attribution interne**

Source	Somme des carrés de type 3	ddl	Moyenne des carrés	F	Sig.	Eta au carré partiel	Puissance observée <sup>a</sup>
Intersujet	304,01						
Approche	1,07	1	1,07	0,31	0,58	0,00	0,08
Erreur	302,94	87	3,48				
Intrasujet	116,16						
Temps	7,07	1	7,07	5,68	0,02	0,06	0,06
Temps x approche	0,95	1	0,95	0,77	0,77	0,01	0,14
Erreur	108,14	87	1,24				

Au niveau de l'attribution interne, 89 participants ont rempli les questionnaires pré et post. Parmi ceux-là, 30 sujets ont été soumis à des approches thérapeutiques de type cognitivo-comportementales et 59 à d'autres approches. Le tableau XV résume les résultats de l'ANOVA. La valeur de l'attribution interne a diminué dans les deux situations. Les scores sont passés de (M=3,47, ET=1,50) à (M=3,46, ET=1,51) pour les approches cognitivo-comportementales et de (M=3,20, ET=1,49) à (M=2,88, ET=1,60) pour les autres.

L'effet principal de l'approche thérapeutique ( $F(1,87)=0,31$ ,  $p=n.s$ ), tout comme l'effet de l'interaction entre l'approche thérapeutique avec les conditions du temps (« pré » et « post » pris en charge) ( $F(1,87)=0,77$ ,  $p=n.s$ ) s'avèrent non-significatifs. L'effet principal du temps « pré » et « post » est significatif ( $F(1,87)=5,68$ ,  $p<0,05$ ).

## **CHAPITRE 5 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Dans ce chapitre, les résultats obtenus dans le chapitre précédent sont mis en perspective. Malgré le fait que certaines des échelles ont dû être significativement retouchées afin d'en assurer la cohérence interne, on observe des liens entre les échelles qui ont été sélectionnées dans cette recherche et les dimensions de l'attribution de la responsabilité. Les sections suivantes reprennent les objectifs de recherche et discutent les résultats obtenus.

## **5.1 Étude de l'effet n° 1**

Le premier objectif de cette recherche visait à déterminer quelles composantes psychologiques et personnelles, parmi les facteurs sélectionnés, sont associées à l'attribution de la responsabilité (Effet n°1, cf. figure 1 du chapitre 2). Rappelons que les échelles sélectionnées devaient permettre de démontrer quels aspects psychologiques de l'adolescent covarient avec l'attribution de la responsabilité et quels sont les niveaux sur lesquels il est pertinent de travailler afin d'améliorer cette dimension et de réduire la récurrence. Il s'avère que pour les trois sous-dimensions de l'attribution de la responsabilité de Gudjonsson, les résultats diffèrent.

### **5.1.1 Culpabilité**

Dans la présente recherche, le stress post-traumatique s'avère être le seul élément testé qui corrèle significativement la culpabilité ( $\beta=0,17$ ,  $p<0,01$ ). Le modèle contenant ce prédicteur explique 26 % (ajusté) de la variance de la culpabilité. La force de la relation (corrélation multiple) entre le stress post-traumatique et la culpabilité est moyenne ( $r=0,50$ ). Que cela signifie-t-il ? Rappelons que d'après Brière (1996), le stress post-traumatique mesure les souvenirs douloureux du passé, les cauchemars, les peurs et l'évitement des sentiments négatifs. Le stress post-traumatique mesuré peut ainsi provenir d'événements antérieurs et/ou de l'agression sexuelle en question.

En regardant plus en détail les caractéristiques de ce facteur, il apparaît que la plupart des adolescents ont un score positif. En effet, sur les 156 données enregistrées, seuls deux individus ont obtenu un score de zéro. Comme mentionné précédemment, l'échelle du stress post-traumatique est composée de 10 items avec une échelle de Likert à quatre points. Ainsi, le maximum serait de 40 points. Dans l'échantillon à disposition, les adolescents ont obtenu des scores entre 0 et 25 avec une moyenne de 10,65 (donc 26 % du pointage maximal possible) et un écart-type de 5,28. Que se passerait-il pour les sujets ne présentant pas de stress post-traumatique ? Selon le modèle trouvé, un score de stress post-traumatique nul signifierait un score de culpabilité inférieur.

Un score élevé à cette échelle représente un taux important de stress post-traumatiques. Rappelons que les adolescents auteurs de délits sexuels ont significativement plus de risque d'avoir été eux-mêmes victimes d'abus sexuels que les autres adolescents délinquants (Seto et Lalumiere, 2010). Ce fait pourrait expliquer la présence élevée de stress post-traumatique. Ainsi, le jeune délinquant sexuel se sent coupable, car il est conscient que ses actes ont pu causer des traumatismes chez l'autre. Cela ne l'a pas empêché de commettre l'acte, mais il ressent des remords après-coup. Le modèle résultant des analyses indique que lorsque le score du stress post-traumatique augmente d'une unité, par exemple, la culpabilité augmente de 0,19.

Le stress post-traumatique a un impact restreint sur la culpabilité, mais aucune autre variable étudiée n'a été significativement corrélée. Ainsi, en revenant sur les questions de recherche de cette étude – à savoir déterminer un certain nombre de facteurs associés à l'attribution de la responsabilité pour, dans un deuxième temps, vérifier comment l'intervention influence ces dimensions, dans le but de réduire la récidive – il apparaît que les facteurs étudiés (hormis le stress post-traumatique) ne sont pas associés à des sentiments de culpabilité. D'autres dimensions non étudiées dans la présente recherche pourraient être plus favorables à la modification de la culpabilité, mais n'ont pas encore été exploitées. Cette recherche permet de faire l'hypothèse qu'un traitement focalisé sur les distorsions cognitives, l'estime de soi, le sentiment d'aliénation et l'immaturation n'aurait probablement pas permis de modifier les sentiments de culpabilité des adolescents agresseurs sexuels constituant cet échantillon, car il n'existe pas de corrélation entre ces éléments. Une faible modification du sentiment de culpabilité est possible en agissant sur les symptômes de stress post-traumatique.

Cela étant dit, il faut rappeler que le jeune peut également être influencé par les artefacts du questionnement (Herbert, 2007; Schwartz et Sudman, 1996) (il devine les objectifs de l'étude et tente de modifier ses réponses dans un sens ou dans l'autre). Une autre influence possible est le biais de la « désirabilité sociale » (Crowne et Marlowe, 1960). Les adolescents sont particulièrement touchés et influencés par le jugement des autres et par le fait d'être acceptés et appréciés par leurs pairs (Claes, 1994; Coslin, 2002). L'individu pourrait avoir tendance à répondre à certaines questions pour plaire au public, ayant honte de ses pensées profondes. Durant le passage à l'acte, les agresseurs ne perçoivent pas de culpabilité, sinon ils ne passeraient pas à l'acte. Après-coup, le recul permet à l'adolescent de rationaliser. Mais nul ne passerait à l'acte en ayant la certitude de se faire prendre (sentiment d'impunité) (Bensimon, 2012).

Ainsi, les connaissances exposées dans la recension des écrits sont-elles confirmées par les résultats de cette recherche ? L'association avec le stress post-traumatique constitue un résultat inattendu. D'après Brillon et coll. (1996), les victimes de stress post-traumatique tendent à se sentir responsables, à avoir honte et donc à se sentir coupables, ce qui va dans le sens nos résultats. Mais hormis ces auteurs, cette association avec l'attribution de la responsabilité n'avait pas encore été clairement étudiée. Toutefois, l'impact du stress post-traumatique sur la culpabilité reste minime. Concernant les résultats auxquels on aurait pu s'attendre, les distorsions ne sont pas corrélées avec la culpabilité, tels que l'avaient prédit les travaux de Gudjonsson (1990). Du côté des résultats étonnants, il s'avère que l'âge ne présente pas d'impact significatif sur l'attribution de la responsabilité, contrairement aux observations de Gudjonsson et Singh (1989) ainsi que de Shine (1997). D'après ces auteurs, la culpabilité aurait tendance à s'amplifier avec l'âge. Il s'avère que cette affirmation ne s'est pas confirmée dans cette étude. Il est donc utile de tenir compte de cette information lors de la prise en charge.

#### 5.1.2 Attribution externe

Parmi tous les facteurs explorés, il apparaît que l'âge ( $\beta=-0,21$ ,  $p<0,05$ ) et les distorsions cognitives ( $\beta=0,16$ ,  $p<0,01$ ) prédisent significativement l'attribution externe de la responsabilité. Le modèle contenant ces deux prédicteurs explique 25 % (ajusté) de la variance. Cela signifie que, lorsque l'âge (uniquement) augmente d'une année, le score d'attribution de la responsabilité externe diminue de 0,21. Quant aux distorsions cognitives, pour chaque unité d'augmentation de leurs scores, l'attribution externe augmente de 0,18. Cette recherche permet d'affirmer que l'attribution à des facteurs externes n'est pas corrélée significativement avec le stress post-traumatique, l'estime de soi, l'aliénation et/ou l'immaturité.

Comme mentionné dans la recension des écrits, les distorsions cognitives permettent de minimiser, rationaliser, justifier, excuser et dénier les comportements déviants (Blumenthal et coll., 1999; Maruna et Mann, 2006; Murphy, 1990; Worling et Curwen, 2000). Il est nécessaire de garder à l'esprit que la plupart des recherches effectuées proviennent d'échantillons adultes et ne sont pas forcément applicables aux jeunes. Cependant, les adolescents agresseurs sexuels ne semblent pas avoir de croyances déformées à propos de leur victime (Mann et coll., 2007). D'un point de vue plus technique, les sujets soumis à l'échelle des distorsions cognitives ont obtenu des scores variant entre 0 et 19 (sur 32 points possibles). Dans l'échantillon, 62,4 % des individus ont obtenu une moyenne

entre 0 et 3 alors que les 37,6 % restants s'étendent de 3,01 à 19. L'écart-type de l'échelle des distorsions cognitives (3,68) est juste supérieur à la moyenne de celle-ci (3,67). Le fait qu'un grand nombre de sujets soit aggloméré autour de faibles scores et que le reste soit éparpillé faiblement sur un plus grand intervalle explique ces résultats. La majorité des sujets ont de faibles scores à l'échelle des distorsions cognitives.

En fonction de la recension des écrits, comment discuter les résultats de cette étude ? Il s'avère qu'ils étaient prévisibles. En effet, d'après Gudjonsson et Singh (1989), l'âge semble être corrélé négativement avec l'attribution externe, qui a tendance à diminuer avec le temps, ce qui est le cas dans cette étude. Quant à la seconde variable, les distorsions cognitives, il apparaît qu'elles sont reliées à l'attribution externe, tel que le prédisait Gudjonsson (1990). Les deux variables sont retenues, mais la variabilité expliquée par les distorsions cognitives est plus importante que celle expliquée par l'âge (cf. tableau VI). Les résultats de cette étude sont ainsi en concordance avec les recherches de Gudjonsson et Singh (1989) ainsi que Gudjonsson (1990).

De quelle manière est-il possible de contribuer à l'amélioration (diminution du score) de l'attribution de la responsabilité externe ? Concernant l'âge, il n'y a pas une grande marge de manœuvre à disposition. Le seul facteur dynamique ayant un impact sur l'attribution externe et étant susceptible d'être influencé par la prise en charge serait la modification de la perception des distorsions cognitives.

### 5.1.3 Attribution interne

Aucun des facteurs choisis - l'âge, le stress post-traumatique, les distorsions cognitives, l'estime de soi, l'aliénation et l'immaturation - n'est corrélé à l'attribution interne. Ces résultats étaient prévisibles. En effet, lors de la recension des écrits, il ressort de l'étude de Gudjonsson (1990) qu'il n'existe pas de corrélation significative entre les distorsions cognitives et l'attribution à un trouble mental. Aussi, Gudjonsson et Singh (1989) n'ont pas trouvé d'association avec l'âge. La présente étude confirme ces résultats.

Dès le début des analyses réalisées dans le cadre de ce mémoire, l'échelle d'attribution interne a s'est montrée problématique. Elle dispose en effet de la cohérence interne la plus faible de toutes les échelles faisant partie de cette recherche. C'est également l'échelle contenant le moins d'items (9 à la

base puis 5 retenus pour ce travail). De plus, elle a perdu un grand pourcentage d'items lors de l'épuration.

Dans la section 3.3.1, la version épurée de la sous-échelle de l'attribution interne a été présentée. Elle semblait pertinente pour aborder les principales questions de recherche étant donné qu'elle est composée d'items traitant strictement de la responsabilité en soi et non de culpabilité ou de blâme sur autrui. Malheureusement, aucune des composantes personnelles et psychologiques analysées n'influence cette sous-dimension. Ainsi, le sentiment de responsabilité, tel que mesuré dans cette recherche, ne semble pas être influençable par les facteurs sélectionnés. Quelle pourrait donc être une piste pour de futures recherches ? Il semble que l'échelle en soi soit déjà problématique, étant constituée d'un faible nombre d'éléments. La recension des écrits a tout de même permis de mettre en évidence que les sujets avec une attribution interne ressentent des remords et ont une petite partie de responsabilité (Gudjonsson, 1984).

En résumé, les instruments sélectionnés ont permis de corroborer certains résultats qui avaient déjà été obtenus par d'autres auteurs. Ils ont également permis d'écartier des facteurs n'ayant pas de relation significative avec l'attribution de responsabilité. Au niveau des corroborations, l'âge apparaît comme négativement relié avec l'attribution externe, tel que l'avaient déterminé Gudjonsson et Singh (1989). Les distorsions cognitives sont également des prédicteurs de cette dimension (Gudjonsson, 1990). À noter que Fanniff et Becker (2006) avaient affirmé que les distorsions cognitives sont également des prédicteurs importants pour la récidive. Par ailleurs, le stress post-traumatique permet d'expliquer une part de la variance de la culpabilité. Enfin, aucun des instruments choisis ne permet de prédire significativement la variance de la dernière sous-échelle soit l'attribution interne de la responsabilité.

## **5.2 Étude de l'effet n° 2**

La deuxième question de recherche était d'estimer l'efficacité de la prise en charge du jeune selon différentes modalités : le « milieu de prise en charge », la « durée du traitement » et « l'approche thérapeutique » afin de choisir le programme le plus adéquat (Effet n°2, cf. figure 1 du chapitre sur la méthodologie). L'objectif de cette question était d'identifier des méthodes de prise en charge susceptibles d'avoir un impact positif sur l'attribution de la responsabilité, toujours dans la perspective de diminuer la récidive. En résumé, on relève qu'une partie importante des adolescents

agresseurs sexuels récidivent sur une courte durée, mais qu'il s'agit plutôt de délits non sexuels (Vandiver, 2006). Est-il donc nécessaire de focaliser le traitement sur la nature du crime ? D'après Andrews et Bonta (2010), l'intensité du traitement devrait être proportionnelle au principe du risque. Il existe une association entre l'occasion de récidiver et la récidive sexuelle (Spice et coll., 2013), d'où l'importance d'inclure les parents afin de garantir une supervision adéquate. Il apparaît également y avoir une relation significative entre la récidive sexuelle et les rejets parentaux (Worling et Curwen, 2000). À nouveau, l'inclusion des parents dans l'intervention semble être une piste.

Mais revenons-en à la présente recherche et ses objectifs. Quelle est l'évolution des scores obtenus pour les trois sous-échelles de l'attribution de la responsabilité ? Il y a une modification du score entre les deux intervalles de passation. Pour la culpabilité, cette différence est significative à un seuil de tolérance de 5 %; pour l'attribution interne, le seuil est de 6 % et pour l'attribution externe, il est poussé à 8 %.

Lors de la première passation de test, la culpabilité obtient une moyenne de 7,99 sur un total possible de 11 points, l'attribution externe obtient une moyenne de 1,29 sur une possibilité de 11 points et l'attribution interne est de 3,45 sur un maximum de 5 points. Il est évident que le score obtenu par l'attribution externe est largement inférieur aux deux autres dimensions (moyenne de 12 % contre 73 % pour la culpabilité et 69 % pour l'attribution interne). Cela pourrait être une piste permettant d'expliquer pourquoi il est difficile d'influencer un score qui est déjà extrêmement bas.

Le score de la culpabilité diminue dans toutes les situations. Ce résultat paraît surprenant dans un premier temps. En effet, il paraît plus rationnel d'imaginer que le sujet augmente son sentiment de culpabilité par rapport à son acte lorsqu'il prend en considération la peine éprouvée par sa victime (par exemple l'item 7: « *Je me déteste d'avoir commis ce(s) crime(s)* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)), réalise l'ampleur de son geste (par exemple l'item 10: « *J'ai peur que les gens ne m'acceptent plus jamais, à cause du (des) crime(s) que j'ai commis* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)) et développe un sentiment d'empathie et des regrets (par exemple l'item 3: « *Je ne me pardonnerai jamais d'avoir commis ce(s) crime(s)* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)). Cependant, une autre interprétation est possible. Au travers du dévoilement de ses actes, de la prise en charge et du suivi thérapeutique, il est possible que le jeune ait la possibilité d'exprimer ses sentiments et de travailler sur ses peurs. En acceptant la responsabilité de ses actes, il se peut que l'individu admette ses erreurs, ressente moins de honte (« 1. *J'ai très honte du (des) crime(s) que j'ai*

*commis* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)) ou de haine contre lui-même («7. *Je me déteste d'avoir commis ce(s) crime(s)* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)). Il se peut aussi qu'il perde la peur d'être rejeté et d'être réduit à son acte (autre approche de l'item 10 : « *J'ai peur que les gens ne m'acceptent plus jamais, à cause du (des) crime(s) que j'ai commis* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)).

Une diminution de l'attribution interne est aussi perceptible entre les deux passations. Lorsque les scores diminuent, cela signifie que l'individu accepte qu'il a fait de mauvais choix (par exemple *Recodage inverse de l'item 34* : « *Au moment du (des) crime(s), j'étais parfaitement conscient de ce que je faisais* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)) et qu'il se sent responsable. Le jeune ne cherche plus des excuses pour expliquer ses actes (par exemple l'item 35 : « *Je n'aurais pas commis le(s) crime(s) que j'ai commis si je n'avais pas perdu le contrôle de moi-même* » (Gudjonsson, 1984; Gudjonsson et Singh, 1989)).

Enfin, en comparant les sous-échelles, l'une des dimensions se différencie des autres. En effet, l'attribution à des facteurs externes n'a pas été modifiée de manière significative. Cela signifie-t-il que la tendance à blâmer une situation ou une autre personne est plus difficile à faire changer que dans les deux autres dimensions (culpabilité et attribution interne) ? Il est à considérer que le score de l'attribution externe était déjà très bas au début du suivi (M=1,29, ET=1,71 sur total de 11 points possible). Le phénomène de la désirabilité sociale ou les artefacts du questionnement ont pu faire en sorte que les scores obtenus étaient biaisés dès le départ.

#### 5.2.1 Milieu de prise en charge

La première modalité investiguée est le type de milieu. Le chapitre 1.4.2.1 a mis en évidence qu'il n'existe pas de consensus permettant de définir le meilleur contexte de prise en charge. D'après Lösel et Schmucker (2005), seul le traitement ambulatoire présente des résultats significatifs. Hanson et collègues, quant à eux, affirment qu'il n'y a pas de différence de baisse de récidive selon que le jeune est traité en établissement ou en collectivité. Finalement, Andrews et Bonta (2010) ont déterminé que pour les délinquants en général, des résultats plus positifs sont obtenus dans la collectivité. Dans cette recherche, une modification significative est obtenue entre les passations pré- et post-, ce qui indique une évolution. Malheureusement, cette évolution n'est pas due aux caractéristiques étudiées dans cette étude. Le type de milieu, qu'il soit hospitalier ou communautaire, n'a pas d'impact sur

l'attribution de la responsabilité (la culpabilité, l'attribution externe, l'attribution interne). Étant donné que, dans les deux situations, aucun effet significatif n'apparaît, il n'est pas possible de se prononcer sur un éventuel milieu qui serait plus adapté ou qui démontrerait de meilleurs résultats. On peut se demander si le simple fait d'être pris en charge est à la base de la modification pré-/post- de l'attribution de la responsabilité, indépendamment du type de milieu où se déroule l'intervention.

### 5.2.2 Durée du traitement

La deuxième modalité étudiée est la durée. Comme présentées dans le chapitre 1.4.2.2, les connaissances concernant la durée restent vagues. Parmi les résultats mentionnés, Seligman (1995; cité par Marshall et Marshall, 2007) a trouvé que la psychothérapie est plus efficace lorsque la durée n'est pas fixe. Apparemment, seule la complétion du traitement prédit la diminution de la récurrence (Lösel et Schmucker, 2005). Dans le cadre de cette recherche, il apparaît que la durée de traitement n'est pas un facteur permettant de modifier l'attribution de la responsabilité. Selon les résultats, que le sujet participe à 4, 20, 36 ou 40 séances n'a donc aucune influence sur l'attribution de la responsabilité. Si le nombre de séances semble peu importer, d'autres dimensions restent à étudier. Aurait-il été plus judicieux de vérifier si l'attribution de la responsabilité change selon que le programme est suivi assidument jusqu'à la fin ou qu'il y a abandon en cours de route ? Que se passe-t-il si le jeune est exclu ? Il y a-t-il une différence significative selon que l'adolescent participe à une prise en charge volontaire contrairement à une prise en charge imposée de la part des autorités ?

### 5.2.3 Type d'approche thérapeutique

Finalement, la dernière modalité testée est le type d'approche thérapeutique. Dans le chapitre 1.4.2.3, des résultats intéressants ont été mis en lumière quant à l'efficacité des différentes interventions. En effet, selon Lösel et Schmucker (2005), les seules approches efficaces sont cognitivo-comportementales et hormonales. Pour Fanniff et Becker (2006) ce sont uniquement les interventions cognitivo-comportementales et multisystémiques qui produisent une baisse de la récurrence, alors que selon Lipsey (2012), le traitement cognitivo-comportemental promet les chances de réhabilitation les plus grandes. D'autres auteurs ont trouvé que les différences significatives dépendent uniquement du fait de suivre un traitement ou pas (Reitzel et Carbonell, 2006). Dans la présente recherche, le type d'approche thérapeutique utilisé (traitement de type cognitivo-comportemental ou autre) ne permet pas de modifier la culpabilité, l'attribution à des facteurs

externes ou l'attribution à des facteurs internes. L'approche cognitivo-comportementale ne s'avère pas plus efficace que les autres approches à disposition (approche mixte, approche systémique, approche sociocognitive ou approche cognitivo-humaniste). Marques et coll. (2005) avaient-ils raison de dire qu'aucune approche ne démontre de résultats significatifs ? Néanmoins, si la méthode n'est pas associée à une modification de l'attribution de la responsabilité, mais qu'il existe bel et bien une différence entre avant la prise en charge et après, quels sont les autres éléments causals de ce changement ? Est-ce le reflet des découvertes de Wampold (2001), qui a démontré que seuls 8 % du changement sont liés à la spécificité de l'approche ? Où s'agit-il de l'implication active (Hanson et coll., 2009), du volontariat (Lösel et Schmucker, 2005), de la motivation et des compétences sociales (Borduin et coll., 2009) ?

En résumé, l'évolution de l'attribution de la responsabilité n'est ni influencée par le type de milieu dans lequel s'opère la prise en charge ni par la durée de traitement ni par le type d'approche thérapeutique. Cette recherche a permis de montrer que les dimensions choisies n'ont pas d'impact sur le score de l'attribution de la responsabilité, mais elle ne permet pas d'aller plus loin dans la compréhension de l'attribution de la responsabilité. Serait-ce le dévoilement des actes qui amorcent un travail de cheminement personnel ? Serait-ce la prise en charge en soi indépendamment du type de milieu, de la durée ou de l'approche (Reitzel et Carbonell, 2006) ? Serait-ce le processus de la maturation ? Ou une question de relation de confiance à établir avec le thérapeute (Alexander, 1999; Castonguay et coll., 1996) ? Ces questions méritent d'être posées dans de futures recherches.

## **CHAPITRE 6 : LIMITES**

La première limite rencontrée dans la présente étude fut la consistance interne des sous-échelles de l'attribution de la responsabilité. Le fait d'avoir dû modifier les échelles montre aussi qu'elles posent un problème de fidélité lorsqu'elles sont utilisées auprès d'échantillons spécifiques. Les échelles créées par Gudjonsson en 1984 et 1989 ne semblent pas avoir une consistance interne optimale.

La deuxième limite concerne la puissance statistique. L'échantillon à disposition n'est pas de très grande taille. Ce problème est souvent rencontré dans les sciences humaines, car il est difficile d'obtenir un nombre élevé de participants. C'est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit d'une population spécifique telle que les individus ayant commis des crimes d'ordre sexuel. La double autorisation qu'il faut obtenir des parents et des jeunes élimine encore un certain nombre de chances d'avoir suffisamment de sujets.

Une troisième catégorie de limites concerne les recherches qui collectent leurs informations à travers des questionnaires. En effet, il existe une possibilité d'avoir des réponses biaisées par exemple par les artefacts du questionnement (Herbert, 2007; Schwartz et Sudman, 1996) ou par la « désirabilité sociale » (Crowne et Marlowe, 1960).

Finalement, comme quatrième limite, des sources d'informations précieuses ont été perdues à l'étape des analyses préliminaires, lorsque les variables n'étaient pas suffisamment bien distribuées (ex. : suivi individuel ou en groupe; complétion, abandon ou exclusion du programme; etc.). Il n'a donc pas été possible de comparer ces dimensions. D'autres informations auraient été intéressantes à analyser, mais n'étaient pas disponibles, par exemple le statut socio-économique.

## **CHAPITRE 7 : CONCLUSION**

Cette recherche permet d'apporter des informations pertinentes. Son premier objectif étant de déterminer quelles composantes psychologiques et personnelles influencent l'attribution de la responsabilité. Les résultats ont mis en avant deux modèles permettant d'expliquer la variance de certains types d'attributions de la responsabilité. Le premier modèle est celui de la culpabilité qui a comme seul élément le stress post-traumatique. Il explique 26 % (ajusté) de la variance de cette sous-échelle ( $R^2=0,29$ ,  $F(6,120)=8,35$ ,  $p<0,01$ ). D'autres recherches avaient déterminé que la culpabilité aurait tendance à s'amplifier avec l'âge (Gudjonsson et Singh, 1989; Shine, 1997), association qui n'est pas apparue dans la présente étude. D'autre part, la culpabilité semble être présente chez les individus souffrant de dépression aiguë (Fox et coll., 2003). Le deuxième modèle est celui de l'attribution externe. Il est composé de l'âge et des distorsions cognitives. Il permet d'expliquer 25 % (ajusté) de la variance ( $R^2=0,28$ ,  $F(6,122)=8,03$ ,  $p<0,01$ ). Ces résultats corroborent avec les trouvailles de Gudjonsson et Singh (1989) concernant l'âge et Gudjonsson (1990) au niveau des distorsions cognitives. Ainsi, il a été démontré que certains aspects psychologiques de l'adolescent sont associés à l'attribution de la responsabilité et ainsi pourraient être des cibles d'intervention. Ces résultats signifient qu'il est possible d'agir sur le sentiment de culpabilité de l'adolescent lorsque la prise en charge concentre une partie du temps sur la thématique du stress post-traumatique. Il est intéressant de savoir que l'âge et les distorsions cognitives sont associés à l'attribution externe et de ce fait interagissent.

Le deuxième objectif de cette recherche était d'estimer l'efficacité de la prise en charge du jeune selon les différentes modalités qui sont le « milieu de prise en charge », la « durée du traitement » et « l'approche thérapeutique ». Les résultats de cette étude ont permis de démontrer que l'amélioration de l'attribution de la responsabilité n'est pas liée au milieu de la prise en charge (hôpital ou milieu communautaire), ni à la durée du traitement (plus ou moins de 26 séances), ni à l'approche thérapeutique (cognitivo-comportementale ou autre). D'autres études ont permis de mettre en évidence que seule la complétion du traitement prédit la diminution de la récurrence (Lösel et Schmucker, 2005), que l'échec augmente les risques de récurrence (Hanson et Bussiere, 1998) et que l'abandon double le risque de rechute (Lösel et Schmucker, 2005). Une recherche intéressante a démontré que seuls 8 % du changement serait lié à la spécificité de l'approche (Wampold, 2001), ce qui expliquerait les résultats cités ci-dessus.

Les limites ont été discutées dans la section précédente. La participation d'un nombre de sujets plus élevé aurait permis de tenir compte de plus de variables susceptibles d'expliquer l'attribution de la responsabilité – ce qui aurait éventuellement augmenté le taux d'explication qui se situe actuellement autour des 20-30%. Concernant la différence de score « pré- » et « post- » du traitement de l'attribution de la responsabilité, on a dû constater de nombreuses valeurs manquantes dans les analyses ANOVA. Avec un échantillon plus élevé, certains résultats auraient éventuellement pu devenir significatifs. Étant donné que la différence de score au début et à la fin du suivi est significative, il doit bien exister des éléments qui expliquent ces résultats.

Il serait intéressant pour de futurs chercheurs, d'étudier l'évolution de l'attribution de la responsabilité en lien avec la récidive. Dans un autre registre, la motivation à commettre des crimes sexuels semble être un concept clé dans le passage à l'acte. La gratification sexuelle, d'une part, et la colère, la vengeance ou l'agression, d'autre part, semblent être les deux principales motivations (Reid, Beauregard, Fedina, et Frith, 2014). Il pourrait également être intéressant d'étudier l'existence d'un lien entre ces motivations et l'attribution de la responsabilité.

Enfin, on constate que l'accent portant sur l'attribution de la responsabilité a quelque peu changé ces dernières années (Koepke, Eyssel, et Bohner, 2014; McAlinden, 2014; Strömwall, Alfredsson, et Landström, 2013). En effet, de plus en plus d'études se concentrent sur le blâme des victimes, leur culpabilité et l'impact d'une seconde victimisation. Un autre courant, quant à lui, s'intéresse à l'analyse des discours populaires véhiculés au travers des médias. Il met en évidence la tendance à l'individualisation de la responsabilité et un penchant de la part des lecteurs à blâmer les parents des victimes (Miller, Hefner, et Leon, 2014). La société pousserait-elle ainsi les jeunes agresseurs sexuels à ne pas se responsabiliser ? De futures recherches pourraient se pencher sur cette perspective.

## Bibliographie

- Abel, G. G., Becker, J. V., et Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *Int J Law Psychiatry*, 7(1), 89-103.
- Alexander, M. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11(2), 101-116. Andrews, D. A., et Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. [Albany, N.Y.]: Lexis Nexis/Anderson Pub.
- Armentrout, J. A., et Hauer, A. L. (1978). MMPIs of rapists of adults, rapists of children, and non - rapist sex offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 34(2), 330-332.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33(4), 344-358.
- Bandura, A. (1990). Mechanisms of moral disengagement (*Origins of terrorism: Psychologies, ideologies, theologies, states of mind* (p. 161-191). Washington, DC, US: Woodrow Wilson International Center for Scholars.
- Barbaree, H. E., et Marshall, W. L. (2008). *The juvenile sex offender*. Guilford Press.
- Barriga, A. Q., et Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary validation of the "how I think" questionnaire. *Aggressive Behavior*, 22(5), 333-343. Batson, A., Gudjonsson, G., et Gray, J. (2010). Attribution of blame for criminal acts and its relationship with psychopathy as measured by the Hare Psychopathic Checklist (PCL-SV). *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(1), 91-101.
- Baumeister, R. F. (1986). *Identity : cultural change and the struggle for self*. New York: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F. (1993). Understanding the inner nature of low self-esteem: Uncertain, fragile, protective, and conflicted (*Self-Esteem* (p. 201-218): Springer.
- Bayse, D. J., Allgood, S. M., et Van Wyk, P. C. (1992). Locus of Control, Narcissism, and Family Life Education in Correctional Rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 17(3-4), 47-64.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-333. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., et Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press.
- Becker, J. V., et Abel, G. G. (1985). Methodological and ethical issues in evaluating and treating adolescent sexual offenders. *Adolescent sex offenders: Issues in research and treatment*, 109-129.
- Becker, J. V., Kaplan, M. S., et Kavoussi, R. (1988). Measuring the Effectiveness of Treatment for the Aggressive Adolescent Sexual Offender. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528(1), 215-222.
- Bensimon, P. (2012). *Profession: criminologue : analyse clinique et relation d'aide en milieu carcéral (2è éd.)*. Montréal. Guérin.
- Bischof, G., Stith, S., et Wilson, S. (1992). A comparison of the family systems of adolescent sexual offenders and nonsexual offending delinquents. *Family Relations*, 41(3), 318-323.

- Blatier, C. (2000). Locus of control, causal attributions, and self-esteem: A comparison between prisoners. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(1), 97-110.
- Blumenthal, S., Gudjonsson, G., et Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 129-143.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., et Stein, R. J. (1990). MULTISYSTEMIC TREATMENT OF ADOLESCENT SEXUAL OFFENDERS. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(2), 105-113.
- Borduin, C. M., et Schaeffer, C. M. (2002). Multisystemic Treatment of Juvenile Sexual Offenders. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 13(3-4), 25-42.
- Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., et Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *J Consult Clin Psychol*, 77(1), 26-37.
- Brantingham, P. J., et Faust, F. L. (1976). A Conceptual Model of Crime Prevention. *Crime & Delinquency*, 22(3), 284-296.
- Brière, J., et (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children: Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Brillon, P., Marchand, A., et Stephenson, R. (1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 129-144.
- Burke, P. J. (1980). The Self: Measurement Requirements from an Interactionist Perspective. *Social Psychology Quarterly*, 43(1), 18-29.
- Burn, M. F., et Brown, S. (2006). A review of the cognitive distortions in child sex offenders: An examination of the motivations and mechanisms that underlie the justification for abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 11(3), 225-236.
- Caine, T. M., Foulds, G. A., et Hopes, K. (1967). *Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (H.D.H.Q)*. London: University of London.
- Caldwell, M. F. (2010). Study Characteristics and Recidivism Base Rates in Juvenile Sex Offender Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-212.
- Campbell, J. D., et Lavalley, L. F. (1993). Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem (*Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (p. 3-20). New York, NY, US: Plenum Press.
- Carpentier, J., et Proulx, J. (2011). Correlates of Recidivism Among Adolescents Who Have Sexually Offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(4), 434-455.
- Casoni, D. (2010). *Intervenir auprès de l'auteur d'une agression sexuelle ou du jeune qui a commis l'acte ?* Communication présentée Les jeunes auteurs d'actes d'ordre sexuel, Sion, Suisse.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., et Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *J Consult Clin Psychol*, 64(3), 497-504.
- Cima, M., Merckelbach, H., Butt, C., Kremer, K., Knauer, E., et Schellbach-Matties, R. (2007). It was not me: Attribution of blame for criminal acts in psychiatric offenders. *Forensic Science International*, 168(2-3), 143-147.
- Claes, M. (1994). Le réseau social des adolescents: Proximité des relations et adaptation personnelle. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 21, 5-22.
- Colby, A., et Kohlberg, L. (1987). *The measurement of moral judgment*. Cambridge [Cambridgeshire]; New York: Cambridge University Press.

- Cortoni, F., et 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(1), 27-43.
- Coslin, P. G. (2002). *Psychologie de l'adolescent*. Paris: A. Colin.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Crowne, D. P., et Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol*, 24, 349-354.
- Darke, J. L. (1990). Sexual aggression: achieving power through humiliation. Dans W. L. Marshall, D. R. Laws et H. E. Barbaree (dir.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum.
- Debuyst, C. (1989). Criminologie clinique et inventaire de personnalité. Utilisation quantitative ou qualitative. *Déviance et société*, 1-21.
- Deering, C. G. (2000). A Cognitive Developmental Approach to Understanding How Children Cope With Disasters. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(1), 7-16.
- Deschamps, J.-C., et Clémence, A. (2000). *L'explication quotidienne perspectives psychologiques*. Paris : Presses universitaires de Rennes.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., et Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Dobson, K. S. (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T., et Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapted children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110(2), 204-214.
- Ellerby, L., McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., et Zeoli, S. (2010). Pratiques courantes dans les programmes canadiens de traitement des agresseurs sexuels : sondage 2009 de la Safer Society Foundation. Ottawa: Safer Society Foundation.
- Fanniff, A. M., et Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression & violent behavior*, 11(3), 265-282.
- Fisher, D., Beech, A., et Browne, K. (1998). Locus of control and its relationship to treatment change and abuse history in child sexual abusers. *Legal and Criminological Psychology*, 3(Part 1), 1-12.
- Fox, S., DeKoning, E., et Leicht, S. (2003). The relationship between attribution of blame for a violent act and EPQ-R sub-scales in male offenders with mental disorder. *Personality and Individual Differences*, 34(8), 1467-1475.
- Gendreau, P., et Andrews, D. A. (1990). Tertiary prevention: What the meta-analyses of the offender treatment literature tell us about "what works". *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 32(1), 173-184.
- Giagtzoglou, K. (2012). *The Comparison of Self-Esteem Levels between Sexual And Non-Sexual Offenders*. (Psy.D., Alliant International University, Ann Arbor).
- Gibbs, J. C. (2003). *Moral development and reality : beyond the theories of Kohlberg and Hoffman*. Thousand Oaks, Calif. [u.a.]: Sage.
- Gibbs, J. C., Basinger, K. S., Grime, R. L., et Snarey, J. R. (2007). Moral judgment development across cultures: Revisiting Kohlberg's universality claims. *Developmental Review*, 27(4), 443-500.
- Gisli, H. G., et Jon Fridrik, S. (2004). Motivation for offending and personality. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 69-81.
- Goodman, W., Leggett, J., et Garrett, T. (2007). Locus of control in offenders and alleged offenders with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35(3), 192-197.
- Gough, H. (1960). Theory and measurement of socialization. *Journal of Consulting Psychology*, 24(1), 23.

- Gross, S. R., et Miller, N. (1997). The "golden section" and bias in perceptions of social consensus. *Pers Soc Psychol Rev*, 1(3), 241-271.
- Gudjonsson, G. H. (1984). Attribution of blame for criminal acts and its relationship with personality. *Personality and Individual Differences*, 5(1), 53-58.
- Gudjonsson, G. H. (1990). Cognitive distortions and blame attribution among paedophiles. *Sexual & Marital Therapy*, 5(2), 183-185.
- Gudjonsson, G. H., et Petursson, H. (1991). The attribution of blame and type of crime committed-transcultural validation. *Journal of the Forensic Science Society*, 31(3), 349-352.
- Gudjonsson, G. H., et Sigurdsson, J. F. (2004). Motivation for offending and personality. *Legal and Criminological Psychology*, 9(1), 69-81.
- Gudjonsson, G. H., et Sigurdsson, J. F. (2007). Motivation for offending and personality. A study among young offenders on probation. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1243-1253.
- Gudjonsson, G. H., et Singh, K. K. (1989). The revised Gudjonsson blame attribution inventory. *Personality and Individual Differences*, 10(1), 67-70.
- Hall, G. C. N. (1995). The preliminary development of theory-based community treatment for sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(5), 478-483.
- Hanson, R. K. (2002). Recidivism and age: Follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(10), 1046-1062.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., et Hodgson, S. (2009). Méta-analyse de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels : risque, besoin et réceptivité: Sécurité publique Canada.
- Hanson, R. K., et Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K., et Bussiere, M. T. (1999). Review: Individual variables have low power to predict recidivism among sex offenders. *Evidence-Based Medicine*, 4(26).
- Hanson, R. K., et Harris, A. J. R. (1998). *Les prédicteurs dynamiques de la récidive sexuelle*. Solliciteur général Canada.
- Hanson, R. K., et Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.
- Hanson, R. K., et Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. Solicitor General Canada Ottawa,, Canada.
- Harter, S. (1988). *The Self-Perception Profile for Adolescents*. University of Denver. Denver, CO.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents (*Self-esteem* (p. 87-116): Springer.
- Heatherton, T. F., et Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 895.
- Heatherton, T. F., Wyland, C. L., et Lopez, S. (2003). Assessing self-esteem. *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, 219-233.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Psychology Press.
- Hendriks, J., et Bijleveld, C. (2008). Recidivism among juvenile sex offenders after residential treatment. *Journal of sexual aggression*, 14(1), 19-32.
- Herbert, M. (2007). *Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d'impact* Communication présenté Actes du XXIIIème congrès international de l'Association Française du Marketing, Aix les Bains (France).

- Hewstone, M. (1990). The 'ultimate attribution error'? A review of the literature on intergroup causal attribution. *European Journal of Social Psychology, 20*(4), 311-335. doi: 10.1002/ejsp.2420200404
- Hoglund, P., Bogwald, K. P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., . . . Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry, 165*(6), 763-771.
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M., et Becker, J. V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*(1), 27-48.
- Huntley, F. L., Palmer, E. J., et Wakeling, H. C. (2012). Validation of an Adaptation of Levenson's Locus of Control Scale With Adult Male Incarcerated Sexual Offenders. *Sexual Abuse, 24*(1), 46.
- Hutton, D. G. (1994). *Self-esteem and memory for social interaction*. (Case Western Reserve University).
- Jesness, C. F. (1996). *The Jesness Inventory manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Johnsson, M., Andersson, B., Wallinius, M., Hofvander, B., Ståhlberg, O., Anckarsäter, H., . . . Radovic, S. (2014). Blame attribution and guilt feelings in violent offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 25*(2), 212-223. doi: 10.1080/14789949.2014.903506
- Jones, E. E., et Davis, K. E. (1965). From Acts To Dispositions The Attribution Process In Person Perception1. Dans B. Leonard (dir.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. Volume 2, p. 219-266): Academic Press.
- Kelley, H. H. (1973). The processes of causal attribution. *American Psychologist, 28*(2), 107-128. doi: 10.1037/h0034225
- Knopp, F. H. (1984). *Retraining adult sex offenders: Methods & models*. Safer Society Press Syracuse, NY.
- Koepke, S., Eyssel, F., et Bohner, G. (2014). "She Deserved It": Effects of Sexism Norms, Type of Violence, and Victim's Pre-Assault Behavior on Blame Attributions Toward Female Victims and Approval of the Aggressor's Behavior. *Violence Against Women, 20*(4), 446-464.
- Kohlberg, L. (1984). *Essays on moral development. Volume II. The psychology of moral development : the nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper & Row.
- Langdon, P. E., et Talbot, T. J. (2006). Locus of control and sex offenders with an intellectual disability. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 50*(4), 391-401.
- Lefcourt, H. M. (1976). *Locus of control: Current trends in theory and research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lefcourt, H. M. (1982). *Locus of control: Current trends in theory and research*. Psychology Press.
- Letourneau, E. J., et Miner, M. H. (2005). Juvenile sex offenders: A case against the legal and clinical status quo. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*(3), 293-312.
- Lipsey, M. W. (2012). Effective interventions for juvenile offenders: Using meta-analysis to bridge from research to practice (*Antisocial behavior and crime: Contributions of developmental and evaluation research to prevention and intervention* (p. 181-198). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing; US.
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., et Wilson, S. J. (2007). Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders. *Campbell Systematic Reviews*(6), 27.
- Loeber, R., et Farrington, D. P. (1998). Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention, 7*, 7-30.
- Lösel, F., et Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*(1), 117-146.

- Mallie, A. L., Viljoen, J. L., Mordell, S., Spice, A., et Roesch, R. (2011). Childhood Abuse and Adolescent Sexual Re-Offending: A Meta-Analysis. *Child & Youth Care Forum, 40*(5), 401-417.
- Mann, R., Webster, S., Wakeling, H., et Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime and Law, 13*(5), 443-458.
- Mann R., B. A. (2003). Cognitive distortions, schemas, and implicit theories. Dans L. D. R. Ward T., Hudson S. M. (dir.), *Sexual deviance: Issues and controversies* (p. 135–153). London, England: Sage.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., et Van Ommeren, A. (2005). Effects of a Relapse Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results From California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*(1), 79-107.
- Marshall, W., Champagne, F., Brown, C., et Miller, S. (1998). Empathy, intimacy, loneliness, and self-esteem in nonfamilial child molesters: A brief report. *Journal of Child Sexual Abuse, 6*(3), 87-98.
- Marshall, W., Hudson, S., Jones, R., et Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review, 15*(2), 99-113.
- Marshall, W., et Marshall, L. (2007). The Utility of the Random Controlled Trial for Evaluating Sexual Offender Treatment: The Gold Standard or an Inappropriate Strategy? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 19*(2), 175-191.
- Marshall, W. L., Anderson, D., et Champagne, F. (1997). Self-esteem and its relationship to sexual offending. *Psychology Crime & Law, 3*(3), 161-186.
- Marshall, W. L., Anderson, D., et Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester [u.a.]: Wiley.
- Marshall, W. L., Cripps, E., Anderson, D., et Cortoni, F. A. (1999). Self-Esteem and Coping Strategies in Child Molesters. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(9), 955-962.
- Marshall, W. L., et Marshall, L. E. (2000). The Origins of Sexual Offending. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*(3), 250-263.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., et O'Brien, M. D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications. *Psychology, Crime & Law, 15*(2-3), 217-234.
- Marshall, W. L., et Mazzucco, A. (1995). Self-esteem and parental attachments in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 7*(4), 279-285.
- Marshall, W. L., et McGuire, J. (2003). Effect sizes in the treatment of sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*(6), 653-663.
- Maruna, S., et Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions†. *Legal and Criminological Psychology, 11*(2), 155-177.
- McAlinden, A.-M. (2014). Deconstructing Victim and offender Identities in Discourses on Child Sexual Abuse: Hierarchies, Blame and the Good/Evil Dialectic. *British Journal of Criminology, 54*(2), 180-198. doi: 10.1093/bjc/azt070
- McCann, K., et Lussier, P. (2008). Antisociality, Sexual Deviance, and Sexual Reoffending in Juvenile Sex Offenders: A Meta-Analytical Investigation. *Youth Violence and Juvenile Justice, 6*(4), 363-385.
- McCrary, F., Kaufman, K., Vasey, M. W., Barriga, A. Q., Devlin, R. S., et Gibbs, J. C. (2008). It's All About Me: A Brief Report of Incarcerated Adolescent Sex Offenders' Generic and Sex-Specific Cognitive Distortions. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 20*(3), 261-271.

- Meyer, W. J., Cole, C., et Emory, E. (1992). Depo provera treatment for sex offending behavior: An evaluation of outcome. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 20(3), 249-259.
- Miller, D. T., et Ross, M. (1975). Self-serving biases in the attribution of causality: Fact or fiction? *Psychological Bulletin*, 82(2), 213.
- Miller, S. L., Hefner, M. K., et Leon, C. S. (2014). Diffusing responsibility: A case study of child sexual abuse in popular discourse. *Children and Youth Services Review*, 37(0), 55-63.
- Mischel, W. (1993). *Introduction to personality*. London.
- Money, J. (1970). Use of an Androgen - Depleting Hormone in the treatment of male sex offenders\*. *Journal of Sex Research*, 6(3), 165-172.
- Monto, M., Zgourides, G., et Harris, R. (1998). Empathy, Self-Esteem, and the Adolescent Sexual Offender. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10(2), 127-140.
- Murphy, W. D. (1990). Assessment and Modification of Cognitive Distortions in Sex Offenders (*Handbook of sexual assault* (p. 331–342). New York: Plenum Press.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ó Ciardha, C. (2011). A theoretical framework for understanding deviant sexual interest and cognitive distortions as overlapping constructs contributing to sexual offending against children. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 493-502.
- Olson, J. M., et Ross, M. (1988). False feedback about placebo effectiveness: Consequences for the misattribution of speech anxiety. *Journal of experimental social psychology*, 24(4), 275-291.
- Page, G. L., et Scalora, M. J. (2004). The utility of locus of control for assessing juvenile amenability to treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 523-534.
- Parton, F., et Day, A. (2002). Empathy, intimacy, loneliness and locus of control in child sex offenders: A comparison between familial and non-familial child sexual offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11(2), 41-58.
- Pullman, L., et Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child abuse & neglect*, 36(3), 203-209.
- Reid, J. A., Beauregard, E., Fedina, K. M., et Frith, E. N. (2014). Employing mixed methods to explore motivational patterns of repeat sex offenders. *Journal of Criminal Justice*, 42(2), 203-212.
- Reitzel, L. R., et Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse-a Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401-421.
- Riser, D. K., Pegram, S. E., et Farley, J. P. (2013). Adolescent and Young Adult Male Sex Offenders: Understanding the Role of Recidivism. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(1), 9-31.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. *Advances in experimental social psychology*, 10, 173-220.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., . . . Skuse, D. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *The Lancet*, 361(9356), 471-476.
- Schwartz, N., et Sudman, S. (1996). *Answering questions: Methodology for determining cognitive and communicative processes in survey research*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.

- Seto, M. C., et Lalumiere, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.
- Shine, J., McCloskey, H., et Newton, M. (2002). Self-esteem and sex offending. *Journal of Sexual Aggression*, 8(1), 51-61.
- Shine, J. H. (1997). The relationship between blame attribution, age and personality characteristics in inmates admitted to Grendon therapeutic prison. *Personality and Individual Differences*, 23(6), 943-947.
- Snyder, M., Tanke, E. D., et Berscheid, E. (1977). Social perception and interpersonal behavior: On the self-fulfilling nature of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(9), 656.
- Spice, A., Viljoen, J. L., Latzman, N. E., Scalora, M. J., et Ullman, D. (2013). Risk and Protective Factors for Recidivism Among Juveniles Who Have Offended Sexually. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(4), 347-369.
- Stams, G. J., Brugman, D., Dekovic, M., Lenny van, R., van der Laan, P., et Gibbs, J. C. (2006). The Moral Judgment of Juvenile Delinquents: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 692-713.
- Strömwall, L. A., Alfredsson, H., et Landström, S. (2013). Blame attributions and rape: Effects of belief in a just world and relationship level. *Legal and Criminological Psychology*, 18(2), 254-261.
- Tice, D. M. (1993). The social motivations of people with low self-esteem (*Self-Esteem* (p. 37-53): Springer.
- Trivits, L. C., et Reppucci, N. D. (2002). Application of Megan's law to juveniles. *American Psychologist*, 57(9), 690.
- Van Vugt, E., Asscher, J., Hendriks, J., Stams, G. J., Bijleveld, C., et van der Laan, P. (2012). Assessment of Moral Judgment and Empathy in Young Sex Offenders: A Comparison of Clinical Judgment and Test Results. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(7), 986-996.
- Van Vugt, E., Asscher, J., Stams, G. J., Hendriks, J., Bijleveld, C., et van der Laan, P. (2011). Moral judgment of young sex offenders with and without intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2841-2846.
- Van Vugt, E., Gibbs, J., Stams, G. J., Bijleveld, C., Hendriks, J., et van der Laan, P. (2011). Moral Development and Recidivism: A Meta-Analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(8), 1234-1250.
- Van Vugt, E., Hendriks, J., Stams, G.-J., Van Exter, F., Bijleveld, C., Van der Laan, P., et Asscher, J. (2011a). Moral judgment, cognitive distortions and implicit theories in young sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 603-619.
- Van Vugt, E., Hendriks, J., Stams, G. J., Van Exter, F., Bijleveld, C., Van der Laan, P., et Asscher, J. (2011b). Moral judgment, cognitive distortions and implicit theories in young sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(4), 603-619.
- Vanderstukken, O., Schiza, G., Archer, E., et Pham, T. (2007). Évaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française. Dans Tardif (dir.), *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières* (p. 275-294): CIFAS 2005.
- Vandiver, D. M. (2006). A Prospective Analysis of Juvenile Male Sex Offenders Characteristics and Recidivism Rates as Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 673-688.
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., . . . Thase, M. E. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255-265.

- Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., et Otis, K. E. (2004). Treatment Effectiveness for Male Adolescent Sexual Offenders: A Meta-Analysis and Review. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*(3/4), 281-293.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*. Mahwah, NJ [u.a.]: Erlbaum.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior, 5*(5), 491-507.
- Ward, T. (2009). The extended mind theory of cognitive distortions in sex offenders. *Journal of Sexual Aggression, 15*(3), 247-259.
- Ward, T., Gannon, T. A., et Keown, K. (2006). Beliefs, values, and action: The judgment model of cognitive distortions in sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*(4), 323-340.
- Ward, T., et Keenan, T. (1999). Child Molesters' Implicit Theories. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(8), 821-838.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*(4), 548.
- Weizmann-Henelius, G., Sailas, E., Viemero, V., et Eronen, M. (2002). Violent women, blame attribution, crime, and personality. *Psychopathology, 35*(6), 355-361.
- Widom, C. S., et Ames, M. A. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child abuse & neglect, 18*(4), 303-318.
- Wood, J., et Newton, A. K. (2003). The role of personality and blame attribution in prisoners' experiences of anger. *Personality and Individual Differences, 34*(8), 1453-1465.
- Worling, J. R., et Curwen, T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism : Success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child abuse & neglect, 24*(7), 965-982.
- Worling, J. R., et Langström, N. (2006). Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually. *The juvenile sex offender*. dans H. E. Barbaree, William L. et Marshall, The Juvenile Sex Offender, New York, NY: The Guilford Press:219-247.