

Université de Montréal

# **Les facteurs associés à l'alliance thérapeutique avec les adolescents auteurs d'agressions sexuelles**

Par

Audrey Kirouac-Ouimet

École de criminologie

Département de criminologie, Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et Sciences

En vue de l'obtention du grade M.Sc. en criminologie

Novembre, 2016

© Audrey Kirouac-Ouimet, 2016

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Les facteurs associés à l'alliance thérapeutique avec les adolescents auteurs d'agressions  
sexuelles

Présenté par  
Audrey Kirouac-ouimet

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Stéphane Guay, président du jury  
Isabelle Daignault, membre du jury  
Denis Lafortune, directeur de recherche  
Jean Proulx, directeur de recherche

## Résumé

La littérature scientifique s'intéressant aux adolescents agresseurs sexuels démontre qu'il s'agit d'une population particulièrement résistante au changement (Rich, 2003), d'un sous-groupe particulier qui se distingue sur plusieurs points de la population délinquante juvénile en général (Tardif et coll., 2012; Veneziano et Veneziano, 2002; Andrade, Vincent et Saleh, 2005). En effet, plusieurs adolescents agresseurs sexuels présentent des déficits en lien avec les habiletés sociales et les relations interpersonnelles, (Tardif et coll., 2012; Carpentier, 2008; Becker, 1993; Hunter et Figueredo, 2000; Veneziano et Veneziano, 2002). Sachant que l'alliance thérapeutique / de travail est un élément clé dans l'implication du patient en traitement et que sa réussite est associée à une diminution des risques de récurrence (Brannon et Troyer, 1991; Rubinstein, Yeager, Goodstein et Lewis, 1993); il est important de bien identifier les facteurs qui favorisent ou compromettent l'établissement d'une alliance de travail auprès de cette clientèle. La présente recherche permet de mettre en lumière l'influence qu'exercent les caractéristiques personnelles, environnementales et sociales de ces jeunes sur l'établissement d'une alliance de travail en contexte d'autorité.

L'échantillon à l'étude est constitué 76 adolescents ayant commis des infractions à caractère sexuel qui ont été suivis dans différents centres de traitement spécialisés en délinquance sexuelle, situés un peu partout au Québec. Nos analyses statistiques (corrélations et régressions) ont révélé plusieurs relations significatives entre les caractéristiques individuelles et environnementales de ces jeunes et de la perception qu'ils ont de l'alliance qui se crée avec leur thérapeute. En effet, les facteurs liés aux symptômes de stress post-traumatique, aux habiletés sociales ainsi qu'aux stratégies d'adaptation face au stress sont peu ou pas associés au développement de cette alliance de travail tandis que les facteurs faisant référence au niveau de motivation du jeune face au changement, à l'environnement familial, aux relations interpersonnelles ainsi qu'au soutien social y sont plus positivement associés. Ainsi, les résultats de la présente étude soulignent l'importance de ces variables dans l'établissement de la relation thérapeutique en cours de traitement. Cependant, mentionnons que les conclusions de cette étude ne permettent pas d'établir des relations de cause à effet entre les différentes variables, mais indiquent plutôt des pistes intéressantes quant aux facteurs à considérer lorsqu'il est question de bâtir une alliance thérapeutique lors d'un processus de changement avec les adolescents agresseurs sexuels.

### Mots-clés :

Adolescents agresseurs sexuels, traitement, alliance thérapeutique

## **Abstract**

The scientific literature concerned with juvenile sex offenders shows that this is a particularly resistant population to change (Rich, 2003). They are forming a particular subgroup that differs in several aspects from the juvenile offender population in general (Tardif et al., 2012; Veneziano and Veneziano, 2002; Andrade, Vincent and Saleh, 2005). Indeed, juvenile sex offenders have several deficits in social skills and interpersonal relationships, (Tardif et al., 2012; Carpentier, 2008; Becker, 1993; Hunter and Figueredo, 2000; Veneziano and Veneziano, 2002). Knowing that the therapeutic alliance is a key element in patient involvement in treatment and that its success is associated with a decreased risk of recidivism (Brannon and Troyer, 1991; Rubinstein, Yeager, Goodstein and Lewis, 1993); it is important to identify factors that promote or undermine the establishment of a therapeutic alliance with this specific population. This research helps to highlight the influence of personal, environmental and social characteristics of the young on the establishment of a therapeutic alliance in context of authority.

This sample counted 76 teenagers who have committed sexual offenses which have been followed in different specialized treatment centers for sexual offenders located throughout the province of Quebec. The statistical analyses (correlation and regression) revealed several significant relationships between the adolescent's individual and environmental characteristics and the therapeutic alliance. Indeed, factors related to post-traumatic stress symptoms, social skills and stress-coping strategies are associated with little or no development of the therapeutic alliance. On the other hand, factors referring to motivation level to change, the family environment, interpersonal as well as social support are more positively associated with. Thus, therapists working with adolescents molesters should consider the level of motivation and the characteristics of the family environment of these adolescents because they seem related to the construction of the therapeutic alliance during the therapy. However, it is important to note that the findings of this study does not establish causal relationships between variables in study, but still indicate some interesting tracks on the factors to consider when it comes to building a therapeutic alliance during a change process with adolescents sex offenders.

### **Keywords:**

Adolescent sex offenders, treatment, therapeutic alliance

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé</b> .....	iii
<b>Abstract</b> .....	iv
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	v
<b>Liste des abréviations</b> .....	vii
<b>Liste des tableaux et graphique</b> .....	viii
<b>Remerciements</b> .....	ix
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	7
<b>1.1. Concept d’alliance thérapeutique</b> .....	8
<b>1.2 Les facteurs liés à l’alliance thérapeutique auprès de la clientèle adulte</b> .....	11
1.2.1 Les caractéristiques du thérapeute .....	11
1.2.2 Caractéristiques des patients .....	13
1.2.3 Le contexte d’autorité .....	14
<b>1.3 Les facteurs liés à l’alliance thérapeutique auprès d’une clientèle adolescente</b> .....	16
1.3.1 Particularités des adolescents .....	17
1.3.2 Stade de motivation au changement .....	19
1.3.3 Caractéristiques du thérapeute .....	20
1.3.4 Soutien social du jeune .....	21
1.3.5 Alliance thérapeutique avec adolescents judiciairisés et/ou délinquants .....	22
1.3.6 Particularité des adolescents agresseurs sexuels .....	24
1.3.7 Modèle systémique de l’alliance thérapeutique avec les adolescents .....	28
<b>1.4 Synthèse des connaissances</b> .....	31
<b>1.5 Objectifs de la recherche</b> .....	33
<b>CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE</b> .....	35
<b>2.1 Participants</b> .....	36
<b>2.2 Opérationnalisation des variables</b> .....	39
2.2.1 Variable dépendante .....	39
2.2.2 Variables indépendantes .....	45
<i>Caractéristiques personnelles prétraitement</i> .....	45
<i>Caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement</i> .....	49
<b>2.3 Analyses statistiques</b> .....	51

<b>CHAPITRE 3 : RÉSULTATS</b> .....	53
<b>3.1 Analyses statistiques bivariées</b> .....	54
<b>3.2 Analyses statistiques multivariées</b> .....	61
3.2.1 Modèle de régression linéaire multiple hiérarchique.....	61
Caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement .....	62
<b>CHAPITRE 4 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS</b> .....	69
<b>4.1 Résultats d’analyses descriptives</b> .....	70
<b>4.2 Résultats d’analyses multivariées</b> .....	77
<i>Facteurs prédicteurs de l’AT</i> .....	77
<i>Analyse du modèle systémique de l’alliance thérapeutique avec les adolescents</i> .....	78
<b>4.3. Retombées cliniques</b> .....	83
<b>4.4. Limites et forces de l’étude</b> .....	84
<i>Limites</i> .....	84
<i>Forces</i> .....	85
<b>4.5. Pistes de recherches futures</b> .....	85
<b>CONCLUSION</b> .....	87
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	92
<b>ANNEXE</b> .....	99

## **Liste des abréviations**

**AAS** : Adolescents agresseurs sexuels

**AT** : Alliance thérapeutique

**CALPAS-P** : California Psychotherapy Alliance Scale – Patient Version

**CISS** : Coping Inventory for Stressfull Situations / Échelle sur les stratégies d'adaptation face au stress

**JESNESS** : Inventaire de personnalité Jesness

**KIRBKY** : Questionnaire sur les rendez-vous romantiques

**MESSY** : Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters / Échelle d'habiletés sociales

**MOOS** : Échelle d'environnement familial

**SPPA** : Échelle de perception de soi

**SSQ** : Questionnaire sur le support social

**TSCC** : Trauma Symptom Cheklist for Children / Échelle de détresse post-traumatique

**URICA** : University of Rhole Island Assessment / Échelle sur les stades de motivations au changement

## Liste des tableaux et graphique

Figure 1 : Modèle systémique de l'alliance thérapeutique avec les adolescents.....	30
Figure 2 : Modèle conceptuel du CALPAS-P de Safran et Muran.....	41
Tableau I : Tableau de corrélations.....	54
Tableau II : Modèle de régression linéaire simple.....	62
Tableau III : Modèle de régression linéaire hiérarchique.....	63
Tableau IV : Modèle de régression linéaire simple.....	64
Tableau V : Modèle de régression linéaire hiérarchique.....	65
Tableau VI : Modèle de régression linéaire simple.....	65
Tableau VII : Modèle de régression linéaire hiérarchique.....	66
Tableau VIII : Modèle de régression linéaire simple .....	67
Tableau IX : Modèle de régression linéaire hiérarchique.....	68
Tableau X : Comparaison des scores obtenus au MESSY.....	71
Tableau XI : Comparaison des scores obtenus au CISS.....	72
Tableau XII : Comparaison des scores obtenus au KIRBY.....	74
Tableau XIII : Comparaison des scores obtenus au TSCC.....	74
Tableau XIV : Comparaison des scores obtenus au JESNESS.....	75
Tableau XV : Statistiques descriptives – CALPAS-P.....	100
Tableau XVI : Statistiques descriptives – SPPA .....	101
Tableau XVII : Statistiques descriptives – MESSY .....	101
Tableau XVIII : Statistiques descriptives – GUDJONSSON .....	101
Tableau XIX : Statistiques descriptives – CISS .....	101
Tableau XX : Statistiques descriptives – KIRBY .....	102
Tableau XXI : Statistiques descriptives – TSCC .....	102
Tableau XXII : Statistiques descriptives – JESNESS .....	102
Tableau XXIII : Statistiques descriptives – URICA .....	103
Tableau XXIV : Statistiques descriptives – SSQ .....	103
Tableau XXV : Statistiques descriptives – MOOS .....	103



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur, Monsieur Jean Proulx, pour sa présence ainsi que son support tout au long de ma rédaction. Malgré les nombreuses fois où je trouvais ce processus trop long et trop demandant, Jean a su m'encourager et me dire les bons mots pour me permettre de continuer et d'avancer. Ce projet est, de loin, une de mes plus grandes réussites personnelles, car en plus de m'avoir permis à développer mon sens de l'analyse et de l'esprit critique j'ai pu approfondir mes connaissances sur un sujet qui me passionne.

Un merci particulier à Sébastien Brouillette-Alarie, sans qui ce projet n'aurait jamais abouti. Merci de m'avoir aidé avec ma base de données, avec mes manipulations statistiques, mais surtout merci d'avoir pris le temps de démystifier les complexités du fameux logiciel SPSS.

Un merci très spécial à une amie, Mira Carignan, que j'ai eu la chance de rencontrer durant les cours théoriques du deuxième cycle et avec qui nous nous sommes encouragées mutuellement tout au long de nos études à la maîtrise. Mira, tu as été pour moi une source d'inspiration et de motivation. Merci de ta présence et de ton enthousiasme constants; même dans l'adversité.

Un merci infini à mes parents, Doris et Mario, qui n'ont jamais cessé de croire en moi et en mes capacités, la fierté dans vos yeux est probablement ma plus grande source de gratification. Merci à ma famille ainsi que mes ami(e)s pour leurs encouragements et commentaires tout au long de ma recherche.



## **INTRODUCTION**

Les traitements pour personnes judiciairisées visent plusieurs objectifs. L'un des principaux est de diminuer la présence des comportements problématiques pour, éventuellement, réduire les risques de récidive (Cortoni et Lafortune, 2009). Cet objectif d'intervention, par contre, se concentre uniquement sur les lacunes du délinquant et sur ses comportements socialement inadaptés.

En effet, bon nombre de traitements correctionnels ont été jugés réducteurs envers le criminel, car ils considèrent ce dernier comme étant un ensemble de déficits à combler et non comme une personne à part entière (Cortoni et Lafortune, 2009). En fait, les traitements les plus efficaces avec les criminels seraient ceux qui sont davantage centrés sur l'acquisition d'habiletés visant à résoudre les problèmes ainsi que sur le développement de compétences prosociales dans le but d'atteindre un mode de vie sain et éloigné de la délinquance (McGuire, 2004; Ward et Maruna, 2007).

Selon le modèle d'Andrews et Bonta (2006), trois principes-clés sont à prendre en considération lorsqu'il est question de modifier un comportement criminel. Il s'agit des principes du risque, des besoins et de la réceptivité. Ces trois principes sont dorénavant considérés comme étant des éléments nécessaires à l'efficacité d'un traitement correctionnel auprès des personnes judiciairisées.

Le premier principe énoncé est celui du risque. Il fait référence au fait que, pour être efficace, l'intensité du traitement reçu par un délinquant doit être proportionnelle au niveau de risque de récidive. En d'autres mots, plus un délinquant présente des risques de récidive, plus il aura besoin d'interventions. L'inverse s'applique aussi (Andrews et coll., 1990; Andrews et Bonta; 2006). Pour que l'intensité du suivi corresponde bien au niveau de risque du patient, il est essentiel de comprendre les facteurs spécifiques associés aux

comportements délinquants de l'individu, souvent appelés facteurs de risque. Ceux-ci sont divisés en deux catégories; les facteurs statiques et dynamiques (Andrews et coll., 1990; Andrews et Bonta, 2006). Les facteurs statiques englobent les éléments de vie du délinquant qui ne sont pas modifiables par le biais d'interventions thérapeutiques, comme l'âge du délinquant ou ses antécédents criminels. Les facteurs dynamiques, quant à eux, englobent les caractéristiques du délinquant qui sont modifiables par le biais d'interventions, comme les traits de personnalité antisociale, la fréquentation de pairs déviants, une faible gestion de la colère, etc. (Andrews et Bonta, 2006).

Le deuxième principe du modèle d'Andrews et Bonta est celui des besoins. Il stipule que l'intervenant doit prioriser les éléments directement liés aux comportements problématiques et qui sont modifiables par le biais d'interventions correctionnelles et thérapeutiques. Ces besoins sont communément appelés facteurs (besoins) criminogènes. Lorsqu'ils sont ciblés adéquatement, une amélioration notable du comportement s'ensuit ainsi qu'une diminution des risques de récidive (Andrews et Bonta, 2006). Les interventions doivent donc être personnalisées et adaptées aux différents besoins criminogènes du délinquant. Les attitudes antisociales, des déficits au niveau de la gestion des émotions et de la colère, des modes de vie instables, des relations interpersonnelles conflictuelles ainsi que des abus de substances sont des exemples de facteurs criminogènes assez fréquents auprès de la clientèle délinquante (Andrews et Bonta, 2006; McGuire, 2006).

Le dernier principe du modèle d'Andrews et Bonta est celui de la réceptivité et il s'applique aux modalités du traitement correctionnel. Celui-ci stipule que les caractéristiques individuelles du patient ainsi que sa capacité à collaborer et s'investir doivent être prises

en considération lorsque vient le temps d'établir les modalités du traitement (Andrews et Bonta, 2006). En effet, les traits de personnalité, les capacités cognitives, l'anxiété, l'estime de soi sont tous des caractéristiques individuelles qui peuvent grandement influencer le cours d'un traitement, tout autant que l'âge, le sexe et l'origine (Andrews et Bonta, 2006). Le niveau de motivation des délinquants face au traitement est un des aspects de la réceptivité les plus influents. Cette motivation devrait être encouragée et renforcée dès le début de l'intervention correctionnelle (Andrews et Bonta, 2006). Cependant, le volet de la réceptivité est le moins étudié du modèle d'Andrews et Bonta, comparativement à ceux des risques et des besoins.

En effet, la réceptivité est un aspect très important pour le succès d'une intervention (Andrews et Bonta, 2006). Plusieurs facteurs viendront influencer le niveau de réceptivité d'un délinquant. Tout d'abord, plusieurs caractéristiques propres à l'individu lui-même peuvent avoir un impact à ce niveau. Comme mentionné précédemment, le niveau de motivation du patient est un facteur important (Andrews et Bonta, 2006; Marmar, Gaston, Weiss, 1989), mais les traits de personnalité aussi ont un impact sur la réceptivité. Les patients soumis et introvertis seraient plus réceptifs aux interventions que ceux qui sont de nature plus agressive et contrôlante (Ross, Polaschek et Ward, 2008; Orsi, Lafortune et Brochu, 2010). Le faible niveau d'éducation du patient, ainsi que la présence de déficits cognitifs, pourraient aussi être des facteurs nuisibles à la réceptivité (Horvarth et Luborsky (1993). Outre les caractéristiques du patient, celles des intervenants aussi sont importantes. Les thérapeutes qui se montrent authentiques, empathiques et chaleureux à l'endroit de leurs patients favoriseraient la collaboration de ces derniers (Dunckle et Friedlander, 1996; Rogers, 1957; Marshall, Fernandez, Serran, Mulloy, Thornton, Mann et Anderson, 2001).

Un autre facteur déterminant lié à la réceptivité du patient ainsi qu'à la réussite d'un traitement, se doit d'être considéré et il s'agit de l'alliance thérapeutique<sup>1</sup> entre un patient et son thérapeute. Il s'agit d'un concept très important qui est malheureusement un des moins étudiés dans les relations thérapeutiques. De plus, la plupart des recherches qui se sont intéressées à ce concept, l'ont étudié auprès d'une clientèle adulte. Très peu se sont penchées sur l'établissement et la qualité de l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle adolescente. Ce projet de mémoire se penchera donc sur ce sujet en particulier auprès d'un groupe d'adolescents délinquants spécifique; soit les adolescents agresseurs sexuels.

Dans un premier temps, l'état des connaissances au sujet de l'alliance thérapeutique sera exposé, dans le but de mieux définir ce concept. Pour ce faire, les facteurs individuels et environnementaux seront précisés, ainsi que les différentes modalités d'interventions qui influencent sa qualité. Ces facteurs en question seront ensuite comparés entre la clientèle adulte et adolescente, afin de voir quelles sont les différences entre ces deux populations. Dans un deuxième temps, le volet recherche de ce projet de mémoire portera spécifiquement sur l'alliance thérapeutique avec les adolescents, et plus particulièrement auprès de ceux ayant commis des infractions à caractère sexuel. De plus en plus de recherches s'intéressent à cette clientèle, mais les connaissances sont encore assez limitées au sujet des adolescents agresseurs sexuels. Cette étude se concentre sur cette clientèle spécifique, car elle se démarque sur plusieurs points des adolescents délinquants en

---

<sup>1</sup> Le concept d'*alliance thérapeutique* a été retenu aux fins de cette étude pour plusieurs raisons. Il est vrai qu'en criminologie le terme *alliance de travail* semble souvent plus approprié. En effet, tout suivi et/ou traitement, individuel et/ou groupe n'est pas forcément défini comme une «thérapie» et le professionnel qui s'en charge n'est pas forcément un «thérapeute». Cependant, comme la présente recension des écrits s'est inspirée des travaux de Bordin et que l'échelle d'évaluation *CALPAS-P* sera utilisée, il a semblé plus juste de retenir le concept d'alliance thérapeutique. De plus, il s'agit aussi de l'appellation de départ dans les premières recherches scientifiques s'étant penchées sur ce concept.

général. Reste donc à savoir si leurs particularités influencent différemment l'établissement d'une alliance thérapeutique. Finalement, une attention sera portée au modèle d'intervention systémique, lorsqu'appliqué avec cette clientèle spécifique. Plusieurs des facteurs reconnus pour avoir une influence sur l'établissement de l'AT sont attribuables à des dimensions de ce modèle d'intervention. Ainsi, les interventions prescrites selon cette approche offrent des avenues intéressantes en termes d'intervention systémique auprès des adolescents agresseurs sexuels.



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

Ce chapitre a pour but de situer le lecteur quant aux éléments importants reliés au concept de l'alliance thérapeutique. Il est divisé en trois sections. La première pose un certain nombre de définitions, puisque le concept a d'abord été développé auprès des adultes. La deuxième présente les travaux qui traitent de l'alliance thérapeutique avec cette clientèle. La troisième section concerne plus spécifiquement les adolescents. Ces deux clientèles ont été comparées, afin d'illustrer la mesure selon laquelle l'établissement d'une alliance thérapeutique diffère avec les adolescents qu'avec la clientèle adulte.

### **1.1. Concept d'alliance thérapeutique**

La relation thérapeutique est un type particulier d'interaction sociale entre un patient et son thérapeute. Que cette relation s'établisse dans un contexte de contrainte ou dans un contexte plus volontaire, chacun des deux acteurs réagit à l'autre en fonction de ses caractéristiques et comportements. Les perceptions et sentiments que va développer l'un face à l'autre influencent l'établissement d'une relation que l'on appelle « *alliance thérapeutique* » (AT ci-après) (Bioy et Bachelart, 2010; Ross, Polaschek et Ward, 2008; Bordin, 1979). Cette notion d'AT tire principalement son origine de la psychothérapie et de la psychanalyse. L'AT est aujourd'hui reconnue comme étant un élément central dans la qualité des relations thérapeutiques, ainsi que dans le processus de changement (Kozar et Day, 2012; Bordin, 1979). Freud fut l'un des premiers auteurs à aborder la collaboration comme étant un facteur indispensable au processus thérapeutique (Bioy et Bachelart, 2010). Par la suite, plusieurs auteurs (Bordin, 1979; Marmar et coll., 1989; Marmar et Gaston, 1988; Ackerman et Hilsenroth, 2002; Dunckle et Friedlander, 1996; Elvins et Green, 2007; Kozar et Day, 2012; Ross, Polaschek et Ward, 2008; Summer et Barber, 2003; ) se sont intéressés

aux composantes de l'AT entre le patient et son thérapeute. Cette alliance serait composée d'aspects cognitifs et affectifs reflétant l'envie du patient de s'investir dans un traitement et sa capacité à faire confiance à son thérapeute (Brillon, 2011; Bordin, 1979). La plupart des définitions s'accordent sur le fait que l'AT est une notion multidimensionnelle impliquant : collaboration, mutualité et négociation (Bioy et Bachelart, 2010; Bordin, 1979). Les études empiriques démontrent que l'AT est positivement reliée au changement et ce peu importe les modalités de la thérapie (Gaston, 1991; Bordin, 1979). La qualité de la relation thérapeute-patient expliquerait environ 25% de la variance de l'efficacité d'un traitement (Marshall, Fernandez, Serran, Mulloy, Thornton, Mann et Anderson, 2001). De plus, la plupart des méta-analyses au sujet des liens entre l'AT et les résultats d'un traitement concluent à des corrélations autour de .22 (Marshall et coll., 2001) à .26 (Summer et Barber, 2003). De ce fait, la plupart des cliniciens et chercheurs semblent s'accorder pour dire que la qualité de l'AT est un facteur clé dans le succès d'une thérapie (Elvins et Green, 2007; Bordin, 1979). Selon plusieurs auteurs (Gaston, 1990; Bioy et Bachelart, 2010), une bonne AT en tout début de traitement peut augmenter l'engagement du patient dans la thérapie, créant ainsi une base solide pour la suite du suivi. L'AT serait un des meilleurs facteurs pour prédire l'issue d'une thérapie, car son établissement précoce en début de traitement favoriserait les gains thérapeutiques (Gaston et coll., 1991; Bioy et Bachelart 2010; Bordin, 1979), mais il ne s'agit évidemment pas du seul facteur à considérer.

Un des modèles conceptuels de l'AT le plus souvent cité est celui élaboré par Bordin (1979). Pour ce dernier, une bonne AT est un prérequis au changement, peu importe la modalité du traitement. Bordin a conceptualisé l'AT de façon à ce que son modèle soit

généralisable et applicable aux différents types de traitements. Selon son modèle, l'AT est composée de trois dimensions interdépendantes; les tâches, les buts et le lien. La présence de ces trois dimensions serait invariable, peu importe la forme de thérapie (Bordin, 1979; Ross, Polaschek et Ward, 2008). Les tâches font référence aux activités et engagements spécifiques dans lesquels le patient doit s'impliquer afin de profiter du traitement. Les buts de la thérapie permettent ensuite de diriger les interventions au cours du suivi. Enfin, le lien est la qualité affective de la relation entre le patient et son thérapeute et fait référence à la manière dont le patient se sent auprès de celui-ci (Bordin, 1979; Bioy et Bachelart, 2010). La force de l'alliance dépend du niveau d'accord entre le patient et le thérapeute à propos de chacune des trois dimensions qui s'influencent mutuellement tout au long de la thérapie. Cet aspect du modèle de Bordin met l'accent sur la nature complexe, multidimensionnelle et variable de l'AT (Bioy et Bachelart, 2010). L'idée que l'AT entre un patient et son thérapeute soit négociée illustre le fait que la notion de l'alliance n'est pas une variable statique. Au contraire, elle se modifie et s'adapte au fur et à mesure que la relation thérapeutique évolue (Safran et Muran 2006, Orsi et coll., 2010). L'AT ne se décide pas, elle est le résultat du travail dynamique entre un thérapeute et son patient (Bioy et Bachelart, 2010).

La recension des écrits scientifiques permet de dénombrer au-dessus d'une cinquantaine d'outils d'évaluation de l'AT utilisés par les chercheurs. Parmi ces outils, figure le *California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS)* (Marmar et coll., 1986), outil qui sera retenu dans le cadre de cette recherche. Le *CALPAS* a été élaboré en 1986 par Marmar et ses collègues. Il s'agit probablement de l'outil d'évaluation de l'AT le plus utilisé par les chercheurs, car il semble être le plus complet. En effet, il s'inspire de plusieurs approches

et utilise une définition de l'AT provenant de plusieurs perspectives (Gaston 1991). Cet outil comprend quatre sous-échelles afin d'évaluer l'AT. La première évalue la capacité et le niveau d'engagement du patient dans la thérapie. La deuxième évalue les capacités de travail du patient. Ensuite, la troisième sous-échelle fait référence à la perception du patient quant à l'implication du thérapeute dans la thérapie. Finalement, la quatrième et dernière sous-échelle concerne le consensus de travail par rapport aux buts et aux tâches de la thérapie, c'est-à-dire l'accord entre les deux parties sur la stratégie de travail (Gaston, 1991; Summer et Barber, 2003). Le score total de cet outil s'avère être une moyenne des scores obtenus aux quatre sous-échelles et donne ainsi un aperçu de la perception du patient par rapport à la qualité de l'AT.

## **1.2 Les facteurs liés à l'alliance thérapeutique auprès de la clientèle adulte**

### **1.2.1 Les caractéristiques du thérapeute**

Plusieurs caractéristiques propres aux thérapeutes sont susceptibles d'influencer l'établissement de l'AT avec la clientèle adulte et de favoriser un désir de changement chez le patient. Parmi ces caractéristiques, trois qualités sont particulièrement essentielles. Il s'agit de l'empathie, de l'authenticité, ainsi que le fait d'être chaleureux (Dunckle et Friedlander, 1996; Rogers, 1957; Bordin, 1979). Ces trois variables ont largement été étudiées et sont maintenant reconnues comme étant nécessaires à l'établissement d'une AT, peu importe le type de thérapie (Marshall et coll., 2001). Ainsi, un thérapeute qui se montre empathique, flexible, digne de confiance et intéressé augmente alors ses chances d'établir une AT de qualité avec son patient (Dunckle et Friedlander, 1996; Ackerman et

Hilsenroth, 2002). Inversement, un thérapeute qui se montre plus rigide, plus critique et moins à l'aise avec une certaine proximité ne favorisera pas l'établissement d'une bonne AT (Orsi et coll., 2010). Les thérapeutes ayant plusieurs années de pratique semblent présenter de meilleures compétences techniques afin de développer une AT solide et seraient plus habiles dans le fait de négocier les buts et tâches du traitement (Dunckle et Friedlander, 1996; Ackerman et Hilsenroth, 2002).

Ackerman et Hilsenroth (2002) ont réalisé une recension des écrits concernant les attributs personnels des thérapeutes et les techniques utilisées ayant un impact sur la création d'une AT avec la clientèle adulte. Tout d'abord, la capacité du professionnel à instaurer un climat propice aux confidences est essentielle au succès d'une thérapie ainsi qu'au développement d'une AT (Ackerman et Hilsenroth, 2002). Une fois que l'alliance est minimalement développée, plusieurs facteurs favorisent son maintien tout au long de la thérapie. Un thérapeute étant habileté à bien comprendre et relater l'expérience du patient, de manière juste et précise, favorisera la construction et le maintien d'une bonne alliance de travail (Ackerman et Hilsenroth, 2002). Certaines techniques utilisées par les thérapeutes sembleraient avoir plus d'impacts que d'autres sur la formation de l'AT. Des activités thérapeutiques plus flexibles, moins confrontantes et misant sur la collaboration permettraient de créer une meilleure alliance. Il est important pour un patient de ne pas se sentir jugé par son thérapeute et d'avoir l'impression que ce dernier comprend et respecte ses croyances et valeurs (Ackerman et Hilsenroth, 2002; Marshall et coll., 2001). Des techniques d'écoute active, de soutien, axées sur l'introspection du patient et facilitant l'expression des affects et des émotions sont propices au développement d'une bonne AT (Ackerman et Hilsenroth, 2002). Un thérapeute qui réussit à susciter l'intérêt de son patient

à s'engager dans la thérapie et qui le convainc minimalement de l'utilité du processus accroît considérablement les chances de créer une alliance tôt dans le processus thérapeutique (Ackerman et Hilsenroth, 2002; Marshall et coll., 2001).

Ainsi, plusieurs facteurs propres au thérapeute lui-même sont susceptibles d'exercer une influence sur le développement d'une AT. Il est donc important pour un thérapeute d'être conscient que ses comportements, ses actions ainsi que ses caractéristiques personnelles auront une influence sur la création ainsi que sur le maintien de l'AT (Marshall et coll., 2001; Ackerman et Hilsenroth, 2002; Dunckle et Friedlander, 1996).

### 1.2.2 Caractéristiques des patients

Évidemment, chaque patient est différent. Ceux-ci se présentent en thérapie avec leur personnalité distincte, leurs expériences personnelles, leurs buts et leurs attentes. Les patients qui amorcent une thérapie avec un niveau de motivation plus élevé auraient plus de facilité à s'engager dans les tâches du traitement. Ces patients ont, par ailleurs, des attitudes plus positives face aux gains thérapeutiques et toléreraient mieux le fait d'aborder des thèmes conflictuels (Marmar et coll., 1989). La qualité des relations interpersonnelles d'un patient ainsi que son niveau de soutien social (Leibert, Smith et Agaskar, 2011), en dehors de la thérapie, sont aussi des facteurs à considérer par rapport à l'AT. En fait, cela fait en sorte que le patient est capable de s'engager plus rapidement dans une relation thérapeutique empreinte de confiance et de collaboration (Marmar et coll., 1989). Les patients qui sont de nature plus soumise et isolée auraient tendance à former des alliances plus positives que ceux étant plus hostiles, agressifs et contrôlants (Ross et coll., 2008). Le

fait qu'un patient présente un fonctionnement interpersonnel généralement positif en dehors de la thérapie favorise l'établissement d'une bonne AT (Marmar et coll., 1989). De plus, le niveau d'éducation du patient serait relié à une meilleure compréhension des tâches et des engagements, ainsi que des enjeux de la thérapie. Horvarth et ses collègues (1993) ont aussi observé que les patients et thérapeutes ayant des caractéristiques sociodémographiques similaires avaient tendance à développer des alliances de travail plus positives. Ces derniers ont aussi démontré que les événements stressants que peut subir le patient influencent négativement les capacités de ce dernier à travailler et à s'engager pleinement dans la thérapie. Il est nécessaire que le patient ait l'impression que son thérapeute soit engagé, honnête et confiant face à ses capacités de changement (Ackerman et Hilsenroth, 2003). Plusieurs autres facteurs par rapport au patient ainsi qu'à son environnement sont importants dans la construction d'une AT. Son état psychologique, son niveau d'estime de soi, ses relations interpersonnelles ainsi que ses capacités de travail dans le cadre de la thérapie sont à prendre en considération.

### 1.2.3 Le contexte d'autorité

L'établissement de l'AT en contexte d'autorité est influencé par plusieurs autres facteurs spécifiques (Orsi et coll., 2010). Bien que l'AT soit un élément important de la thérapie et du processus de changement, ce lien semble plus difficile à atteindre avec les clientèles délinquantes. Les paramètres des traitements en milieu correctionnel sont très différents des thérapies conventionnelles dans un cadre volontaire (Kozar et Day, 2012). En effet, les buts d'un traitement mandaté par la justice ne sont pas déterminés avec le délinquant lui-



même, mais plutôt décidés dans le but d'assurer et d'améliorer la sécurité de la communauté (Marshall et coll., 2001, Kozar et Day, 2012). Dans ce contexte, le délinquant doit souvent faire face à une double pression; la pression formelle provenant de la cour de justice et la pression informelle provenant de l'institution judiciaire qui lui offre le traitement. Cette pression est souvent transmise par son intervenant qui l'incite à s'engager dans ses programmes (Orsi et coll., 2010). S'ensuit alors une confusion des rôles, car la thérapie prend place dans un cadre législatif où la confidentialité se trouve à être limitée. Le thérapeute doit ainsi rédiger des rapports et rendre des comptes par rapport à l'implication et au progrès du délinquant en traitement. La confidentialité ne peut donc être entièrement assurée dans un tel contexte, ce qui diminue souvent le sentiment de confiance du participant et la qualité de l'AT, du même coup (Ross et coll., 2008).

Selon Ross et ses collègues (2008), le concept d'AT lui-même prend un tout autre sens en contexte d'autorité. Les intervenants et professionnels travaillant en milieux correctionnels doivent adapter leurs techniques aux besoins et attentes de l'institution ainsi qu'aux caractéristiques particulières des patients judiciairisés (pauvre éducation, limitation intellectuelle, personnalité difficile, etc.). Les histoires développementales de ces patients sont souvent perturbées et leurs expériences institutionnelles affectent leurs attentes ainsi que leur motivation face au changement (Ross et coll., 2008). Les thérapeutes qui travaillent avec la clientèle correctionnelle risquent de faire face à des patients irritables, anxieux, hostiles, ayant des problèmes de comportements ainsi que des troubles de personnalité. Cela risque d'influencer négativement le thérapeute et l'alliance simultanément (Ross et coll., 2008 ; Orsi et coll., 2010). Il arrive couramment que ce type de clientèle ait de la difficulté à développer un lien de confiance auprès de leur intervenant.

En effet, cette clientèle aurait souvent été victime d'expériences traumatiques par le passé, les amenant à développer un style d'attachement évitant et/ou dépendant. Ce qui pourrait expliquer leur difficulté à faire confiance aux thérapeutes (Ross et coll., 2008).

Toutefois, il semble que les thérapies de groupe soient une modalité de traitement avantageuse auprès de la clientèle correctionnelle adulte (Ross et coll., 2008 ; Orsi et coll., 2010). La présence des membres du groupe ferait en sorte que chaque patient devient un agent de changement pour l'autre. La cohésion et un bon climat de groupe encourageraient l'établissement de l'AT, non seulement avec le thérapeute, mais aussi avec les autres membres du groupe, favorisant ainsi l'apparition d'un désir de changement (Orsi et coll., 2010).

Comme mentionné précédemment, l'AT est un concept ayant, plus souvent qu'autrement, été étudié auprès d'une clientèle adulte. De ce fait, la plupart des outils visant à mesurer cette AT ont été élaborés et validés auprès de cette population. Pourtant, plusieurs chercheurs déplorent le fait que ce concept ait été trop peu étudié auprès d'une plus jeune clientèle. En conséquence, il n'existe pas suffisamment d'outils validés et adaptés spécifiquement à l'évaluation de l'AT avec les adolescents (Orsi et coll., 2010; Tourigny et coll., 2012).

### **1.3 Les facteurs liés à l'alliance thérapeutique auprès d'une clientèle adolescente**

En effet, bien que la littérature scientifique abonde par rapport à l'AT avec les adultes, les chercheurs déplorent le manque de travaux à ce sujet auprès des adolescents (Digiuseppe

et coll., 1996). Lorsque comparé à la population adulte, l'établissement de l'AT avec les adolescents diffère sur plusieurs points (Bhola et Kapur, 2013). En fait, la plupart des écrits scientifiques s'accordent sur le fait que l'AT ne se construit pas de la même façon avec les adultes qu'avec les adolescents. L'établissement de cette alliance serait une tâche beaucoup plus difficile avec la jeune clientèle (Orsi et coll., 2010). La formation et le maintien de cette AT seraient, d'ailleurs, des éléments beaucoup plus centraux au succès d'un traitement avec la clientèle adolescente (Bhola et Kapur, 2013).

### 1.3.1 Particularités des adolescents

Comme Piaget le décrit (1964, 1970), de même qu'Erikson (1959, 1968, 1982), l'adolescence est une période de changements rapides au niveau cognitif et affectif, avec l'arrivée de la puberté. Cette période affecte les comportements ainsi que le fonctionnement psychologique et émotionnel de l'adolescent. Surviennent aussi des changements biologiques qui créent de nombreuses modifications sur le plan physique, sexuel et hormonal (Steinberg, Bornstein, Vandell et Rook, 2011). Comme les adolescents sont en plein processus de maturation, leur niveau cognitif et leur niveau de compréhension ne sont pas au même stade que celui des adultes. Tous ces changements amènent des défis additionnels au niveau de l'impulsivité, de la régulation des émotions et de l'introspection auprès de cette clientèle. En effet, ils n'ont pas encore bien assimilé tous les changements chimiques, biologiques et hormonaux que leur corps et cerveau subissent (Steinberg et coll., 2011).

C'est, entre autres, pour ces raisons que le modèle tridimensionnel de l'AT de Bordin (conceptualisé auprès de la clientèle adulte) ne semble pas tout à fait adapté à la clientèle adolescente (Zack et coll., 2007). Les jeunes ont souvent plus de difficultés à bien cerner leurs problèmes et les causes de ceux-ci, comparés aux adultes (Digiuseppe et coll., 1996). Les trois composantes du modèle tridimensionnel de Bordin (relation, but et tâches) sont plus difficilement identifiables et atteignables avec les jeunes qu'avec les adultes. La dimension faisant référence aux buts de la thérapie est souvent la plus difficile à établir avec les adolescents. Il semble moins évident d'obtenir un consensus avec ces derniers sur les buts d'une thérapie, étant donné leur difficulté à identifier et reconnaître leurs problèmes (Orsi et coll., 2010). Considérant que les jeunes ont des compétences cognitives moins développées (spécifiquement la capacité d'abstraction et le raisonnement hypothético-déductif) que celles des adultes, il est plus difficile pour eux de bien comprendre les buts de la thérapie sur le long terme et les tâches concrètes de chaque session (Zack et coll., 2007). En fait, les adolescents sont capables de comprendre les objectifs et tâches d'un traitement, lorsque ceux-ci sont bien vulgarisés et identifiés. Pour ce faire, le thérapeute doit s'adapter au niveau de développement du jeune (Digiuseppe et coll., 1996).

Shirk et Saiz (1992) ont proposé un modèle sociocognitif afin d'expliquer les difficultés des intervenants à former une AT avec les adolescents. Dans leur modèle, quatre éléments sont à prendre en considération : le système d'attachement de l'adolescent, sa capacité d'auto-évaluation, sa capacité à attribuer des causes internes à ses comportements ainsi que ses croyances à propos des possibilités de résolutions de problèmes. Les adolescents ayant des schèmes d'attachement positif, qui sont capables d'identifier la cause de certains

comportements inadéquats et qui croient que leurs efforts produiront des résultats ont de meilleures chances de former de bonne alliance de travail (Digiuseppe et coll., 1996).

Les types de problèmes pour lesquels les adolescents se présentent en traitement sont aussi réputés pour influencer sur les résultats et la qualité de l'AT. En fait, les adolescents avec des problèmes de nature extériorisée (troubles des conduites, TDAH) ont tendance à créer un lien plus faible avec leur thérapeute que ceux ayant des problèmes de nature intériorisée (angoisse, anxiété) (Zack et coll., 2010; Abrishami et Warren, 2013). Les jeunes avec des problèmes de type intériorisé seraient plus disposés à établir une AT en raison de leur inconfort émotionnel. Il est moins fréquent pour eux d'être en opposition et d'avoir des problèmes avec les figures d'autorité (Digiuseppe et coll., 1996).

### 1.3.2 Stade de motivation au changement

Le niveau de motivation des adolescents en thérapie influence vraisemblablement l'établissement de l'AT. Les adolescents qui amorcent une thérapie dans un stade de précontemplation ou de contemplation par rapport au changement risquent d'être moins réceptifs à la création d'un lien (Digiuseppe et coll., 1996; Côté, 2011 et Abrishami et Warren, 2013). En effet, les études portant sur le niveau de motivation des adolescents et la qualité de leur AT ont démontré que ceux qui avaient des scores plus élevés à l'échelle de contemplation du stade de motivation au changement avaient des alliances plus positives avec leur thérapeute et un meilleur accord concernant les buts et les tâches de la thérapie, comparés à ceux qui étaient plutôt dans un stade de précontemplation (Fitzpatrick et Irannejad, 2008).

### 1.3.3 Caractéristiques du thérapeute

Les caractéristiques des thérapeutes associées à l'AT avec les adultes sont sensiblement les mêmes que celles associées à l'établissement d'une AT avec les jeunes, à quelques variantes près (Digiuseppe et coll., 1996; Abrishami et Warren, 2003; Orsi et coll., 2010; Zack et coll., 2007). Le fait qu'un thérapeute se présente comme étant un guide plutôt qu'un spécialiste dans le processus de changement, et qu'il encourage l'adolescent à travailler sur la résolution des problèmes, inciterait ce dernier à s'impliquer davantage en thérapie et à demander plus de conseils (Diamond et coll., 1999). Le thérapeute doit aussi prendre en considération le niveau de développement cognitif de son client, car cela joue un rôle important dans la formation de l'AT. La mesure dans laquelle l'adolescent participe au traitement est aussi influencée par ses propres croyances à propos de son besoin d'aide et sur la cause exacte de son problème. Il est donc bénéfique pour l'intervenant d'être sur la même longueur d'onde que son patient et de prendre en considération les perceptions de ce dernier. La possibilité que les jeunes deviennent des alliés en traitement est en lien avec le degré selon lequel ils croient que le changement est nécessaire et désirable. La compréhension du rôle qu'ils ont dans la formation et le maintien de leur problème aura un impact sur leur sentiment d'être capables d'effectuer des changements positifs (Diamond et coll., 1999).

Comme la plupart des adolescents ne se présentent pas en traitement dans un contexte volontaire (Orsi et coll., 2010), Diamond et ses collaborateurs (1999) ont énoncé quelques interventions auxquelles un thérapeute peut avoir recours afin d'améliorer l'AT. Tout d'abord, il importe de miser sur la nature collaborative de la thérapie et non sur le contexte d'autorité. Il est important de formuler des objectifs qui sont personnellement significatifs

pour le jeune. Le thérapeute doit aussi participer activement à l'expérience et au changement que vit l'adolescent, en se présentant comme un allié tout en démontrant de la confiance, de l'honnêteté et en respectant la confidentialité du jeune. Les jeunes qui perçoivent leur intervenant comme étant acceptant, intègre et digne de confiance auraient plus de facilité à comprendre la pertinence des objectifs thérapeutiques et des tâches qui en découlent (Orsi et coll., 2010). D'autant plus que les jeunes amorcent souvent un traitement avec l'appréhension d'être négligés et considérés comme étant inférieurs (Orsi et coll., 2010). Les comportements d'un thérapeute les plus appréciés par les adolescents seraient le fait de donner de la rétroaction au jeune, d'être bien à l'écoute de celui-ci et de lui démontrer de l'engagement (Orsi et coll., 2010).

#### 1.3.4 Soutien social du jeune

Le soutien social est un élément important dans le processus de changement. Il semblerait que les facteurs liés à l'environnement et à l'entourage du jeune sont plus importants pour ces derniers que pour la clientèle adulte (Zack et coll., 2007). Étant donné que les jeunes sont souvent référés par leurs proches pour un traitement, il serait nécessaire d'impliquer ces derniers dans le processus. Il s'avère utile d'impliquer la famille et/ou l'entourage immédiat du jeune, car ces derniers peuvent facilement donner de la rétroaction de manière implicite et explicite, en plus de lui donner du soutien. Cela est très aidant pour l'évaluation de la progression du jeune à l'extérieur de sa thérapie (Zack et coll., 2007; Fitzpatrick et Irannejad, 2008). Selon Handwerk et ses collaborateurs (2008), l'AT qui se forme entre l'adolescent et les adultes qu'il côtoie fréquemment serait un facteur bien plus important

sur l'efficacité du traitement que seule l'AT avec son thérapeute. Une bonne collaboration avec les parents prédirait la persistance de l'adolescent dans le traitement (Zack et coll., 2007). D'ailleurs, plusieurs auteurs suggèrent de prendre en considération la qualité des relations et la dynamique familiale de l'adolescent, car ces aspects peuvent influencer le degré selon lequel le jeune sera porté à faire confiance aux adultes et à former un lien avec ces derniers. Par exemple, un adolescent ayant un faible support familial aura plus souvent tendance à présenter des symptômes de détresse post-traumatique, des problèmes de comportements et il aurait plus de difficulté à s'investir dans un processus thérapeutique (Bal, Crombez, Oost et Debourdeaudhuij, 2003).

#### 1.3.5 Alliance thérapeutique avec adolescents judiciairisés et/ou délinquants

L'étude de Florsheim et ses collègues (2010) a permis de mettre en lumière qu'elles étaient les particularités de l'AT avec des adolescents délinquants et/ou judiciairisés. Pour ce groupe d'adolescents en particulier, une AT de bonne qualité en début de traitement ne serait pas un bon indicateur de changements en cours de traitement. Cela pourrait même être associé à une régression dans les comportements du jeune au cours du suivi. En fait, plusieurs délinquants souhaiteraient faire bonne impression au tout début de la thérapie, mais ils s'avèrent peu outillés sur le plan relationnel afin de maintenir cette relation positive tout au long du traitement. S'ensuit alors une réduction de la pseudo-qualité de l'AT de départ. Cela serait particulièrement vrai pour les adolescents ayant des traits de personnalité antisociale. De plus, les adolescents judiciairisés ayant surtout des relations avec des pairs déviants, ainsi que ceux ayant un nombre élevé de crimes à leur actif, seraient plus



réfractaires au traitement et au développement d'une AT. Par contre, Florsheim et ses collègues ont réussi à démontrer que les adolescents judiciairisés, qui réussissent à former une AT de qualité pendant la thérapie, ont tendance à faire des gains significatifs et présentent de faibles taux de récurrence suite au traitement (Florsheim et coll., 2010).

En fait, un plus grand nombre de facteurs semblent influencer la formation de l'AT avec les adolescents qu'avec les adultes. Il semble donc nécessaire de prendre en considération les symptômes du jeune, son niveau d'estime de soi, son fonctionnement dans les différentes sphères de vie et ses relations interpersonnelles avec ses pairs et sa famille (Bhola et Kapur, 2013; Bac et coll., 2003).

Inutile de rappeler que la plupart des adolescents, judiciairisés ou non, se retrouvent en traitement afin de répondre à la volonté d'un tiers, donc dans un contexte de contrainte (Abrishami et Warren, 2013). Cela entraîne souvent un manque d'intérêt envers la thérapie, car ils ne voient pas son utilité (Zack et coll. 2007). De plus, les objectifs sont souvent déterminés par la source référente ou bien par le système de justice (Everall et Paulson (2006). La plupart des jeunes ne prennent pas la responsabilité de leurs problèmes, mais les attribuent aux autres (Everall et Paulson, 2006), expliquant pourquoi ils sont souvent réfractaires à s'engager en thérapie et à créer un lien avec un nouvel adulte. Ils n'ont pas développé suffisamment de maturité pour évaluer adéquatement leurs problèmes émotionnels et comportementaux, étant ainsi incapables de percevoir la nécessité de changer. Ils surévaluent leurs compétences et sous-estiment leurs faiblesses, bien souvent (Digiuseppe et coll., 1996). De plus, les adolescents ont très peu de connaissances et sont très peu familiers avec la notion de thérapie et de traitement, ce qui les rend sceptiques par rapport aux bénéfices qu'ils peuvent retirer de ce processus (Everall et Paulson, 2006).

Beaucoup de jeunes croient que les thérapies sont réservées aux fous et/ou pour les personnes inadéquates. L'intervenant doit donc prendre le temps de bien expliquer le fonctionnement et l'orientation du processus de changement. Les objectifs de la thérapie, le rôle de chacun et les attentes doivent aussi être discutés avec le jeune. Celui-ci doit clairement comprendre la démarche dans laquelle il s'apprête à s'engager pour ne pas percevoir la thérapie comme étant une stigmatisation (Everall et Paulson, 2006). Même si souvent, les thérapies avec les adolescents sont entreprises dans un contexte d'autorité, les études tendent à démontrer que des relations plus positives se développent quand le climat favorise une relation d'égalité entre le jeune et le thérapeute. Autrement dit, le jeune ne devrait pas avoir la perception que son thérapeute prend une position d'expert, mais plutôt une position d'allié (Everall et Paulson, 2006).

#### 1.3.6 Particularité des adolescents agresseurs sexuels

La plupart des études sur l'AT auprès des adolescents judiciairisés portent sur la criminalité en général et peu d'études se sont intéressées à l'AT auprès des adolescents ayant commis des infractions à caractère sexuel (Tourigny et coll., 2012). La littérature démontre que les adolescents agresseurs sexuels représentent une clientèle qui se démarque de la population adolescente délinquante surtout au niveau des gestes posés, ainsi que des caractéristiques individuelles et interpersonnelles (Tardif, Jacob, Quenneville et Proulx, 2012, Veneziano et Veneziano, 2002; Andrade, Vincent et Saleh, 2005). En effet, ces adolescents ont souvent des déficits sur le plan des habiletés sociales et des relations interpersonnelles (Becker, 1993; Hunter et Figueredo, 2000; Veneziano et Veneziano, 2002). Ils seraient plus

souvent victimes de rejet, d'intimidation et d'isolement social (Tardif et coll. 2012; Cortoni et Marshall, 2001, Becker et Hicks 2003; Fehrenbach et coll., 1986; Veneziano et Veneziano, 2002). Au niveau individuel, ces sujets peuvent présenter des troubles mentaux comme un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, un trouble oppositionnel et/ou un désordre des conduites (Tardif et coll., 2012; Becker et Hicks, 2003; Laforest et Paradis, 1990; Becker, 1993; Veneziano et Veneziano, 2002). Plusieurs d'entre eux présentent aussi des traits impulsifs, des comportements violents ainsi que des traits associés à une personnalité antisociale (Carpenter et coll., 1995; Becker et Hicks, 2003; Seto et Lalumière, 2010; Hunter et Figueredo, 2000; Veneziano et Veneziano, 2002). Plusieurs proviennent de milieux familiaux dysfonctionnels et/ou ont été victimes d'abus (physiques, psychologiques, sexuels) et/ou de négligence durant leur enfance (Becker et Hicks, 2003, Seto et Lalumière, 2010; Jacob, Mckibben et Proulx, 1993, Laforest et Paradis, 1990, Fehrenbach et coll., 1986; Becker, 1993; Veneziano et Veneziano, 2002). Tous ces facteurs font en sorte que l'établissement d'un lien avec ces adolescents est plus difficile, car ils auraient plus de difficultés à faire confiance aux nouvelles personnes adultes (Carpentier, 2009; Tardif et coll., 2012; Eltz et Shirk, 1995) ainsi qu'à maintenir des relations interpersonnelles appropriées. De plus, leur incompétence sociale les pousserait souvent à développer des relations avec des pairs plus jeunes qu'eux (Seto et Lalumière, 2010).

La délinquance sexuelle des mineurs est un sujet qui est encore méconnu et trop peu étudié. Pourtant, il s'agit d'une réalité bien présente. En 2013, près du quart des auteurs présumés d'infractions sexuelles étaient âgés de moins de 18 ans, ce qui veut dire qu'environ 33.7% de toutes les infractions à caractère sexuel déclarées aux services de police auraient été

perpétrées par des adolescents (Ministère de la Sécurité Publique, 2013). Entre 30% et 90% de ces adolescents feront un nouveau délit qui ne sera pas d'origine sexuelle et jusqu'à 30% présenteront une récidive sexuelle. Peu importe la nature de la récidive, celle-ci s'inscrit souvent dans un début de carrière criminelle polymorphe (Carpentier, 2008; Veneziano et Veneziano, 2002). La commission d'un crime à un âge précoce est souvent prédicteur de l'engagement dans une carrière criminelle pour un individu. D'ailleurs, les études rétrospectives auprès de délinquants sexuels adultes indiquent qu'une bonne majorité d'entre eux, jusqu'à 60% selon Hunter et Figueredo (1999), auraient commis leurs premières agressions sexuelles durant leur adolescence (Jacob, McKibben et Proulx, 1993; Fehrenbach et coll., 1986; Andrade et coll., 1995). C'est pour cette raison qu'il apparaît important de vite prendre en charge les adolescents aux prises avec une problématique de conduites sexuelles. Selon Laforest et Paradis (1990), la plupart des adolescents commettant des agressions à caractère sexuel n'ont pas profité des conditions nécessaires au bon développement personnel et sexuel. Pour ces auteurs, il faut tout de même dépasser le simple symptôme du geste en soi et se centrer sur le sens de celui-ci. L'« *acting out* » sexuel serait plutôt le reflet de comportements compensatoires plutôt que l'expression d'une psychopathologie ou d'une déviance sexuelle ancrée (Hunter et Figueredo, 2000).

Au Québec, la plupart des traitements pour adolescents agresseurs sexuels (AAS ci-après) sont ordonnés suite à une décision législative. Si l'adolescent est reconnu coupable d'un délit à caractère sexuel, suite à un procès au Tribunal de la Jeunesse, la prescription d'un traitement peut être obligatoire dans le cadre de la Loi sur le Système de Justice Pénale pour Adolescent (LSJPA). Le traitement peut aussi être demandé dans le cadre de la Loi

sur la Protection de la Jeunesse (LPJ) lorsque l'intervention vise à interrompre des situations de compromission en lien avec le développement et la sécurité du jeune. Dans ce cas-ci, le jeune n'est pas cité à procès, mais le traitement est tout de même prescrit selon une loi (Lafortune, Tourigny, Proulx et Metz, 2006). Dans d'autres cas, il peut arriver que le jeune soit référé en vertu de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSS), lorsque ce dernier présente des comportements sexuels problématiques et inappropriés sans nécessairement avoir commis d'infraction à caractère sexuel. L'objectif principal des lois et des peines pour les adolescents est établi en premier lieu dans une optique de réhabilitation et de réadaptation en s'assurant que les interventions sont adaptées aux besoins spécifiques du jeune.

Cependant, les défis auprès de cette clientèle sont nombreux. Les AAS sont souvent très peu motivés face au changement et réagissent souvent de manière défensive en tentant de se justifier face aux comportements qui leur sont reprochés (Laforest et Paradis, 1990). Pour les intervenants, le défi consiste à trouver des moyens pour stimuler la motivation face au changement de l'adolescent dans le but de le responsabiliser face à ses comportements sexuels problématiques. Ce manque de motivation face au changement ainsi que l'attitude de négation ne favorise évidemment pas l'établissement d'une AT.

Il existe d'ailleurs plusieurs approches et de méthodes d'interventions auprès de ce type de clientèle. Certaines sont plus efficaces que d'autres avec la clientèle adolescente, mais surtout auprès des AAS. Parmi ces approches, l'intervention systémique semble être une des plus appropriées. En effet, cette approche vise à intervenir sur les comportements de jeune, mais aussi sur son entourage ayant ainsi des répercussions positives sur le développement sa motivation face au changement.

### 1.3.7 Modèle systémique de l'alliance thérapeutique avec les adolescents

En sciences sociales, l'approche systémique se distingue des autres par sa façon d'analyser les relations humaines et s'insère bien dans une optique d'intervention avec la clientèle adolescente (Tardif et coll., 2012). En effet, l'adolescent n'est pas le seul élément analysé dans l'évaluation systémique. Une attention est aussi portée aux différents systèmes dont il fait partie, ainsi qu'à la manière dont ces systèmes et l'adolescent interagissent (Zack et coll., 2010). Le modèle systémique de l'AT avec les adolescents en contexte d'autorité de Zack et ses collaborateurs (2010, Figure 1) résume bien ces particularités. Ce modèle illustre l'importance du développement d'un lien avec les adolescents. Il présente aussi quels sont les principaux facteurs à prendre en considération lorsque l'on intervient auprès de cette clientèle, selon une approche systémique. Ce modèle, inspiré du modèle révisé de la théorie de l'AT de Ross et ses collègues (2008) ainsi que du modèle tridimensionnel de Bordin, comprend six dimensions :

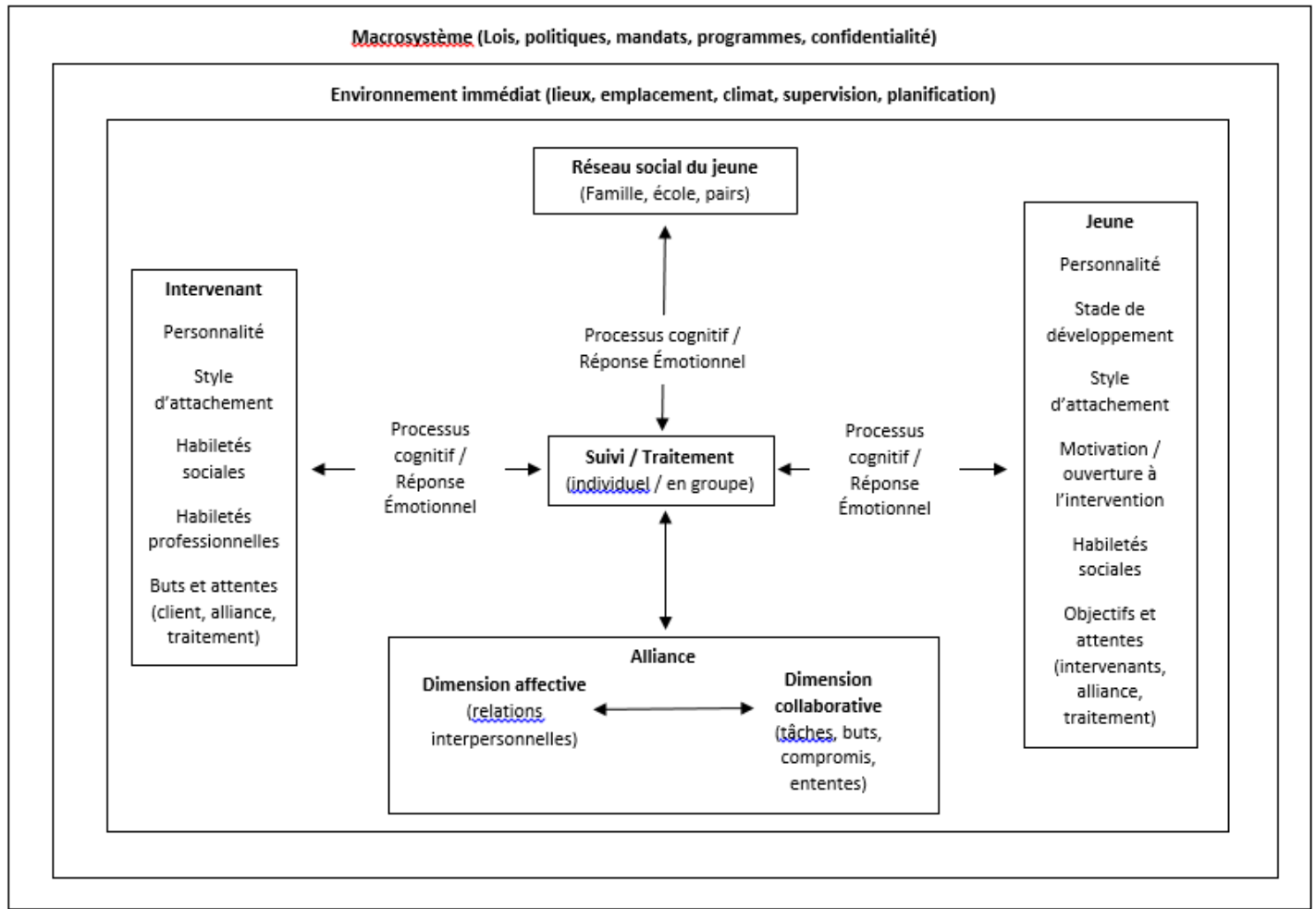
- Les caractéristiques du thérapeute en ce qui a trait à son style d'attachement ainsi qu'à ses compétences interpersonnelles et professionnelles qui ont un effet non négligeable sur l'établissement de l'AT.
- Les caractéristiques de l'adolescent, c'est-à-dire sa personnalité, son stade de développement, ses symptômes, sa motivation au changement, son style d'attachement ainsi que ses compétences interpersonnelles. Les attentes et les objectifs de l'adolescent envers la thérapie devraient aussi être pris en considération, car ils seraient étroitement liés à la réceptivité et la motivation au changement.

- Le réseau social de l'adolescent. La relation entre les réseaux sociaux immédiats des adolescents et l'AT semble avoir une influence plus importante qu'avec la clientèle adulte, considérant que le rôle de la famille est essentiel dans le processus d'intervention auprès des jeunes et que l'implication du milieu scolaire est tout aussi souhaitable.
- Interaction et alliance. Les trois premières dimensions interagissent selon des processus cognitifs et émotionnels, mais il est raisonnable de prétendre que l'alliance établie diffère dans des traitements individuels ou de groupe.
- L'environnement immédiat. Dans un contexte d'autorité, l'environnement de la thérapie s'avère être un aspect important, considérant que les lieux sont souvent froids et austères et que les adolescents sont très sensibles à leur environnement. Ce n'est pas tant que le milieu engendre certaines caractéristiques chez le jeune, mais plutôt qu'il les amplifie.
- Le macrosystème. Le macrosystème fait référence au contexte légal qui entoure une thérapie ordonnée. En effet, les attentes de la cour affectent la structure du programme d'intervention et limitent la notion de confidentialité.

Depuis les dernières années, les concepts du modèle systémique ont été davantage intégrés dans le traitement des AAS. Avec cette approche, les professionnels adoptent une orientation plutôt dirigée vers des interventions se rattachant au fonctionnement de la famille (Tardif et coll., 2012). En effet, l'implication des parents dans la thérapie est une modalité d'intervention de plus en plus préconisée auprès de cette clientèle (Tardif et coll., 2012). Selon l'approche systémique, la problématique d'un AAS est davantage

le reflet d'un système familial problématique, où l'AAS en question est plutôt le porteur du symptôme de cette dysfonction (Rich 2003, Rich 2011, Kerr et Bowen, 1988). D'où l'importance de s'attarder à tous les systèmes d'interactions auxquels est exposé l'AAS et non uniquement à sa personnalité et à ses difficultés. Dans le cadre de cette étude, la mesure dans laquelle cette approche peut s'appliquer auprès des AAS en traitement sera explorée. Ainsi, avec des analyses statistiques, il sera démontré comment certains éléments systémiques peuvent être associés à la qualité de l'AT avec cette clientèle.

Figure 1 : Modèle systémique de l'alliance thérapeutique avec les adolescents dans un contexte d'autorité (modèle traduit de Zack et coll., 2010)





#### **1.4 Synthèse des connaissances**

À la lumière des connaissances sur le sujet, l'AT est le lien unissant un patient et son thérapeute et la qualité de ce lien se décrit selon la perception qu'en a le patient (Bioy et Bachelart, 2010; Ross, Polaschek et Ward, 2008; Bordin, 1979). Ce concept est reconnu comme étant un élément clé durant le processus thérapeutique (Kozar et Day, 2012; Bordin, 1979, Marshall et coll., 2001; Elvins et Green, 2007). Cependant, l'AT n'est pas statique, mais plutôt de nature dynamique. C'est-à-dire que ce lien peut se modifier et fluctuer au cours d'un processus thérapeutique, car il intègre surtout des aspects cognitifs et affectifs. De plus, cette AT se développe sur une base de négociation et de collaboration entre les deux parties, soit le patient et le thérapeute (Boy et Bachelart, 2010; Bordin, 1970; Brillon, 2011).

Le concept de l'AT a été largement étudié auprès de la clientèle adulte, tant en contexte de contrainte qu'en contexte volontaire (Dunckle et Friedlander, 1996; Bordin, 1979; Marshall et coll., 2001; Orsi et coll., 2010; Kozar et Day, 2012). En général, les qualités les plus appréciées des thérapeutes avec la clientèle adulte sont l'empathie, l'authenticité et le fait d'être chaleureux (Dunckle et Friedlander, 1996; Marshall et coll., 2001). Évidemment, d'autres caractéristiques essentielles s'ajoutent lorsqu'un adulte consulte en contexte d'autorité, comme c'est le cas pour la clientèle délinquante et carcérale (Orsi et coll., 2010; Kozar et Day 2012; Ross et coll., 2008). En effet, les thérapeutes doivent adapter leurs techniques et leurs modalités d'interventions aux besoins et aux difficultés spécifiques de cette clientèle contrainte à suivre un traitement. En fait, le contexte d'autorité lui-même viendrait modifier la façon dont l'AT se développe entre l'aidé et le thérapeute (Ross et coll., 2008).

Nous pourrions en dire autant pour les adolescents, car ces derniers se présentent beaucoup plus souvent en traitement dans un contexte de contrainte que les adultes (Orsi et coll., 2010). La plupart des écrits scientifiques s'accordent sur le fait que l'AT ne s'établit pas de la même manière avec les adolescents qu'avec les adultes (Bholar et Kapur, 2013). En effet, il serait plus difficile pour un thérapeute d'établir une AT avec un jeune patient (Orsi et coll., 2010). Outre le fait qu'ils sont très rarement engagés d'une manière volontaire en thérapie, les adolescents sont dans une période de changements rapides tant au plan cognitif, affectif que physique et leur niveau de compréhension est souvent moindre que celui des adultes.

Une lacune importante dans la littérature scientifique provient du fait que la plupart des études, qui se sont penchées sur l'AT avec les adolescents, ont utilisé des outils d'évaluation validés auprès de la population adulte. Il n'existe pas à ce jour suffisamment d'instruments standardisés afin d'évaluer cette AT avec les adolescents (Orsi et coll., 2010, Tourigny et coll., 2012) et encore moins avec les adolescents judiciairisés, comme ceux ayant commis des infractions à caractère sexuel.

Bien que peu d'études portent sur l'AT auprès des AAS, Cloutier (2012) s'est récemment intéressé à l'AT et la motivation au changement auprès de cette population. Il s'est ainsi penché sur le déroulement d'une thérapie (de groupe) sous contexte d'autorité pour constater que certains facteurs spécifiques sont liés à la qualité de l'AT avec cette clientèle. En effet, la présence de distorsions cognitives est souvent liée à des AT de moindre qualité. Des faiblesses au niveau des habiletés sociales chez l'adolescent influencent négativement le développement d'une AT, car il s'agit, avant tout, d'un processus interpersonnel. Le contexte a aussi un impact sur l'AT, dans ce sens où lorsque l'intervention est structurée et

claire et que la cohésion règne au sein des membres du groupe thérapie, l'établissement d'une AT de qualité est favorisé. De plus, lorsque l'adolescent considère que son entourage est soutenant envers lui, il est plus à même de s'impliquer dans sa démarche thérapeutique. Cependant, dans son mémoire de maîtrise, les résultats obtenus pour l'AT ont été récoltés avec les échelles du CALPAS-P, un outil validé auprès de la clientèle adulte.

### **1.5 Objectifs de la recherche**

Considérant que les études antérieures n'ont pas utilisé un outil d'évaluation standardisé pour la clientèle adolescente, nous utiliserons une nouvelle structure factorielle du *California Psychotherapy Alliance Scale - Patient Version (CALPAS-P)* (Marmar et coll., 1986). Cette nouvelle structure s'inspire du modèle de Safran et Muran (2006) et semble plus adaptée à la clientèle adolescente. Elle propose trois nouvelles dimensions du *CALPAS-P*, au lieu des quatre dimensions originales, et elle sont composées des mêmes items que comporte la version d'origine (celle de Marmar et coll., 1986). Cette nouvelle structure sera décrite en détail dans le chapitre 2.

Cette recherche, de nature exploratoire, vise donc plusieurs objectifs. D'abord, il sera question d'identifier quelles caractéristiques personnelles (pré-traitement), environnementales et motivationnelles (en cours de traitement) des AAS sont associées aux nouvelles dimensions du *CALPAS-P* et la mesure dans laquelle elles permettent de prédire l'AT. Finalement, nous reviendrons sur le modèle d'intervention systémique afin d'analyser s'il s'applique bien à l'AT avec des AAS en groupe.

Seront donc essentiellement explorées des variables représentant les caractéristiques personnelles prétraitement du jeune (habiletés sociales, symptômes de stress post-traumatique, la perception de soi, les stratégies d'adaptation face au stress, etc.) ainsi que des variables environnementales et motivationnelles en cours de traitement (motivation au changement, famille, soutien social, etc.). Selon les résultats obtenus dans les études antérieures, il est tentant de croire que les variables motivationnelles et environnementales en cours de traitement auront un impact indépendamment des variables personnelles prétraitement sur l'établissement de l'AT.

Donc, pour résumer, les objectifs de recherche seront les suivants :

- 1) Dresser le portrait clinique de l'échantillon d'AAS à l'étude;
- 2) Appliquer les nouvelles dimensions du CALPAS-P à cet échantillon;
- 3) Identifier les variables associées au développement de l'AT;
- 4) Dans une perspective systémique, établir la mesure dans laquelle des caractéristiques familiales et relatives au soutien social rendent compte d'une partie de la variance de l'AT auprès de cet échantillon d'AAS.

## **CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE**

Le prochain chapitre porte sur l'opérationnalisation des nombreuses variables étudiées. Le portrait détaillé des participants de l'échantillon à l'étude sera présenté et décrit en fonction des caractéristiques personnelles «prétraitement» ainsi que des caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement. Le schéma de la nouvelle structure factorielle du CALPAS-P sera présenté et les nouvelles dimensions seront aussi expliquées en détail. Les outils d'évaluation utilisés dans les analyses statistiques seront également détaillés. Finalement, les différents tests choisis pour les analyses statistiques seront aussi abordés dans ce chapitre.

## **2.1 Participants**

La banque de données utilisée, subventionnée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (FCQRS; Proulx, Tourigny et Lafortune), regroupe plusieurs données sur un échantillon d'adolescents agresseurs sexuels québécois. Les répondants ont été recrutés à travers différents sites de traitement dans la province du Québec. Les sept sites en question sont le Centre de Psychiatrie Légale de Montréal (CPLM), le Centre d'Intervention en Délinquance Sexuelle de Laval (CIDS), le Centre d'Intervention en Violence et Agressions Sexuelles de l'Estrie (CIVAS Estrie), la clinique des troubles sexuels (CHUQ), Parents-Unis Lanaudière, le Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF Hull) ainsi que le Centre Jeunesse Mauricie-Bois-Francs. Les données ont été recueillies sur une période de 24 mois; soit du mois d'avril 2002 à avril 2004. Les approches utilisées par ces différents centres de thérapie étaient surtout de type cognitive-comportementale et systémique.

Au départ, cette base de données contenait 166 sujets masculins. Aux fins de cette étude, seulement 76 cas de l'échantillon original se sont avérés valides pour nos analyses, car les sujets non retenus présentaient trop de données manquantes. La moyenne d'âge des participants retenus est de 14.7 ans. La majorité d'entre eux ont participé à une thérapie de groupe en milieu externe. Plusieurs instruments psychométriques ont été utilisés durant cette collecte de données à des temps différents. Le premier temps de mesure se situait avant le début de la thérapie. Les questionnaires des instruments ont ensuite été repassés à tous les deux mois, durant le traitement. Malheureusement, aucune donnée concernant les infractions à caractère sexuel des jeunes de l'échantillon (victime, âge des victimes, nature du délit, etc.) n'était disponible dans cette base de données.

Au niveau des caractéristiques personnelles des jeunes de l'échantillon, plusieurs d'entre eux présentent des difficultés au niveau des stratégies d'adaptation face au stress (Tableau XIX, en annexe). En effet, environ la moitié des jeunes de l'échantillon ont d'abord tendance à réagir de manière émotive face à une situation stressante. Certains symptômes de stress post-traumatiques sont aussi présents chez un bon nombre des participants. Un peu plus de 60% d'entre eux sont aux prises avec d'importantes préoccupations sexuelles et des symptômes de dépression. Un peu moins de 60% d'entre eux souffrent d'anxiété, d'hypervigilance et de dissociation (Tableau XXI, en annexe). Au niveau des habiletés sociales, plusieurs d'entre eux (environ 70%) estiment avoir des habiletés sociales adéquates (Tableau XVII, en annexe) et affirment ressentir de la culpabilité face à leur délit (Tableau XVIII, en annexe). Pour ce qui est des traits de personnalité évalués par l'inventaire de personnalité Jesness (Tableau XXII, en annexe), les sujets de l'échantillon ne semblent pas présenter de particularités, puisqu'aucun des résultats moyens obtenus

n'est égal ou supérieur au seuil critique (<65). Par contre, certains résultats moyens se rapprochent plus de ce seuil que d'autres, comme l'indice de la mésadaptation sociale (SM=61.5) ainsi que celui de l'immaturation (IMM=63.5). Cela indique que les jeunes de l'échantillon ont tendance à être plus ou moins bien intégrés à la vie en collectivité, de par une socialisation dysfonctionnelle et /ou perturbée. Ces jeunes auraient un manque de contrôle de soi, le sentiment d'être incompris, ainsi qu'une méfiance envers les figures d'autorité. Ils auraient d'ailleurs de la difficulté à répondre aux exigences de leur environnement de manière socialement acceptable et auraient aussi tendance à adopter les attitudes et perceptions de gens qui seraient généralement plus jeunes qu'eux. Finalement, ces derniers auraient facilement recours à la pensée magique et éviteraient les difficultés sans apprendre de leurs propres expériences.

En ce qui concerne les caractéristiques familiales, les jeunes de l'échantillon ne proviennent pas tous du même type de milieu. En effet, les résultats obtenus à l'échelle d'environnement familial (Tableau XXV, en annexe) sont répartis de manière assez similaire au sein de l'échantillon entre les types de familles cohésives ou de type conflictuelle. De plus, ces jeunes se disent très satisfaits de leur soutien social, de par une moyenne de 30.76 sur un maximum de 36 à l'échelle de soutien social (Tableau XXIV, en annexe). Finalement, au niveau de la motivation face au changement, les résultats moyens obtenus à l'échelle URICA (Tableau XXIII, en annexe) sont d'abord assez élevés pour le stade de contemplation, suivi ensuite par le stade d'action. C'est donc dire, qu'au sein de cet échantillon, il y a un peu plus de participants ambivalents face au changement que ceux qui prennent les moyens nécessaires afin d'effectuer des changements concrets dans leur mode de vie.



## 2.2 Opérationnalisation des variables

### 2.2.1 Variable dépendante

#### *California Psychotherapy Alliance Scale (Patient Version; CALPAS-P)*

La variable dépendante étudiée est l'alliance thérapeutique telle qu'évaluée par le patient (AAS dans ce cas-ci). Le *California Psychotherapy Alliance Scale – Patient Version* (CALPAS-P; Gaston et Marmmar, 1991) est un des outils les plus couramment utilisés afin d'évaluer l'AT avec un patient (Marmmar et coll., 1986) et la version originale comprend quatre sous-échelles d'évaluation. La première sous-échelle évalue la capacité et le niveau d'engagement du patient dans la thérapie. La deuxième sous-échelle évalue les aptitudes de travail du patient. La troisième réfère à la perception du patient quant à l'implication du thérapeute dans la thérapie. La quatrième évalue consensus de travail par rapport aux buts et aux tâches de la thérapie, c'est-à-dire le l'accord entre les deux parties sur la stratégie de travail (Gaston, 1991; Summer et Barber, 2003). Le score total de cet outil s'avère être une moyenne des scores obtenus aux quatre sous-échelles et donne ainsi un aperçu de la perception du patient par rapport à la qualité de l'alliance avec son thérapeute. Cet outil comprend 24 items selon une échelle de Likert de 1 à 7 (1= pas du tout, 2= un peu, 3= quelque peu, 4= passablement, 5= plutôt, 6= assez, 7= beaucoup). En termes d'interprétation des résultats pour cet outil, plus le score est haut, plus l'AT devrait être positive. De plus, la moitié des items sont formulées à la négative (1, 2, 5, 6, 8, 9, 14, 15, 18, 20, 22, 23), ce qui fait le sens de l'échelle Likert doit être inversé (1 = beaucoup, 2= assez, 3= plutôt, 4= passablement, 5 = quelque peu, 6 = un peu et 7 = pas du tout).

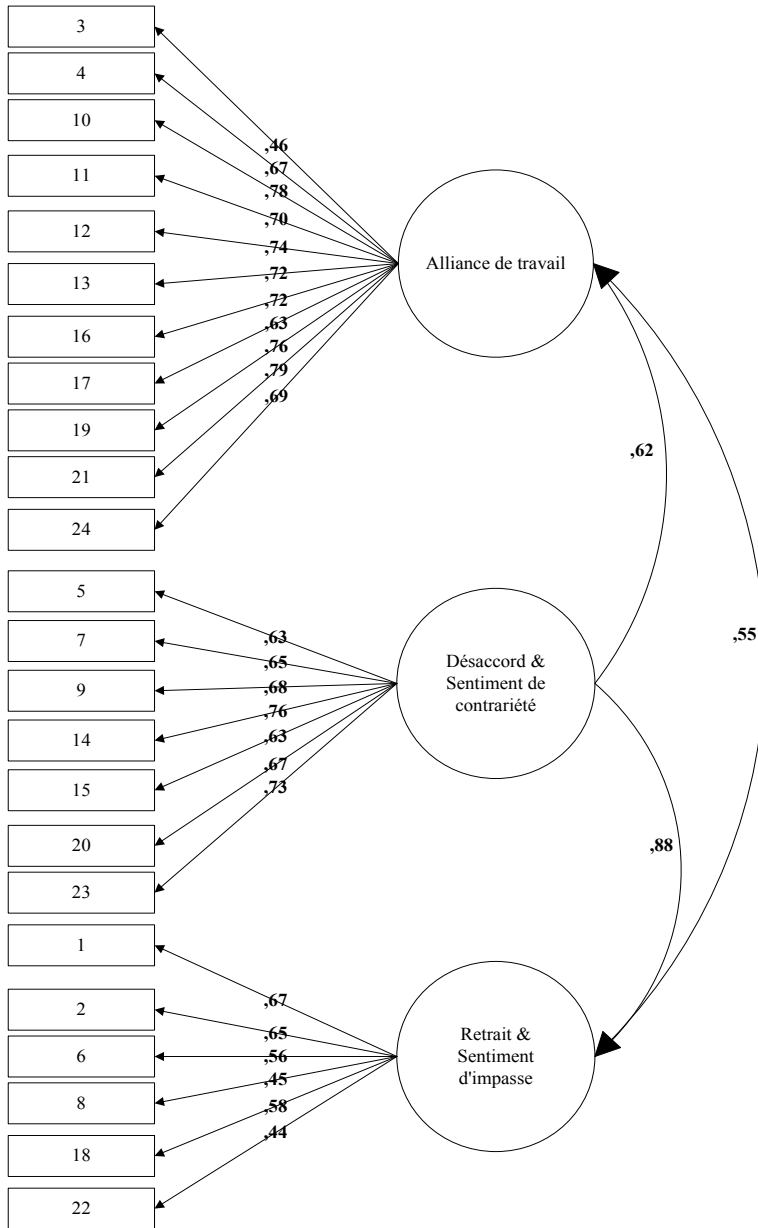
Comme le CALPAS-P est un outil d'évaluation standardisé auprès d'une clientèle adulte, une nouvelle structure factorielle de cet outil sera utilisée, aux fins de cette recherche. Cette

nouvelle structure semble plus adaptée à la clientèle adolescente et elle a été créée par Lessard et Lafortune<sup>2</sup>. En s'inspirant du modèle de Safran et Muran (2006), trois nouvelles dimensions du CALPAS-P ont été créées. La première dimension porte le nom *d'alliance de travail*, la deuxième celui du *sentiment de désaccord et de contrariété* et la troisième porte le nom du *retrait et du sentiment d'impasse*. Le regroupement des items, selon les nouvelles dimensions proposées, a été testé et validé par M. Denis Lafortune et est présenté dans la Figure 2.

---

<sup>2</sup> Lessard, A. et Lafortune, D. (2010). *Alliance thérapeutique entre un jeune placé en centre de réadaptation et le professionnel: structure factorielle du CALPAS*. Manuscrit non publié. Montréal : Université de Montréal.

Figure 2. Modèle conceptuel du CALPAS-P inspiré de Safran et Muran (2006) (Lessard et Lafortune, 2010)



La dimension nommée Alliance de travail est composée de ces items :

- 3. Lorsque ton thérapeute a émis un commentaire sur une situation, y a-t-il eu dans ton esprit référence à d'autres situations semblables dans ta vie ?*
- 4. As-tu l'impression que, même si tu avais des moments de doute, de confusion ou de méfiance, l'ensemble de la thérapie était valable ?*
- 10. As-tu eu l'impression de travailler en collaboration avec ton thérapeute, unis dans un même effort pour surmonter tes problèmes?*
- 11. Jusqu'à quel point t'es-tu senti libre de parler de sujets personnels dont tu as honte en situation ordinaire ou que tu as peur de révéler ?*
- 12. Durant les dernières séances, jusqu'à quel point étais-tu prêt à continuer à te débattre avec tes problèmes, même si tu ne pouvais pas trouver une solution immédiate ?*
- 13. Au cours des dernières séances, jusqu'à quel point ton thérapeute s'est-il montré prêt à t'aider à surmonter tes difficultés ?*
- 16. As-tu eu l'impression que ton thérapeute comprenait ce que tu désirais obtenir des dernières séances ?*
- 17. Au cours des dernières séances, jusqu'à quel point était-il important pour toi d'envisager les façons dont tu pouvais contribuer à régler tes propres problèmes ?*
- 19. Est-ce que le traitement que tu as reçu au cours des dernières séances correspond à tes idées à propos de ce qui aide les gens en thérapie ?*
- 21. Jusqu'à quel point as-tu eu confiance en tes propres efforts et en ceux de ton thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à tes problèmes ?*
- 24. Jusqu'à quel point ton thérapeute t'a-t-il aidé à obtenir une compréhension plus approfondie de tes problèmes ?*

Cette dimension fait surtout référence à la manière le patient perçoit l'utilité du traitement, s'il est à l'aise face à son thérapeute et dans quelle mesure il a l'impression que cette thérapie lui vient en aide. Plus le score est élevé pour cette dimension, plus le jeune perçoit positivement son lien avec le professionnel.

La dimension du désaccord et sentiment de contrariété est composée des items suivants :

- 5. Est-ce que les commentaires de ton thérapeute t'ont amené à croire qu'il plaçait ses besoins avant les tiens ?*
- 7. T'es-tu senti accepté et respecté pour ce que tu es par ton thérapeute ?*
- 9. As-tu trouvé les commentaires de ton thérapeute non aidants, c'est-à-dire portant à confusion, non à propos ou ne s'appliquant pas à toi ?*
- 14. As-tu eu l'impression d'être en désaccord avec ton thérapeute sur le type de changements que tu voulais apporter dans ta vie par cette thérapie ?*
- 15. Jusqu'à quel point t'es-tu senti contrarié par les investissements en temps, en argent ou autres inhérents à ta thérapie ?*
- 20. As-tu l'impression de travailler en désaccord avec ton thérapeute, de ne pas avoir la même conception des moyens à prendre pour obtenir l'aide que tu voulais ?*
- 23. Jusqu'à quel point étais-tu en désaccord avec ton thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours des dernières séances ?*

Cette dimension, comme son nom l'indique, fait référence à la mesure dans laquelle un patient est en désaccord avec son thérapeute par rapport aux buts, moyens et tâches de la thérapie. Comme la plupart des questions qui composent cette dimension sont celles ayant été inversées, l'interprétation est donc en sens inverse. Plus le score est élevé pour cette dimension, moins les éléments qui la composent sont présents et plus l'AT est de bonne qualité.

La dimension du retrait et du sentiment d'impasse est composée des items suivants :

- 1. As-tu été tenté de mettre fin à la thérapie lorsque tu étais fâché et déçu ?*
- 2. T'es-tu senti pressé par ton thérapeute de changer avant que tu ne sois prêt ?*
- 6. Lorsque des choses importantes te sont venues à l'esprit, jusqu'à quel point les as-tu gardées pour toi plutôt que de les partager avec ton thérapeute ?*

*8. Jusqu'à quel point as-tu retenu tes sentiments durant les dernières séances ?*

*18. Jusqu'à quel point as-tu pensé que la thérapie n'était pas le meilleur moyen d'obtenir de l'aide pour tes problèmes ?*

*22. As-tu l'impression d'être incapable d'approfondir ta compréhension de ce qui te dérange ?*

La troisième dimension fait ainsi référence à l'envie du patient à mettre fin à la thérapie et à l'incapacité qu'il a de s'ouvrir et de partager avec son thérapeute. Ainsi, comme la dimension précédente, plus le score est élevé pour celle-ci, moins les éléments qui la composent se trouvent à être présents et plus l'AT est de bonne qualité.

En résumé, les 24 items (questions) originales qui composent le CALPAS-P ont été redistribuées selon une nouvelle structure factorielle qui comprend désormais trois dimensions. Les modalités de réponses aux questions restent les mêmes pour cette nouvelle version que celles utilisées dans la version originale, c'est-à-dire l'échelle de Likert allant de 1 à 7 (1= pas du tout et 7=beaucoup et idem pour les questions formulés à la négative qui doivent être inversées).

Il semblerait que cette conceptualisation tridimensionnelle du CALPAS-P soit plus adaptée aux caractéristiques de la clientèle adolescente que la conceptualisation originale de cet outil (Safran et Muran, 2000, Safran et Muran, 2006).

### 2.2.2 Variables indépendantes

Il est important de rappeler que cette étude cherche à identifier, à partir d'un modèle systémique de l'alliance thérapeutique, quelle sont les caractéristiques personnelles (perception de soi, stratégies d'adaptation face au stress, traits de personnalité, etc.), mais aussi les facteurs familiaux et motivationnels (milieu familial, soutien social, motivation face au changement) qui sont associés à l'AT avec des jeunes auteurs d'infraction sexuelle. C'est en fonction de cet objectif que les variables indépendantes, qui correspondent aux scores obtenus aux différentes échelles d'évaluation utilisées auprès de notre échantillon, sont divisées en deux blocs. D'abord, le bloc de variables comprenant les caractéristiques personnelles du jeunes observées dans la phase prétraitement et ensuite le bloc de variables concernant les caractéristiques motivationnelles et environnementales observées en cours de traitement.

#### *Caractéristiques personnelles prétraitement*

***L'Échelle de perception de soi pour adolescents (SPPA; Harter, 1988)*** contient 46 items avec des choix de réponse à deux niveaux : tout à fait comme moi ou un peu comme moi. Les items sont divisés en huit sous-échelles comprenant cinq à six items chacune et représentant huit dimensions : compétence scolaire, acceptation sociale, compétence athlétique, apparence physique, compétence dans un emploi, l'attirance romantique, la conduite et l'amitié. Les scores sont interprétés comme suit: un score de 4 est considéré comme "élevé"; le sujet se perçoit comme très compétent pour cette dimension ; un score de 2.5 est considéré comme "moyen"; le sujet se perçoit comme moyennement compétent pour cette dimension et un score de 1 est considéré comme "bas"; le sujet se perçoit comme n'étant pas compétent pour cette dimension.

***Le Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY, Matson, 1988)***

(version française) a été utilisé afin d'évaluer les habiletés sociales appropriées et inappropriées des sujets dans différents contextes de la vie via la fréquence de comportements observables. Cet instrument contient 62 indicateurs, lesquels sont évalués sur une échelle de Lickert de 1 à 5 (1= pas du tout, 5=très souvent), qui sont répartis en cinq sous-échelles : habiletés sociales appropriées, affirmation de soi appropriée, impulsivité, confiance en soi excessive et jalousie. Un score -T est obtenu pour chacune des échelles. Ces scores-T ont une moyenne de 50 et une déviation standard de 10. Pour le MESSY, les scores-T s'interprètent donc de cette façon : 70; deux déviations au-dessus de la norme, 60 une déviation au-dessus de la norme, 50 score moyen, 40; une déviation en dessous de la norme, 30; deux déviations en dessous de la norme. Plus le score total du Messy est élevé, plus les habiletés sociales sont appropriées. La version française de ce questionnaire obtient un alpha de Cronbach qui s'élève à .82 (Pagé, 2004).

***Le Gudjonsson Blame Attribution Inventory - Revised (Gudjonsson et Singh, 1989)***

(échelle d'attribution de la responsabilité face à un crime – version française) comporte 42 questions à réponse vrai ou faux et chaque réponse est associée à une des trois dimensions de l'instrument : culpabilité (18 items associés), responsabilité externe (15 items associés) et facteurs internes (9 items associés). Pour la dimension de la culpabilité, l'alpha de Cronbach s'élève à .81, à .77 pour la dimension de la responsabilité externe ainsi qu'à .79 pour la dimension des facteurs internes (Cima, Merckelbach, Butt, Kremer, Knauer, Schellbach-Matties, 2006). Plus le score obtenu à une échelle est élevé, plus l'individu utilise ce type d'attribution ou ressent de la culpabilité.



*Le Coping Inventory for Stressful situations* (CISS, Endler et Parker, 1990) a été utilisé afin d'évaluer les stratégies d'adaptation en situation de stress des participants. Cet outil présente un alpha de Cronbach qui s'élève de .72 à .92 (Brands, Kohler, Stapert, Van Heugten et Wade, 2014) La version française de cet outil a été adaptée par Rolland (1998) et afficherait une bonne validité (n=1056). Cet outil donne un aperçu de la manière dont un individu s'adapte, selon ses traits de personnalité, à différentes situations stressantes. L'instrument comprend 56 indicateurs, lesquels sont évalués sur une échelle de Lickert allant de 1 à 5 (1= pas du tout, 5= très souvent). Les indicateurs sont répartis selon trois dimensions de stratégies d'adaptation face à un stress. La stratégie orientée vers la tâche (le problème) correspond au fait de réagir en fonction de vouloir modifier le problème à l'origine du stress. La stratégie centrée vers les émotions fait référence aux individus qui ont tendance à réagir de manière émotive face à la situation. La stratégie orientée vers l'évitement est divisée en deux sous-dimensions : la distraction et la diversion sociale. La distraction est lorsque l'individu considère que le problème est impossible à régler et qu'il vaut mieux pour lui de porter son attention ailleurs afin de se distraire par rapport à la situation. La diversion, quant à elle, fait référence au fait de chercher support et accompagnement au lieu d'affronter le problème. L'individu recherche constamment la présence de pairs, au lieu d'apprendre à gérer la situation seul. L'interprétation de cet outil est telle que, plus le score obtenu à une échelle est élevé, plus l'individu aura tendance à manifester ce type de stratégie d'adaptation en question.

*Le questionnaire sur les rendez-vous romantiques* (Kirby, 1990) est une échelle de 18 items qui évalue dans quelle mesure un jeune est à l'aise face à différentes situations sociales liées à la sexualité. Selon une échelle de Likert, les réponses sont cotées de 1 à 4

(1=confortable, 4= très inconfortable). Il y a cinq-sous échelles : être à l'aise de parler de sexualité avec des amis, petite amie et parents; être à l'aise de parler de contraception avec amis; petite amie et parents; être à l'aise de parler de contraception et sexualité avec parents; être à l'aise avec le fait de "dire non" face à la sexualité et être à l'aise de chercher et d'utiliser des moyens de contraception. Il y a un score par échelle et un score global allant de 18 à 72. Le score total se fait par l'addition des valeurs inversées. Le score moyen pour chacune des sous-échelles devrait être déterminé par l'addition des réponses inversées, divisé par le nombre d'items. Plus le score total est élevé, plus le participant est confortable dans l'ensemble des situations données.

***Le Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C Brière, 1996)*** a permis de mesurer la présence de détresse post-traumatique lors de la période prétraitement. Les indices de consistance interne varient entre .70 et .84, pour la version française (Lagueux, 2006). Les épisodes traumatiques que les sujets ont vécus font souvent référence à des agressions physiques et/ou sexuelles. L'outil contient 54 items dont les choix de réponses varient de 0 (jamais) à 3 (presque toujours) afin d'évaluer la fréquence des épisodes traumatisants et vise à évaluer la présence des symptômes suivants; l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, les préoccupations sexuelles, la dissociation et la colère. Ensuite, deux échelles de validité s'ajoutent; la première mesure la tendance de l'individu à révéler un score plus bas que la norme (tendance au déni ou *underresponse*) et l'autre mesurant la tendance à révéler plus de symptômes que la norme (*hyperresponse*). Les scores obtenus par le sujet sont interprétés à partir de scores T et plus un score est élevé plus les symptômes de la dimension en question sont présents.

*Le Jesness Inventory* (Jesness, 1996) a permis d'évaluer les traits de personnalités des adolescents de notre échantillon. Il s'agit d'un instrument de mesure psychométrique pouvant discriminer les délinquants des non-délinquants. L'instrument mesure le niveau d'engagement dans la délinquance ainsi que le niveau de dysfonctionnement social en degré et en intensité. Il permet aussi de donner un aperçu des capacités sociales du sujet ainsi que de ses difficultés au niveau interpersonnel et individuel. Il s'agit d'un questionnaire composé de 155 questions divisées en plusieurs échelles représentant des dimensions distinctes pour lesquelles des scores-T ont été retenus. Cet instrument inclus les échelles suivantes : l'échelle de mésadaptation sociale (SM), d'orientation aux valeurs (VO), d'immaturation (MM), d'autisme (AU), d'aliénation (AL), d'agressivité manifeste (MA), du retrait (WD), de l'anxiété sociale (SA), du refoulement (REP) ainsi que l'échelle du déni (DEN). Quant aux qualités psychométriques de cet instrument, les coefficients de fiabilité oscillent entre .62 et .88 tout dépendant de l'échelle et les résultats des test-retest entre .40 et .70 (Jesness, 1996).

Se rajoute au Jesness un *indice d'asocialité (AI)* qui réfère à la disposition des adolescents à manifester des attitudes et comportements qui ne vont pas dans le même sens que les valeurs et normes de la société en générale. Cet indice tente de prédire si le sujet aura besoin ou non de traitement ou bien si les comportements peuvent diminuer et s'améliorer d'eux-mêmes.

#### *Caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement*

*Le University of Rhode Island Change Assessment (URICA, Prochaska et DiClemente, 1982)* a permis de mesurer la motivation face au changement des adolescents de notre échantillon. Cet outil comprend quatre sous-échelles faisant référence aux différents stades

de motivation au changement que peut présenter un participant; le stade de précontemplation (stade durant lequel le patient ne perçoit pas sa situation comme étant problématique et n'envisage pas le changement), le stade de contemplation (stade durant lequel l'ambivalence commence à se manifester, mais le patient hésite encore à renoncer aux bénéfices de sa situation), le stade d'action (durant lequel le patient élabore un plan d'action afin que le changement dans son mode de vie lui soit accessible) ainsi que le stade de maintien (durant lequel le patient prend les moyens nécessaires pour conserver ses nouvelles habitudes acquises durant le stade précédent). L'URICA contient 32 questions conçues selon une échelle de Likert allant de 1 à 5 (1=Fortement en désaccord, 2= Moyennement en désaccord, 3= Neutre ou indécis, 4= Moyennement en accord, 5=Fortement en accord). Chaque item est associé à une sous-échelle, donc à un stade de motivation au changement. L'alpha de Cronbach varie entre .77 et .88 selon les échelles lorsque la consistance interne est testée d'adolescents. Il s'agirait de résultats similaires de ceux obtenus auprès d'une population adulte (Greenstein, Franklin et McGuffin, 1999).

***Le Social Support Questionnaire (SSQ; Sarason, Levine, Basham et Saraon, 1983)*** nous a permis d'évaluer le soutien social des adolescents de l'échantillon. Le soutien social des jeunes est évalué selon deux aspects; la quantification et la satisfaction. Les réponses sont de 1 à 6 selon une échelle de Likert (1 = très insatisfait, 2= insatisfait, 3= plutôt insatisfait, 4= plutôt satisfait, 5= satisfait, 6= très satisfait) et donnent un aperçu de la satisfaction de l'adolescent par rapport à son entourage social. Plus le score est élevé, plus le jeune est satisfait de son réseau social. L'alpha de Cronbach pour la fiabilité interne l'instrument est de .97 (Sarason et coll. 1983).

*L'échelle d'environnement familial* (Moos, Insel et Hymphrey, 1974) est un questionnaire de 27 questions qui mesure les caractéristiques de la famille. Chacun des items est répondu par vrai ou faux et l'ensemble des réponses permet d'évaluer trois dimensions des rapports familiaux, c'est-à-dire la dimension de la cohésion, de l'expression et du conflit. Ces trois dimensions évaluent le degré d'engagement, d'aide et de support des membres de la famille, la façon dont ceux-ci agissent envers les autres, comment ils sont portés à exprimer leurs sentiments ainsi que l'importance de l'expression de la colère, de l'agressivité et des conflits par les membres.

### **2.3 Analyses statistiques**

Tout d'abord, des analyses statistiques descriptives ont été effectuées dans le but de dresser un portrait général des caractéristiques des jeunes de l'échantillon. Étant donné le nombre élevé de variables indépendantes, les tableaux représentant les résultats descriptifs ont été mis en annexe afin d'alléger la lecture.

En fonction des objectifs fixés, et comme pratiquement toutes les variables sont de type continu, des analyses bivariées de type corrélationnel ont été effectuées. Le but étant, en premier lieu, de déterminer les variables prétraitement et en cours de traitement associées à chaque nouvelle dimension du *CALPAS-P*. Bien qu'Hosmer et Lemeshow (1980) recommandent de choisir des corrélations ayant un seuil alpha minimal de  $p < 0.10$ , seules les variables ayant un seuil de signification de  $p < 0.05$  ont été retenues pour les analyses multivariées. En fait, compte tenu du nombre élevé de variables indépendantes, un seuil de signification plus sévère a été retenu afin de réduire le risque d'obtenir des coefficients de

corrélations significatives du au hasard et aussi afin de limiter le nombre de variables dans nos modèles d'analyses multivariées.

Ensuite, en vue des analyses statistiques multivariées, des analyses de régressions linéaires multiples ont été effectuées. Seules les variables personnelles prétraitement et les variables motivationnelles et environnementales en cours de traitement s'étant avérées significatives dans les analyses bivariées ont été utilisées. Cette première série d'analyse de régressions linéaires multiples incluait un bloc de variables à la fois. Donc, le bloc de variables prétraitement (caractéristiques personnelles) ainsi que bloc de variables en cours de traitement (environnementales et motivationnelles) ont d'abord été analysés séparément. Le but était d'identifier lequel de ces deux blocs de variables prédisait le plus les variables dépendantes de l'étude. Ensuite, afin de pousser l'analyse un peu plus loin, des régressions linéaires multiples hiérarchiques ont été effectués avec ces deux blocs. L'objectif étant de découvrir si la valeur prédictive du modèle de régression augmente lorsque ces deux blocs de variables sont combinés ensemble, que lorsqu'ils sont analysés séparément. Selon cette « hiérarchie », le bloc de variables personnelles prétraitement étaient d'abord inséré dans les tests de régressions en question, pour ensuite venir ajouter le bloc de variables motivationnelles et environnementales en cours de traitement. Les résultats de toutes ces analyses statistiques sont présentés en détail dans le prochain chapitre.

## **CHAPITRE 3 : RÉSULTATS**

Le chapitre 3 présente les résultats obtenus aux tests d'analyses statistiques effectués dans la présente étude. La première section contient les résultats obtenus aux analyses statistiques bivariées, c'est-à-dire aux différentes associations (corrélations) entre les variables indépendantes (variables prétraitement et en cours de traitement) et la variable dépendante (les dimensions du CALPAS-P). Les résultats sont résumés dans le tableau I et est suivi de l'interprétation des résultats. Dans la deuxième section, se retrouvent les résultats aux analyses statistiques multivariées, c'est-à-dire les analyses de régressions linéaires multiples hiérarchiques.

### 3.1 Analyses statistiques bivariées

Tableau I  
*Tableau des corrélations*

	Dimension alliance de travail	Dimension sentiment de désaccord et contrariété	Dimension retrait et sentiment d'impasse	Score total
<i>Âge du sujet</i>				
<i>SPPA Compétence scolaire</i>				
<i>SPPA acceptation sociale</i>				
<i>SPPA compétence sportive</i>				
<i>SPPA apparence physique</i>				
<i>SPPA conduite</i>	.267*	.274*	.477*	.374**
<i>SPPA attirance romantique</i>				
<i>SPPA proche / intimité</i>				
<i>SPPA Estime de soi globale</i>			.352**	
<i>Messy Habiletés sociales</i>	.263*			
<i>MESSY affirmation de soi</i>				
<i>MESSY Impulsivité</i>				
<i>MESSY Confiance excessive</i>				
<i>MESSY Jalousie</i>				
<i>MESSY Score Total</i>	.244*			
<i>GUDJONSSON Culpabilité</i>				
<i>GUDJONSSON Facteur externe responsabilité</i>				
<i>GUDJONSSON Facteurs internes- troubles mentaux</i>				
<i>CISS Tâches</i>	.267*			
<i>CISS Émotions</i>				
<i>CISS Évitement</i>				
<i>CISS Distraction</i>				



<i>CISS Diversion</i>				
<i>KIRBY Confort parler sexe</i>				
<i>KIRBY Confort parler contraception</i>			.297*	
<i>KIRBY Confort parler sexe parents</i>				
<i>KIRBY Confort dire non sexe</i>		.313*	.397**	.296*
<i>KIRBY Confort utiliser contraception</i>			.351**	
<i>KIRBY Score Total</i>			.425**	
<i>TSCC Déni (Underresponse)</i>				
<i>TSCC Hyperresponse</i>	.249*			
<i>TSCC Anxiété</i>				
<i>TSCC Dépression</i>			-269*	
<i>TSCC SSPT</i>				
<i>TSCC Préoccupations sexuelles</i>			-302*	
<i>TSCC Dissociation</i>				
<i>TSCC Colère</i>				
<i>JESSNESS AA</i>			-280*	-.255*
<i>JESSNESS AP</i>			-322*	
<i>JESSNESS CFM</i>				
<i>JESSNESS CFC</i>				
<i>JESSNESS MP</i>				
<i>JESSNESS NA</i>				
<i>JESSNESS NX</i>				
<i>JESSNESS SE</i>				
<i>JESSNESS CI</i>				
<i>JESSNESS SM</i>				
<i>JESSNESS VO</i>				
<i>JESSNESS IMM</i>				
<i>JESSNESS AU</i>		-.267*		
<i>JESSNESS AL</i>				
<i>JESSNESS MA</i>			-.320*	-.259*
<i>JESSNESS WD</i>				
<i>JESSNESS SA</i>				
<i>JESSNESS REP</i>				
<i>JESSNESS DEN</i>		.327*		.288*
<i>JESSNESS INDEX ASOCIALITÉ</i>				
<i>URICA Précontemplation</i>	-.402**	-.437**	-.366**	-.510**
<i>URICA Contemplation</i>	.497**	.249*		.381**
<i>URICA Action</i>	.557**	.334**		.289**
<i>URICA Maintien</i>	.322**		.311**	
<i>SSQ soutien social nombre</i>			.266*	.322**
<i>SSQ soutien social satisfaction</i>		.311**	.348**	.346**
<i>MOOS Expression</i>				
<i>MOOS Cohésion</i>		.246*	.304*	.252*
<i>MOOS Conflit</i>		.272*		.235*

Rho de Spearman \*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Pour les analyses de corrélation, seuls les résultats significatifs ayant p<0.05 comme seuil de signification seront présentés. Chaque variable indépendante a été mise en relation avec

chaque variable dépendante. Selon Cohen (1988), des coefficients de corrélation sont de faible intensité lorsqu'ils se situent entre .10 et .23, d'intensité modérée lorsqu'ils sont entre .24 et .36 et de forte intensité lorsqu'ils sont supérieurs à .37.

#### *Échelle de perception de soi (SPPA)*

Au niveau de l'échelle de perception de soi, une seule dimension s'est avérée significative et il s'agit de celle faisant référence aux conduites. Cette dernière est positivement corrélée avec chacune des dimensions du CALPAS-P ainsi qu'avec le score total. Ainsi, plus nos sujets se sentent compétents dans leurs manières de se comporter, plus la dimension faisant référence à l'alliance de travail ( $r=.27$ ;  $p<0.05$ ) risque d'être présente et plus le score total ( $r=.37$ ;  $p<0.01$ ) risque d'être élevé. Par contre, les dimensions faisant référence au désaccord et au sentiment de contrariété ( $r=.27$ ;  $p<0.05$ ) ainsi qu'au retrait et du sentiment d'impasse ( $r=.47$ ) risquent d'être moins présentes. Les relations avec cette variable dépendante sont d'intensité moyenne à élevée.

#### *Habiletés sociales (MESSY)*

Dans l'échelle d'évaluation des habiletés sociales, seule la dimension *des habiletés sociales* ( $r=.23$ ,  $p<0.05$ ) ainsi que le score total ( $r=.24$ ,  $p<0.05$ ) sont corrélés avec la dimension alliance de travail, cette relation étant d'intensité modérée. Aucune autre dimension du MESSY n'est corrélée avec les dimensions du CALPAS-P. Donc, dans notre échantillon,

plus un sujet présente des habiletés sociales appropriées, plus il sera enclin à créer une alliance de travail, à s'impliquer dans le traitement et à y voir une utilité.

#### *Stratégies de coping (CISS)*

Parmi les stratégies d'adaptation en situation de stress, seules celles qui sont centrées sur la tâche se trouvent à être significativement corrélées ( $r=.26$ ,  $p<0.05$ ) et avec intensité modérée. De façon plus précise, elles sont uniquement liées de manière positive avec la dimension de l'alliance de travail. Ainsi, plus les sujets se centrent sur la tâche à exécuter lorsqu'ils vivent une situation stressante, plus les aspects de la dimension de l'alliance de travail seraient présents.

#### *Questionnaires sur les rendez-vous romantiques (KIRBY)*

Par rapport au confort face à la sexualité, plusieurs dimensions se sont avérées impliquées dans la création de l'AT. Le fait d'être à l'aise de parler de contraception est positivement corrélé avec la dimension du retrait et du sentiment d'impasse ( $r=.29$ ,  $p<0.05$ ), la relation étant d'intensité modérée. Donc, plus un jeune est à l'aise avec le fait de parler de contraception, moins il risque de démontrer un sentiment d'impasse envers sa thérapie. Le fait d'être à l'aise de dire non au sexe est positivement corrélé avec la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété ( $r=.31$ ,  $p<0.05$ ), la dimension du retrait et du sentiment d'impasse ( $r=.39$ ,  $p<0.01$ ) ainsi que le score total du CALPAS-P ( $r=.29$ ,  $p<0.05$ ). Ainsi, plus un jeune est à l'aise avec le fait de dire non au sexe, moins il risque de présenter des sentiments de désaccord et d'impasse envers la thérapie et plus l'AT risque d'être positive. Finalement, le fait d'être à l'aise d'utiliser des moyens de contraception ( $r=.35$ ,

$p < 0.01$ ) ainsi que le score total ( $r = .42$ ,  $p < 0.01$ ) à cette échelle sont positivement corrélés avec la dimension du retrait et sentiment d'impasse et cette relation est d'intensité plutôt élevée. Ainsi, plus un jeune a un score élevé au questionnaire des rendez-vous romantiques, plus il risque d'être à l'aise avec la sexualité et cela aurait une incidence positive sur l'établissement de l'AT.

#### *Stress post-traumatique (TSCC)*

Trois dimensions de l'échelle de stress post-traumatique sont reliées à celles du CALPAS-P. Celle faisant référence à la tendance à présenter plus de symptômes que la norme est positivement liée à la dimension d'alliance de travail ( $r = .24$ ,  $p < 0.05$ ), la relation étant d'une force modérée. Les dimensions faisant référence aux symptômes dépressifs ( $r = -.29$ ,  $p < 0.05$ ) ainsi qu'aux préoccupations sexuelles ( $r = -.30$ ,  $p < 0,05$ ) sont négativement liées à celle du retrait et du sentiment d'impasse et ces relations sont de force modérée. Comme ces relations sont négatives, cela veut dire que plus un sujet présente des symptômes dépressifs et des préoccupations sexuelles, plus il y a de chances que la dimension du retrait et du sentiment d'impasse soit présente. Donc, plus le sujet en question risque de ne pas vouloir s'ouvrir et s'investir auprès de son thérapeute et d'envisager mettre fin à la thérapie.

#### *Traits de personnalité (JESNESS)*

Finalement, dans l'inventaire de personnalité Jesness, trois traits de personnalité se sont avérés associés à l'AT. La dimension faisait référence aux traits de personnalité autistiques est négativement corrélée avec la dimension d'alliance de travail ( $r = -.27$ ,  $p < 0.05$ ) et cette relation est d'intensité modérée. Rappelons que les traits autistiques tels que décrits par le

Jesness font référence à l'importance exagérée accordée à ses besoins et désirs personnels, ainsi qu'à la tendance à se considérer autosuffisant et débrouillard. Donc, le fait qu'un jeune présente davantage de traits dans cette catégorie nuit à la dimension d'alliance de travail. Ensuite, la dimension de l'agressivité manifeste est négativement liée à la dimension du retrait et sentiment d'impasse ( $r=-.32$ ,  $p<0.05$ ) ainsi qu'au score total du CALPAS-P ( $r=-.25$ ,  $p<0.05$ ) et la relation est d'intensité modérée dans les deux cas. Plus un jeune est aux prises avec des sentiments négatifs (colère, hostilité, frustration) plus il risque de se trouver dans une situation de retrait et d'impasse vis-à-vis sa thérapie et moins il risque d'avoir un score élevé au CALPAS-P, donc une moins bonne AT. Finalement, la dimension du déni est positivement liée à la dimension de l'alliance de travail ( $r=.32$ ,  $p<0.05$ ) ainsi qu'au score total du CALPAS-P ( $r=.28$ ,  $p<0.05$ ) et ici aussi l'intensité de la relation est modérée. Ce qui signifie qu'un jeune qui adopte une attitude de déni aurait une meilleure AT. Pour comprendre ce résultat étonnant, il faut faire l'hypothèse que le fait d'être dans le déni fait en sorte qu'il ne reconnaît pas l'ampleur de ses problèmes et ne se sentirait pas menacé par la remise en question et les reproches, favorisant ainsi la création d'une pseudo AT.

#### *Motivation au changement (URICA)*

Pour l'échelle de motivation au changement (URICA), le stade de précontemplation est significativement lié aux trois dimensions ainsi qu'au score total du CALPAS-P (respectivement  $r=-.40$ ,  $p<0.01$ ;  $r=-.42$ ,  $p<0.01$ ;  $r=-.36$ ,  $p<0.01$  et  $r=-.51$ ,  $p<0.01$ ). Ce stade est négativement corrélé avec chacune des dimensions et la relation est de forte intensité. C'est donc dire que le fait d'être au stade de précontemplation est négativement lié à la

qualité d'une AT. Ensuite, les stades de contemplation ( $r=.49, p<0.01$ ;  $r=.381, p<0.01$ ) et d'action ( $r=.55, p<0.01$ ;  $r=.28, p<0.01$ ) sont positivement liés à la dimension de l'alliance de travail ainsi qu'au score total et cette relation est de forte intensité. Donc, plus un jeune se retrouve au stade de contemplation ou d'action, plus les éléments de la dimension de l'alliance de travail risquent d'être présents et plus le score total du CALPAS-P risque d'être élevé. Ces deux stades sont aussi liés de manière positive à la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété ( $r=.24, p<0.01$ ;  $r=.33, p<0.01$ ) et cette relation est de forte intensité. Cependant, cette relation indique que plus un jeune se trouve au stade de contemplation ou d'action, moins les éléments de cette dimension du CALPAS-P seront présents. Ainsi, plus une jeune reconnaît ses problèmes et plus il met en application des moyens concrets pour les régler, moins il aura tendance à être en désaccord et contrarié par son thérapeute et la thérapie en général.

#### *Soutien social et Environnement familial (SSQ et MOOS)*

Par rapport au soutien social, cette variable est positivement associée à la dimension d'alliance de travail ( $r=.32, p<0.01$ ;  $r=.31, p<0.01$ ), à la dimension du retrait et sentiment d'impasse ( $r=.26, p<0.05$ ;  $r=.34, p<0.01$ ) ainsi qu'au score total du CALPAS-P ( $r=.32, p<0.01$ ;  $r=.34, p<0.01$ ) et la relation est forte dans la plupart des cas. Donc, plus un jeune semble satisfait de son soutien social, plus l'alliance de travail serait solide, moins la tendance au retrait et le sentiment d'impasse risquent d'être présents et plus le score total au CALPAS-P sera élevé. Ainsi, le soutien social d'un jeune semble avoir une incidence positive sur la formation de l'AT.

En ce qui concerne l'échelle d'environnement familial, la dimension de la cohésion est positivement corrélée avec la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété ( $r=.24$ ,  $p<0.05$ ), avec celle de retrait et sentiment d'impasse ( $r=.30$ ,  $p<0.05$ ) ainsi qu'avec le score total du CALPAS-P ( $r=.25$ ,  $p<0.05$ ). L'intensité de ces relations est modérée. Ainsi, plus un jeune se trouve dans une famille cohésive, moins la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété ainsi que celle du retrait et du sentiment d'impasse risquent d'être présentes et plus le score total au CALPAS-P risque d'être élevé.

La dimension des conflits, quant à elle, est positivement liée avec la dimension d'alliance de travail ( $r=.27$ ,  $p<0.05$ ) ainsi qu'avec le score total du CALPAS-P ( $r=.23$ ,  $p<0.05$ ) et l'intensité de ces relations est modérée. Donc, plus une jeune provient d'un milieu familial conflictuel, plus la dimension de l'alliance de travail risque d'être présente et plus le score total au CALPAS-P risque d'être élevé. Ces résultats signifient que le fait d'avoir évolué d'un milieu familial plus difficile n'empêche pas la création d'une AT, même si le jeune a vécu des expériences relationnelles négatives avec des adultes.

### **3.2 Analyses statistiques multivariées**

#### **3.2.1 Modèle de régression linéaire multiple hiérarchique**

Des analyses de régressions linéaires ont été effectuées pour les deux blocs de variables indépendantes (personnelles prétraitement ainsi que motivationnelles et environnementales en cours de traitement) afin d'identifier celles étant associées aux variables dépendantes (les trois nouvelles dimensions ainsi que le score total du *CALPAS-P*). Les deux blocs ont été analysés séparément afin d'étudier le lien de chacun des deux blocs de prédictors avec

les nouvelles dimensions du CALPAS-P (variables dépendantes). Le but étant de discriminer si les caractéristiques personnelles du sujet (référence aux variables personnelles prétraitement) ont plus d'incidence sur la création de l'AT que les variables motivationnelles et environnementales (en cours de traitement). Ensuite, des analyses de régressions linéaires multiples hiérarchiques ont été effectuées afin de voir la valeur ajoutée des deux blocs combinés ensemble dans la prédiction de l'AT. Dans les analyses, le bloc de variables personnelles prétraitement a été inséré en premier, pour ensuite y être ajouté le deuxième bloc de prédicteurs, c'est-à-dire les variables motivationnelles et environnementales en cours de traitement. Le but étant de vérifier si la valeur prédictive des modèles de régressions augmente lorsque les deux blocs de variables sont réunis que lorsqu'ils sont séparés.

Tableau II

*Modèle de régression linéaire - Dimension alliance de travail*

Caractéristiques personnelles prétraitement		Caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement	
Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés	Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
<i>SPPA conduite comportementale</i>	.246	<i>URICA Précontemplation</i>	-.256**
<i>Messy Habiletés sociales</i>	.005	<i>URICA Contemplation</i>	.372
<i>Messy score total</i>	.288	<i>URICA Action</i>	.170
<i>CISS Tâches</i>	.012	<i>URICA Maintien</i>	.128
<i>TSCC</i>	.328**	<i>SSQ Soutien social nombre</i>	.120
<i>Hyperresponse</i>		<i>SSQ Soutien social satisfaction</i>	.207
<i>Jesness Autisme</i>	-.165	<i>MOOS conflit</i>	.219*
<i>Jesness Deni</i>	.010		
R2 ajusté = 0.078		R2 ajusté = 0,584***	
F (7,47) = 1,656		F (7,60) = 14,59; p<0.001	

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001



Le tableau II présente les analyses de régressions linéaires effectuées entre les variables prétraitement et en cours de traitement avec la dimension de l'alliance de travail. Les deux blocs ont été analysés séparément. Ainsi, seul le modèle de régression linéaire simple des données en cours de traitement s'est avéré significatif, expliquant 58% ( $r=0.584$ ;  $p<0,01$ ) de la variance de la dimension d'alliance de travail. Donc, les variables prétraitement ne seraient pas des facteurs associés à cette dimension du *CALPAS-P*.

Tableau III

*Modèle de régression linéaire hiérarchique - Dimension Alliance de travail*

Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
<i>SPPA conduite comportementale</i>	-.035
<i>Messy Hâbiletés sociales</i>	-.062
<i>Messy score total</i>	.042
<i>CISS Tâches</i>	.184
<i>TSCC Hyperresponse</i>	-.072
<i>Jesness Autisme</i>	.068
<i>Jesness Deni</i>	-.092
<i>URICA Précontemplation</i>	-.311**
<i>URICA Contemplation</i>	.281
<i>URICA Action</i>	.286
<i>URICA Maintien</i>	.146
<i>MOOS Conflit</i>	.252**
<i>SSQ Soutien social nombre</i>	.213**
<i>SSQ soutien social satisfaction</i>	.239**
R2 Ajusté = 0.620***	
F (14,39) = 7.182 , $p<0.001$	

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$

Le tableau III présente le modèle de régression linéaire multiple hiérarchique des variables associées à la dimension de l'alliance de travail. Seules les variables en cours de traitement faisant référence au stade de précontemplation, au milieu familial empreint de conflit ainsi que les deux variables associées au soutien social se sont avérées significatives. Ce modèle

de régression expliquerait donc 62% ( $r=.062$ ;  $p<0.001$ ) de la variance de la variable dépendante.

Tableau IV

*Modèle de régression linéaire - Dimension sentiment de désaccord et contrariété*

Caractéristiques personnelles prétraitement		Caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement	
Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés	Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
<i>SPPA Conduite comportementale</i>	.030	<i>URICA Précontemplation</i>	-.446***
<i>KIRBY Confort dire non à la sexualité</i>	.289*	<i>URICA Contemplation</i>	-.089
		<i>URICA Action</i>	.266
		<i>SSQ Soutien social nombre</i>	.115
		<i>SSQ Soutien social satisfaction</i>	.048
		<i>MOOS cohésion</i>	.117
R2 ajusté = 0.056		R2 ajusté = .304***	
F (2,52) = 2,607		F (6,61) = 5.877; $p<0.01$	

\* $p<0.05$ ; \*\* $p<0.01$ ; \*\*\* $p<0.001$

Le tableau IV présente le modèle de régression linéaire multiple des variables associées à la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété. Dans le bloc de variables prétraitement, seule la variable faisant référence au fait d'être à l'aise de dire non à la sexualité est significative. Par contre, ce modèle de régression ne s'est pas avéré significatif. Dans le bloc de variables en cours de traitement, seul le stade de précontemplation s'est avéré significatif et ce modèle est significatif, lui aussi. En effet, le modèle de régression linéaire effectué à partir des variables en cours de traitement explique 30% ( $r=.304$ ;  $p<0.01$ ) de la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété.

Tableau V

Modèle de régression linéaire hiérarchique - Dimension sentiment de contrariété et de désaccord

Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
<i>SPPA conduite comportementale</i>	-.117
<i>KIRBY Confort dire non à la sexualité</i>	.318**
<i>URICA Précontemplation</i>	-.403***
<i>URICA Contemplation</i>	-.095
<i>URICA Action</i>	.328
<i>MOOS Conflit</i>	.119
<i>SSQ Soutien social nombre</i>	-.126
<i>SSQ Soutien social satisfaction</i>	.145
R2 Ajusté = .318 ***	
F (8,44) = 4,036***	

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Le tableau V présente le modèle de régression linéaire hiérarchique associé à la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété. Pour ce modèle, une variable prétraitement, le fait d'être à l'aise à dire non à la sexualité, ainsi qu'une variable en cours de traitement, soit le stade de précontemplation, se sont avérées significative. Ce modèle expliquerait donc 32% ( $r=.318$ ;  $p<0.001$ ) de la variable dépendante.

Tableau VI

Modèle de régression linéaire - Dimension du retrait et sentiment d'impasse

Caractéristiques personnelles prétraitement		Caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement	
Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés	Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
<i>SPPA conduite comportementale</i>	.084	<i>URICA Précontemplation</i>	-.334**
<i>SPPA estime de soi globale</i>	.150	<i>URICA maintien</i>	-.224**
<i>KIRBY Confort de parler de contraception</i>	-.102	<i>SSQ soutien social nombre</i>	.157
<i>KIRBY confort dire non à la sexualité</i>	.249	<i>SSQ soutien social satisfaction</i>	.230**
<i>KIRBY confort à chercher à utiliser des contraceptifs</i>	.041	<i>MOOS Cohésion</i>	.163
<i>TSCC Dépression</i>	-.263		
<i>JESSNESS Undersocialized Active</i>	.180		
<i>JESSNESS Undersocialized Passive</i>	.219		
<i>JESSNESS Manifest Agression</i>	-.415		
R2 Ajusté = .183*		R2 Ajusté = .329***	
F(9,40) = 2,217; p<0.05		F (5,62) = 7,556; p<0.001	

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Le tableau VI présente le modèle de régression linéaire multiple des variables associées à la dimension du retrait et du sentiment d'impasse. Pour le bloc de variables prétraitement, aucune ne s'est avérée significative. Cependant, le modèle en soi s'est avéré significatif. Ainsi, ces variables prétraitement expliqueraient 18% ( $r = .183$ ;  $p < 0.05$ ) de la variance de variable dépendante. Pour le bloc de variables en cours de traitement, le stade de précontemplation, de maintien ainsi que la satisfaction du soutien social se sont avérés significatifs. Donc, le modèle de régression linéaire effectué à partir des variables en cours de traitement explique 33% ( $r = .329$ ;  $p < 0.01$ ) de la variance de la dimension du retrait et du sentiment d'impasse.

Tableau VII

*Modèle de régression linéaire hiérarchique - Dimension retrait et sentiment d'impasse*

Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
<i>SPPA Conduite comportementale</i>	-.185
<i>SPPA estime de soi</i>	.392
<i>KIRBY Confort de parler de contraception</i>	-.105
<i>KIRBY Confort de dire non face à la sexualité</i>	.106
<i>KIRBY Confort à chercher à utiliser des contraceptifs</i>	-.159
<i>KIRBY Score total</i>	.250
<i>TSSCC Dépression</i>	-.498**
<i>TSCC Préoccupations sexuelles</i>	.122
<i>JESNESS Undersocialized active</i>	.299
<i>JESNESS Undersocialized passive</i>	.794
<i>JESNESS Manifest agression</i>	-.930**
<i>URICA Précontemplation</i>	-.393***
<i>URICA Maintien</i>	-.275**
<i>SSQ soutien social nombre</i>	.286**
<i>SSQ Soutien social satisfaction</i>	.055
<i>MOOS Cohésion</i>	-.088
R2 Ajusté = 0.476***	
F (16,32) = 3.724, $p < 0.001$	

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

Le tableau VII présente le modèle de régression linéaire multiple hiérarchique des facteurs associés à la dimension du retrait et du sentiment d'impasse. Pour ce modèle, deux variables prétraitement, les symptômes dépressifs et l'agression manifeste, ainsi que trois variables en cours de traitement, le stade de précontemplation, le stade de maintien et le soutien social en nombre, se sont avérées significatives. Ces facteurs expliqueraient donc 48% ( $r = .477$ ,  $p < 0.001$ ) de la variance de la variable dépendante.

Tableau VIII  
*Modèle de régression linéaire - Score total au CALPAS-P*

Caractéristiques personnelles prétraitement		Caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement	
Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés	Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
SPPA Conduite comportementale	.086	URICA Précontemplation	-.454***
KIRBY Confort dire non à la sexualité	.179	URICA contemplation	.082
JESSNESS Undersocialized active	-.104	URICA Action	.285**
JESSNESS Manifest Agression	-.101	SSQ soutien social nombre	.169**
JESSNESS Denial Scale	-.020	SSQ Soutien social satisfaction	.262**
		MOOS Cohésion	-.113
		MOOS Conflit	.287
R2 Ajusté = .018		R2 Ajusté = .578***	
F (5,44) = 1,178		F (7,60) = 14,117; $p < 0.001$	

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

Le tableau VIII présente les modèles de régressions linéaires multiples avec le score total obtenu au *CALPAS-P*. Le modèle de régression linéaire avec les variables prétraitement ne s'est pas avéré significatif. Pour le modèle de régression effectué avec les variables en cours de traitement, le stade de précontemplation, le stade d'action ainsi que les deux variables associées au soutien social se sont avérés significativement liés. Ce modèle explique 58% ( $r = .578$ ;  $p < 0.001$ ) de la variance du score total obtenu au *CALPAS-P*.

Tableau IX

*Modèle de régression linéaire hiérarchique - Score total CALPAS-P*

Prédicteurs	Coefficients Beta Standardisés
<i>SPPA conduite comportementale</i>	-.029
<i>KIRBY Confort dire non à la sexualité</i>	.180
<i>JESNESS Undersocialized active</i>	.324
<i>JESNESS Manifest agression</i>	-.271
<i>JESNESS Deni</i>	-.021
<i>URICA Précontemplation</i>	-.474***
<i>URICA contemplation</i>	-.028
<i>URICA Action</i>	.401**
<i>SSQ soutien social nombre</i>	.277**
<i>SSQ Soutien social satisfaction</i>	.157
<i>MOOS Cohésion</i>	-.131
<i>MOOS Conflit</i>	.353**
R2 Ajusté = 0.643 ***	
F (11,37) = 8,219, p<0.001	

\*p<0.05; \*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

Le tableau IX présente le modèle de régression linéaire multiple hiérarchique avec le score total obtenu au CALPAS-P. Pour ce modèle, seules des variables en cours de traitement se sont avérées significatives; c'est-à-dire le stade de précontemplation, le soutien social ainsi que le milieu familial empreint de conflit. Ce modèle expliquerait 64% ( $r = .643$ ;  $p < 0.001$ ) de la variance de la variable dépendante.

## **CHAPITRE 4 : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Le prochain chapitre présente d'abord la comparaison des résultats obtenus à certains outils d'évaluation utilisés avec les résultats obtenus auprès d'autres échantillons d'AAS. Bien que plusieurs des instruments utilisés ne présentent pas beaucoup de normes, les items de ceux-ci ont tout de même été comparées de manière indicative afin d'analyser si le présent échantillon était comparable au niveau des caractéristiques à d'autres échantillons similaires. Ensuite, les facteurs prédicteurs de l'AT seront étudiés selon les résultats obtenus aux analyses statistiques multivariées du chapitre précédent. Finalement, le modèle d'intervention systémique sera lui aussi analysé à la lumière de ces résultats.

#### **4.1 Résultats d'analyses descriptives**

##### *Échelle de perception de soi (SPPA)*

Selon les scores obtenus à l'échelle de perception de soi, les sujets de notre échantillon se perçoivent comme étant habiles au moment de se faire des amis. Ceci est contradictoire avec la majeure partie de la littérature à cet effet, car les AAS sont des jeunes souvent isolés socialement vivant de l'insatisfaction dans leurs relations interpersonnelles (Tardif et coll., 2012; Carpentier, 2008). Encore une fois, la littérature démontre que la plupart des AAS éprouveraient des difficultés au plan académique (Fehrenbach et coll., 1986, Tardif et coll., 2012), auraient des difficultés d'apprentissage (Becker et Hicks, 2003) ainsi que des problématiques comportementales (Tardif et coll., 2012; Becker et Hicks, 2003). Les résultats ne vont pas dans le même sens que ces dernières affirmations et cela pourrait laisser croire que les AAS de l'échantillon étudié ont tendance à se surévaluer.



### *Habiletés sociales (MESSY)*

Les résultats obtenus à l'échelle d'habiletés sociales indiquent qu'une partie de l'échantillon a des habiletés déficitaires en lien avec l'impulsivité, trait qui concorde avec une bonne partie de la littérature scientifique (Tardif et coll., 2012; Carpentier, 2008). Les AAS sont aussi réputés pour avoir d'importants déficits au niveau des habiletés sociales en général (Becker, 1990; Fehrenbach, Smith, Monastersky et Deisher, 1986, Tardif et coll. 2012). Ils auraient souvent des relations interpersonnelles insatisfaisantes et seraient souvent sujets à l'isolement social (Fehrenbach et coll, 1986). Les résultats de l'échantillon laissent croire que ces sujets ont tendance à surestimer leur niveau d'habiletés sociales et leurs capacités à établir des relations satisfaisantes. Afin de voir s'il était représentatif au niveau des habiletés sociales, ce groupe a été comparé avec d'autres échantillons d'AAS (Tableau X).

Tableau X  
*Comparaison des scores obtenus au MESSY*

Échelles d'habiletés sociales	Moyenne	Viens et coll. (2012)	Lomega (2003)avec ASE	Lomega (2003) sans ASE
<i>MESSY – Habiletés sociales</i>	80.2	83.8	49.83	52.61
<i>MESSY – Affirmation de soi</i>	30.6	29.9	30.90	28.48
<i>MESSY – Traits impulsifs</i>	12.5	11.1	12.33	11.20
<i>MESSY – Confiance excessive</i>	9.9	10.7	10.43	9.14
<i>MESSY – Jalousie</i>	7.5	7.2	7.63	6.93
<i>MESSY – Score Total</i>	166.6	134.7	131.90	128.44

\*\*\* ASE : avec ou sans agression sexuelle durant l'enfance

Tout d'abord, l'étude de Viens, Tourigny, Lagueux et Loméga (2012), comprend 42 AAS québécois âgés de 11 à 18 ans ayant reçus les services d'interventions d'un centre jeunesse ou bien d'une thérapie spécialisée pour AAS. L'échantillon à l'étude présente un résultat similaire au groupe de Viens et coll. (2012). Par contre, au niveau du score total, le groupe

étudié obtient un score légèrement plus élevé. Ces participants présenteraient davantage d'habiletés sociales positives que le groupe de Viens et coll. (2012).

Ensuite, une comparaison a aussi été faite avec le groupe de Lomega (2003) qui réunit 129 AAS recrutés à travers 4 différents sites de traitement au Québec, dont trois centres jeunesse (Lanaudière, Mauricie-Bois-Francs, Montérégie) ainsi que d'un organisme communautaire; le centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF). Les données ont été recueillies de février 1999 à décembre 2001. La moyenne d'âge des participants est de 14 ans. Lomega a divisé ses résultats en deux groupes : les AAS ayant subi une agression sexuelle au cours de leur enfance (avec ASE) contre ceux n'en ayant pas subi (sans ASE). En moyenne, les résultats ne sont pas trop différents entre le groupe à l'étude et les deux groupes de Lomega, mais le groupe à l'étude présenterait davantage d'habiletés sociales appropriées que ceux de Lomega, ayant subi ou non une agression sexuelle.

Pour les autres catégories d'habiletés sociales évaluées, les quatre groupes obtiennent des résultats similaires. Il n'y aurait donc pas de différences significatives au niveau des autres catégories d'habiletés sociales à travers ces quatre échantillons d'AAS.

### *Stratégies d'adaptation face au stress (CISS)*

Tableau XI  
*Comparaison des scores obtenus au CISS*

Échelle de stratégies d'adaptation face au stress	Moyenne	Viens et coll. (2012)	Lomega (2003) ASE	Lomega (2003) Sans ASE	Pagé et coll. (2009) JDS	Pagé et coll. (2009) PND
<i>CISS – Tâches</i>	52.9	54.7	54.18	52.26	54.33	52.58
<i>CISS – Émotions</i>	54.1	45.2	45.1	39.62	42.27	39.46
<i>CISS – Évitement</i>	52.3	50.1	52.43	48.95	49.54	48.35

Les stratégies d'adaptation face au stress des sujets de l'échantillon à l'étude ont été comparées à trois autres échantillons. Ces comparaisons sont présentées dans le tableau XI. Le premier échantillon, celui de Viens et coll. (2012), présente des résultats plutôt similaires, même si les résultats des sujets de la présente étude sont un peu plus élevés. Ainsi, les résultats sont comparables à cet autre échantillon d'AAS québécois, sauf pour la stratégie centrée sur les émotions. En effet, les sujets à l'étude ont un score relativement plus élevé, ce qui indique qu'ils réagiraient probablement de manière plus émotive vis-à-vis le stress que les sujets de l'échantillon de Viens et coll. (2012).

Le deuxième échantillon est celui de Lomega (2003). Le groupe d'AAS ayant subi une agression sexuelle au cours de leur enfance (avec ASE) présente des résultats plus similaires aux sujets de l'étude en question que le groupe n'en ayant pas subi (sans ASE). L'échantillon étudié présente encore des résultats plus élevés aux stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion.

Le troisième échantillon dont il est question est celui de Pagé, Tourigny et Renaud (2009). Voulant examiner les stratégies d'adaptation des jeunes délinquants sexuels (JDS), ces chercheurs les ont comparés à un autre groupe de pairs non-délinquants sexuels (PND). Au total, 196 jeunes âgées de 12 à 19 ans forment l'échantillon, dont 98 jeunes pour chaque groupe. Les JDS de l'étude étaient inscrits à un programme communautaire de traitement pour AAS. Il en ressort de leur étude que les JDS ont plus fréquemment recours aux émotions comme stratégie d'adaptation. Ce qui concorde avec l'échantillon étudié, dont la stratégie d'adaptation orientée vers les émotions est la plus élevée.

*Questionnaire sur les rendez-vous romantiques (KIRBY)*

Tableau XII

*Comparaison des scores obtenus au KIRBY*

Questionnaires sur les rendez-vous romantiques	Moyenne	Lomega (2003) ASE	Lomega (2003) Sans ASE
<i>KIRBY- Confort parler sexualité</i>	2.6	2.4	2.4
<i>KIRBY – Confort parler contraception</i>	2.6	2.3	2.2
<i>KIRBY – Confort parler contraception sexualité avec parents</i>	2.1	2.7	2.6
<i>KIRBY – Confort dire non à sexualité</i>	3	1.8	1.8
<i>KIRBY- Confort à utiliser contraception</i>	3.1	1.7	1.9
<i>KIRBY – Score total</i>	53.5	-	-

Les résultats obtenus à l'échelle des rendez-vous romantiques pour les deux groupes de l'échantillon de Lomega (2003) sont similaires aux résultats de l'échantillon à l'étude (Tableau XII). C'est-à-dire que les AAS, ayant été abusés (avec ASE) ou non (sans ASE), présentent un niveau semblable de confort vis-à-vis la sexualité. Lorsque comparés aux sujets de l'étude, les résultats sont tout de même similaires. Par contre, le groupe à l'étude obtient des scores relativement plus élevés au fait d'être à l'aise à dire non à la sexualité ainsi qu'au fait d'utiliser un moyen de contraception que les échantillons comparatifs.

*Échelle de détresse post-traumatique (TSCC)*

Tableau XIII

*Comparaison des scores obtenus au TSCC*

Échelle de détresse post-traumatique	Moyenne	Viens et coll. (2012)
<i>TSCC- Tendance au déni (underresponse)</i>	48.7	-
<i>TSCC – Désir(hyperresponse)</i>	57.4	-
<i>TSCC- Anxiété</i>	58.7	52.8
<i>TSCC – Dépression</i>	60.4	56.4
<i>TSCC – SSPT</i>	57.9	54.3
<i>TSCC – Préoccupations sexuelles</i>	62.2	61.2
<i>TSCC – Dissociation</i>	57.3	53.8
<i>TSCC – Colère</i>	48.7	49.0

Encore une fois, les sujets de l'étude présentent des résultats similaires à celui de Viens et coll. (2011). Cependant, les AAS de l'échantillon à l'étude ont des scores plus élevés, traduisant une présence plus importante de symptômes reliés à une détresse post-traumatique, notamment, les symptômes de dépressions, d'anxiété et de dissociation.

*Inventaire de traits de personnalité (JESNESS)*

Tableau XIV  
*Comparaison des scores obtenus au JESNESS*

Indices de personnalité – Inventaire Jesness	N	Moyenne (Score-T)	Moyenne Martin (1981)	Moyenne Kunce et Hemphill (1983)	Hocker (2005)
<i>SM (mésadaptation sociale)</i>	59	61.5	69.1	65.2	64
<i>VO (orientation aux valeurs)</i>	62	56.4	61.2	54.9	53
<i>IMM (immaturité)</i>	59	63.5	54.4	54.8	59
<i>AU (autisme)</i>	62	59.2	69.8	56.9	59
<i>AL (aliénation)</i>	63	56.2	59.1	54.5	60
<i>MA (agressivité manifeste)</i>	62	54.1	61.1	52.0	47
<i>WD (retrait)</i>	62	53.9	52.2	56.3	48
<i>SA (anxiété sociale)</i>	62	51.9	47.5	48.9	38
<i>REP (refoulement)</i>	60	57.4	50.8	54.2	54
<i>DEN (déli)</i>	60	43.9	43.6	49.1	47
<i>INDEX Asocialité</i>	57	59.2	69.2	69.5	-

Les résultats obtenus à l'inventaire de personnalité Jesness ont été comparés à ceux tirés de trois différents groupes de délinquants. La première, celle de Martin (1981), représente 70 délinquants ayant eu au moins deux accusations criminelles (contre les biens et/ou contre les personnes, sans être spécifiquement des accusations d'agression sexuelle) et dont la moyenne d'âge est de 13.6 ans. Les résultats des deux échantillons ne sont pas vraiment similaires. Pour certains indices les sujets de l'étude ont des résultats plus élevés et pour d'autres des résultats plus bas, sauf pour l'indice de déni et du retrait où les résultats sont semblables.

Le deuxième échantillon de comparaison est celui de Kuncce et Hemphill (1983). Il est composé 122 délinquants en institution, âgés de 15.8 ans, en moyenne, et ayant commis des délits de nature diverse. Les résultats des deux échantillons sont plutôt similaires, sauf pour l'indice de mésadaptation sociale et du déni.

Le dernier échantillon de comparaison est celui de Hocker (2005) qui représente 328 adolescents incarcérés pour différents délits et dont la moyenne d'âge est de 16 ans. Les résultats de l'échantillon à l'étude sont plus élevés pour chaque indice. Donc, les AAS de la présente étude présentent quelques différences au niveau des traits de personnalité, lorsque comparés aux jeunes délinquants en général.

#### *Échelle de motivation au changement (URICA)*

Même si la littérature clinique et scientifique indique que la plupart des adolescents en thérapie présentent peu de motivation face au changement (Diguseppe et coll., 1996; Côté, 2011; Abrimashi et Warren, 2013), les résultats de cette étude ne vont pas tout à fait dans le même sens. Même si la plupart des sujets à l'étude ont amorcé leur thérapie dans un contexte de contraire, une bonne partie d'entre eux sont au stade de contemplation face au changement. Ces derniers sont donc ambivalents face au changement. Une autre partie d'entre eux est au stade d'action. C'est donc dire qu'une partie d'entre eux applique les moyens nécessaires afin d'apporter un changement au sein de leur mode de vie.

### *Soutien social (SSQ) et Échelle d'environnement familial (MOOS)*

Les études démontrent que la plupart des AAS proviennent de milieux familiaux caractérisés par un manque de soutien, de supervision et de protection (Hunter et Figueredo, 1999), en plus d'une absence de communication et d'une importante présence de conflits (Jacob, 2000). Une majorité des ASS ont été victimes de négligence, d'abus physiques et/ou sexuels et ont souvent été exposés à la violence. Par contre, selon les résultats obtenus, la dimension liée au conflit n'est pas celle ayant la moyenne la plus élevée. En effet, les résultats sont dispersés de manière assez équivalente dans chacune des dimensions de l'échelle d'environnement familial, ce qui confirme, en quelque sorte, que les AAS sont une population hétérogène, provenant de divers milieux.

## **4.2 Résultats d'analyses multivariées**

### *Facteurs prédictifs de l'AT*

Les analyses statistiques ont démontré quatre différents modèles de régressions linéaires hiérarchiques en lien avec les variables indépendantes. Pour la dimension de l'alliance de travail, les quatre prédictifs significatifs sont; le stade de précontemplation face au changement, la dimension du conflit à l'échelle d'environnement familial, et les deux variables de l'échelle de soutien social.

Pour la dimension du sentiment de désaccord et de contrariété, seulement deux prédictifs se sont avérés significatifs. Il s'agit du fait d'être confortable face au fait de dire non à la sexualité de l'échelle des rendez-vous romantiques ainsi que le stade de précontemplation face au changement.

Pour la dimension du retrait et sentiment d'impasse, cinq prédicteurs se sont avérés significatifs. Il s'agit des symptômes dépressifs de l'échelle de détresse post-traumatique, de l'agressivité manifeste à l'inventaire de personnalité Jesness, du stade de précontemplation et du stade de maintien face au changement, ainsi qu'une variable du soutien social.

Quant au score total du CALPAS-P, quatre prédicteurs se sont avérés significatifs. Il s'agit du stade de précontemplation et d'action face au changement, de la variable du soutien social, ainsi que de la dimension du conflit de l'échelle d'environnement familial.

Ainsi, pour les quatre différents modèles de prédiction, les caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement se sont avérées plus souvent significatives que les caractéristiques personnelles prétraitement. D'ailleurs, dans chacun de ces modèles, au moins une variable de l'échelle de motivation face au changement s'est avérée être un prédicteur significatif. Comme quoi la motivation face au changement est réellement un facteur important dans le développement de l'AT auprès des AAS.

#### *Analyse du modèle systémique de l'alliance thérapeutique avec les adolescents*

Si l'on reprend le modèle systémique de Zack et coll. (2010) présenté au début de la recherche, force est de constater que plusieurs dimensions de ce modèle sont statistiquement significatives auprès de notre clientèle. En effet, lorsqu'elles sont mises en relation avec l'AT, plusieurs variables indépendantes, associées à des dimensions du modèle systémique, semblent avoir eu plus d'incidence sur la création de l'AT que les caractéristiques personnelles prétraitement du jeune. En effet, trois des six dimensions du



modèle systémique sont représentées par des variables indépendantes s'étant avérées statistiquement significatives dans les analyses précédentes.

*Les caractéristiques de l'adolescent* – Les caractéristiques personnelles prétraitement de l'adolescent s'étant avérées significatives sont le trait de personnalité *d'agressivité manifeste* de l'inventaire de personnalité *Jesness* ainsi que les symptômes dépressifs de l'échelle de détresse post-traumatique. Pour ce qui est de *l'agressivité manifeste*, ce trait est uniquement lié, de manière négative, avec la dimension du retrait et du sentiment d'impasse. Ainsi, plus un jeune ressent des sentiments négatifs tels que la colère, la frustration et/ou l'hostilité, plus il aura tendance à garder des choses pour lui et à voir la thérapie comme étant inutile ou à y mettre fin lorsqu'il est fâché et déçu. Pour les symptômes de détresse post-traumatique, il est étonnant de constater que seuls les symptômes dépressifs ont été retenus comme facteurs prédictifs au développement de l'AT. En effet, une bonne majorité des AAS ont vécu des épisodes traumatiques au cours de leur enfance et plusieurs d'entre eux risquent de présenter plusieurs symptômes de stress post-traumatique en lien avec le ou les événements traumatisants (Becker et Kaplan, 1988; Fehrenbach, Smith, Monastersky et Deisher, 1986; Tardif et coll., 2010). Il est fort probable que la présence de symptômes dépressifs ait une influence négative sur la formation de l'AT, car le jeune serait moins susceptible de faire confiance aux adultes étrangers et d'être à l'aise face au fait de partager des informations intimes et personnelles (Becker et Hicks, 2003; Rasmussen, Burton et Christopherson, 1992).

Ensuite, plusieurs stades de motivation face au changement semblent être en lien avec la création de l'AT. Même si ces variables font référence aux caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement, elles peuvent tout de même

être insérées dans la dimension des caractéristiques personnelles du modèle systémique, car il s'agit du niveau de motivation du jeune lui-même qui est évalué. Ainsi, le stade de précontemplation face au changement est celui ayant le plus d'influence sur la création de l'AT et il y est lié de manière négative. En effet, pour tous les modèles de régression, le stade de précontemplation au changement s'est avéré statistiquement significatif. Ainsi, le fait d'être à ce stade de motivation face au changement pour ces AAS est associé négativement avec l'établissement d'une AT. Ce qui veut dire que ces adolescents ne perçoivent pas l'ampleur du problème, sont souvent incapables de concevoir l'utilité de s'impliquer dans la thérapie et ont développé une AT de faible qualité avec leur thérapeute. Cela concorde avec la plupart des études à ce sujet qui démontrent que le fait d'être au stade de précontemplation face au changement a une influence négative sur la création du lien thérapeutique (Digiuseppe et coll., 1996; Côté, 2011 et Abrimashi et Warren, 2013). À l'inverse, les AAS se trouvant dans un stade de contemplation ou d'action face au changement ont créé des AT plus positives. Les AAS à ce stade de motivation auront tendance à mieux reconnaître l'ampleur de leur problème et de la nécessité de changer ayant donc plus de chance d'être en accord avec les objectifs de la thérapie (Fitzpatrick et Irannejad, 2008).

*Le réseau social de l'adolescent* – Cette dimension du modèle systémique est représentée par les variables du soutien social de l'adolescent et semble être un élément positif dans la création de l'AT, selon les résultats des analyses statistiques. Ce facteur prédictif a été retenu comme étant significatif dans trois des quatre modèles de régression. Ainsi, les AAS ayant un soutien social satisfaisant, en dehors de la thérapie, sont plus susceptibles de créer une AT de qualité. En effet, le soutien social d'un jeune est réputé pour être un élément

important dans le processus de changement de ce dernier (Fitzpatrick et Irannejad, 2008). Cet élément joue un rôle d'agent renforçateur pour le jeune, car cela lui offre du support en dehors de la thérapie (Handwerk et coll., 2008). En fait, comme il a déjà été mentionné, la présence d'un bon réseau et soutien social en dehors de la thérapie est un facteur important dans la persistance et la réussite d'un traitement (Zack et coll., 2007; Handwerk et coll., 2008; Fitzpatrick et Irannejad, 2008). Plus le jeune est satisfait de son support social et plus il maintient de bonnes relations interpersonnelles à l'extérieur de la thérapie, plus il a de chance de bien s'y impliquer, de faire confiance aux autres adultes et à former de bons liens (Bal et coll., 2003).

*Système d'interaction et d'alliance* – Cette dimension du modèle systémique peut être associée aux variables de l'environnement familial présentes dans l'étude. Les résultats des analyses de régressions linéaires multiples démontrent que le fait de provenir d'un milieu familial empreint de conflits aurait une incidence positive sur la création de l'AT, plus précisément sur la dimension d'alliance de travail et sur le score total au CALPAS-P. Donc, le fait d'avoir des relations conflictuelles dans le milieu familial, ne semble pas avoir d'impacts négatifs sur la création du lien avec le thérapeute, pour cet échantillon. La place qu'occupe un enfant au sein de sa famille, la communication et la gestion des conflits sont des facteurs à prendre en considération afin de mieux comprendre la problématique des AAS (Tardif et coll., 2012). En effet, comme plusieurs d'entre eux proviennent de milieu dysfonctionnel et conflictuel (Carpentier, 2008, Tardif et coll., 2012), il est tentant d'émettre l'hypothèse selon laquelle ces jeunes ont développé la capacité à argumenter et à clarifier leur opinion auprès d'adultes étant donné l'omniprésence de conflits dans leur entourage et leur quotidien. De ce fait, ils seraient habitués à défendre leur point de vue,

les amenant à être plus habiles à négocier et à argumenter avec leur thérapeute, ne se sentant pas intimidés ou démunis face à celui-ci.

*Les caractéristiques du thérapeute* – Cet aspect n’a pas été directement évalué dans cette recherche, mais les AAS semblent former une alliance de meilleure qualité lorsqu’ils considèrent la thérapie comme étant utile et qu’ils ont une bonne opinion de leur thérapeute.

*L’environnement immédiat* – Cette dimension n’a pas directement été évaluée dans le contexte de cette étude. En fait, selon le modèle systémique de Zack et coll. (2010), l’environnement immédiat n’est nul autre que l’environnement de la thérapie, c’est-à-dire les lieux. Ainsi, selon nos variables utilisées, aucune ne faisait vraiment référence aux caractéristiques des lieux de la thérapie en question.

*Le macrosystème* – Dans le modèle systémique, la dimension du macrosystème réfère surtout à la dimension légale qui entoure la thérapie, soit les attentes de la cour et les limites de la confidentialité. Cependant, bien que ces aspects soient présents la plupart du temps dans le contexte de traitement des AAS, aucune des variables indépendantes à l’étude n’était spécifiquement associée à ces caractéristiques ainsi qu’à cette dimension.

En général, ce qui ressort des analyses indique que les caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement ont plus d’incidence que les caractéristiques personnelles prétraitement sur la création d’une AT. En effet, plusieurs modèles de régression incluant les caractéristiques personnelles ne se sont pas avérés statistiquement significatifs, contrairement à tous les modèles incluant les caractéristiques motivationnelles et environnementales. C’est donc dire que le niveau de motivation au changement, le soutien social ainsi que l’environnement familial risquent d’avoir plus d’incidence sur la

création de l'AT que les habiletés sociales de l'adolescent, ses traits de personnalité, ses stratégies d'adaptation face au stress, sa perception de soi, etc. D'ailleurs, les caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement qui semblent avoir une incidence positive sur la création de l'AT se retrouvent toutes dans les dimensions du modèle systémique de Zack et ses collaborateurs. Ainsi, bien que les caractéristiques personnelles du jeune soient des facteurs non négligeables, le modèle systémique permet d'analyser et de mettre en relation beaucoup d'autres facteurs dans l'environnement du jeune qui influence la création de l'AT.

### **4.3. Retombées cliniques**

À la lumière des analyses précédentes, il apparaît important de s'attarder aux caractéristiques personnelles, motivationnelles et environnementales qui favorisent l'établissement d'une bonne AT. La qualité de cet AT est associée à la rétention et la réussite d'un traitement thérapeutique (Elvins et Green, 2007; Gaston, 1990; Horvarth et Luborsky, 1993; Bioy et Bachelart, 2010) et la réussite d'un traitement préviendrait, du même coup, la récurrence (Brannon et Troyer, 1991; Tardif et coll., 2012). Par contre, comme il est souvent plus difficile d'établir une alliance auprès d'une clientèle adolescente (Orsi et coll., 2010), il est donc nécessaire de bien identifier quels sont les facteurs favorisant le développement d'une bonne alliance de travail auprès de cette clientèle. L'engagement d'un adolescent dans un processus thérapeutique sera surtout influencé par la perception qu'il a du traitement et par le niveau de motivation qu'il présente (Digiuseppe et coll., 1996; Abrimashi et Warren, 2013). Il est important que le thérapeute prenne conscience du niveau de motivation de l'adolescent et qu'il s'assure que ce dernier ait une opinion plutôt

favorable vis-à-vis l'utilité de la thérapie. Sachant qu'un adolescent avec un faible niveau de motivation face au changement risque de former une moins bonne alliance, le thérapeute se doit d'être à l'écoute des besoins du jeune pour faire en sorte que sa motivation et son implication dans le processus augmentent. Environ 75% des AAS qui ne sont pas coopératifs et qui sont en désaccord avec les directives de la thérapie ne terminent pas leur traitement ou bien l'échouent (Hunter et Figueredo, 1999). Le thérapeute se doit donc d'être attentif aux manifestations de désaccord et d'opposition d'un AAS en cours de traitement, car cela peut engendrer une fin prématurée au processus thérapeutique. Ainsi, une meilleure connaissance de cette clientèle et de leur problématique aiderait à déterminer les besoins de ces derniers en termes de support et de traitement. De plus, sachant que le milieu familial peut avoir une influence considérable sur l'établissement de l'AT ainsi que sur l'engagement du jeune dans le traitement, les thérapeutes tireraient alors avantage d'impliquer la famille dans le processus thérapeutique et s'assurer que celle-ci apporte un soutien au jeune, en dehors de la thérapie.

#### **4.4. Limites et forces de l'étude**

##### *Limites*

Cette étude comporte tout de même certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon d'AAS est peu nombreux, rendant ainsi les possibilités de généralisation plus difficile. En effet, il est fort probable que cette recherche manque de puissance statistique étant donné le nombre limité de participants. Il n'a donc pas été possible de mettre en lumière toutes les différences qui existent dans la réalité. Le contraire étant tout aussi possible, c'est-à-dire percevoir des différences qui auraient été infirmées ou simplement non existantes auprès

d'un échantillon plus volumineux. De plus, les modèles de prédiction ont été construits à l'aide d'un grand nombre de tests et de variables indépendantes, ce qui augmente le risque d'obtenir des résultats significatifs liés au hasard. Les données personnelles, motivationnelles et familiales ont été obtenues par les propos auto rapportés des jeunes de l'échantillon. Cela augmente la présence du biais de désirabilité sociale et l'exactitude de ces propos ne peut pas être vérifiée. Finalement, étant donnée la rareté des études sur ce sujet, il n'a pas été possible de comparer nos résultats à d'autres échantillons pour chacune des échelles présentes dans notre étude.

#### *Forces*

Cette étude permet d'enrichir les connaissances en lien avec le traitement des AAS. En effet, elle a permis d'explorer quelles sont les caractéristiques personnelles, motivationnelles et environnementales associées à l'AT. Cela apporte des informations complémentaires importantes au sujet des AAS. Les résultats avancés peuvent permettre une meilleure prise en charge des AAS, si les thérapeutes tiennent compte des caractéristiques associées à la création de l'AT dans le but d'ajuster le traitement et les interventions.

#### **4.5. Pistes de recherches futures**

Évidemment, effectuer ce genre de recherche auprès d'un échantillon de plus grande taille nous permettrait de généraliser davantage les résultats. Les prochaines recherches sur ce

sujet devraient mettre l'emphase sur les facteurs favorisant le développement de la motivation face au changement. Il importe d'identifier ce qui influence l'augmentation du niveau de motivation face au changement chez un AAS, sachant qu'il s'agit d'un facteur fortement lié à l'alliance thérapeutique.

D'ailleurs, Beckers et Hicks (2003) ont identifié une combinaison de caractéristiques individuelles qui est souvent précurseur à la perpétration d'une première agression sexuelle. Il s'agit de la présence d'un déficit au niveau des habiletés sociales, de comportements antisociaux, d'un isolement social ainsi que des problèmes familiaux. En termes de prévention des agressions sexuelles commises par les adolescents, il serait important d'étudier en profondeur ces facteurs afin de promouvoir des interventions efficaces.

Il serait aussi intéressant d'intégrer des caractéristiques propres aux thérapeutes dans les analyses afin d'identifier quelles caractéristiques spécifiques des intervenants influencent, positivement et/ou négativement, l'établissement d'une AT.

En ce qui concerne les caractéristiques des AAS, il serait utile de faire plus de comparaison avec des adolescents délinquants n'étant pas agresseurs sexuels. Cela pourrait permettre d'identifier quelles sont les variables spécifiques qui jouent un rôle dans l'explication de l'établissement de l'AT chez les AAS et comment ces derniers diffèrent de la population adolescente délinquante en général. Dans un même ordre d'idée, les caractéristiques de l'agression sexuelle commise (envers un enfant, avec ou sans pénétration, gravité, etc.) par les AAS pourraient être explorées, afin d'identifier si le type d'agression commise a une incidence sur la qualité et l'établissement de l'AT.



## **CONCLUSION**

Une alliance thérapeutique de bonne qualité est réputée pour être un prédicteur de la rétention et de la réussite d'un traitement (Elvins et Green, 2007; Gaston, 1990; Horvath et Luborsky, 1993; Bioy et Bachelart, 2010). Comme les taux de récidive des adolescents agresseurs sexuels qui ne complètent pas leur traitement sont plus élevés que ceux qui le terminent (Brannon et Troyer, 1991), il est légitime de croire que les adolescents ayant établi une meilleure AT auront plus de chance de réussir leur traitement et seront moins à risque de récidive.

Comme mentionné précédemment, l'établissement d'une AT s'établit différemment selon les types de clientèle et selon le contexte de la thérapie. Cette recherche avait donc comme principal objectif d'identifier les facteurs associés à l'alliance thérapeutique auprès des adolescents ayant commis des infractions à caractère sexuel. Dans l'ensemble, les résultats concordent avec la plupart des études au sujet des facteurs associés à l'établissement de l'AT. En effet, les résultats de cette étude démontrent que les caractéristiques motivationnelles et environnementales en cours de traitement ont plus d'influence sur la création de l'AT que les caractéristiques personnelles prétraitement de ces adolescents. Plusieurs des caractéristiques en cours de traitement sont attribuables aux dimensions du modèle systémique. En effet, l'environnement familial ainsi que le soutien social ont des impacts sur la création de l'AT. Les AAS provenant d'un milieu familial conflictuel, mais qui ont tout de même un bon soutien social, formeraient de bonne AT et seraient plus en mesure de négocier les buts et tâches de la thérapie et de percevoir l'utilité de celle-ci. De ce fait, l'approche systémique propose plusieurs avantages lorsqu'il est question d'interventions auprès des AAS. Tout d'abord, ces derniers manifesteraient moins de résistance au traitement lorsque leurs parents/proches significatifs sont impliqués. Une

meilleure participation des parents entraînerait alors des progrès plus marqués chez le jeune (Tardif et coll., 2012). En fait, comme la problématique des AAS reflèterait une dysfonction et/ou une problématique du milieu familial, le fait d'impliquer les parents semble d'autant plus souhaitable que nécessaire, car même ces derniers pourront profiter des outils donnés dans le cadre de la thérapie. En impliquant activement les parents dans le traitement, ces derniers pourront mieux épauler leur enfant dans la prévention de la rechute des comportements problématiques. Ces derniers auront pris connaissance de leurs difficultés parentales et familiales. Ils auront aussi, dans le meilleur des cas, développer des habiletés permettant de contrer ces difficultés. Ces parents pourront ainsi mieux identifier les facteurs et situations à risque de récurrence associés au cycle de l'agression sexuelle chez leur enfant (Tardif et coll., 2012). Dans cette optique, l'approche systémique semble bien indiquée lorsqu'il est question d'interventions et de prise en charge avec des jeunes aux prises avec des comportements sexuels problématiques.

La relation entre la motivation face au changement et l'AT est tout aussi importante. La plupart des résultats des analyses statistiques bivariées et multivariées indiquent que le niveau de motivation face au changement, plus particulièrement le stade de précontemplation, est lié de manière négative à la création de l'AT. Ainsi, le fait d'être dans un stade de précontemplation face au changement indique que ces adolescents ne perçoivent pas leur situation comme étant problématique et ne considèrent pas qu'un changement au niveau comportemental soit nécessaire. Ces derniers ont donc moins de chances de former une AT de bonne qualité avec leur thérapeute. Il n'est pas étonnant de constater que plusieurs jeunes sont au stade de précontemplation face au changement, considérant que la participation à une thérapie débute souvent suite à une contrainte et non

dans un contexte volontaire. La motivation face au changement est un long processus qui se produit par étape (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Les intervenants doivent donc être conscients de la résistance du jeune et être patient face au développement de la motivation chez ce dernier. Le travail de l'intervenant consiste à trouver des moyens pour stimuler l'envie de changer chez le jeune et l'amener à un stade plus élevé de motivation face au changement. Selon Miller et Rollnick (2013), la résistance est d'abord un symptôme de l'aidé pour qui les stratégies adoptées par les intervenants ne correspondent pas tout à fait à son niveau de préparation au changement. L'enjeu ici est donc de travailler avec cette résistance, car celle-ci n'est pas fixe, mais bien le produit de l'interaction entre l'aidé et le thérapeute (Miller et Rollnick, 2013). Comme mentionné précédemment, les adolescents préfèrent les thérapeutes qui se présentent comme des partenaires et non comme étant des experts en position d'autorité. Les attitudes confrontantes ne semblent donc pas être bénéfiques lorsqu'il est question de résistance. Les attitudes empathiques seraient davantage efficaces afin de diminuer peu à peu la résistance du patient (Diamond et coll., 1999). Donc, les méthodes d'interventions à favoriser pourraient être, par exemple, d'éviter la confrontation et l'argumentation lorsque le jeune démontre de la résistance en adoptant plutôt un mode d'écoute active et réflexive. Ensuite, toujours dans le but de contrer la résistance et d'augmenter la motivation face au changement, le thérapeute devrait se montrer encourageant et optimiste face au jeune et à sa capacité de changer (Diamond et coll., 1999). Amener le jeune à vivre des petits succès durant la thérapie en lui fixant des objectifs réalistes et atteignables serait une façon efficace de convaincre le jeune lui-même qu'il a la capacité de changer.

Les prédicteurs identifiés dans le cadre de cette étude constituent des pistes intéressantes en termes d'interventions et de prise en charge thérapeutique auprès des AAS. Notamment en ce qui concerne le niveau de motivation face au changement et l'environnement familial et social de ces jeunes. Deux différentes approches se démarquent à travers les résultats de cette étude. Une approche plus systémique, qui prend en considération les systèmes avec lesquels le jeune interagit, combinée avec une approche plus centrée sur la personne, visant à augmenter la motivation face au changement, semblerait être une avenue intéressante pour le traitement des AAS.

Ainsi, les intervenants qui travaillent auprès de ces jeunes en difficulté devraient prendre en considération ces facteurs qui jouent un rôle important dans l'établissement d'une AT et qui, par le fait même, favorisent la rétention en thérapie ainsi que le succès de cette dernière. Inutile de rappeler que le succès d'une thérapie diminue grandement les risques de récurrence pour les personnes qui complètent le traitement. Donc, dans une optique de prévention et de diminution des risques de récurrence, il s'avère essentiel de considérer tous ces facteurs lors de la prise en charge des AAS.

## RÉFÉRENCES

Abrishami, G. et Warren, J. (2013). Therapeutic Alliance and Outcomes in Children and Adolescents Served in a Community Mental Health System. *Child and Adolescent Behavior*. 1 :110

Ackerman, S. et Hilsenroth, M. (2002). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23 : 1-33

Andrade, J., Vincent., G., Saleh, F. (2005). Juvenile sex offenders : a Complex population. *Journal of Forensic Sciences*, 51 (1), 163-167.

Andrews, D.A., et Bonta, J. (2006). *The Psychology of criminal conduct* (4<sup>th</sup> Ed.). Cincinnati: Anderson

Andrews, D.A., Bonta, J., et Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.

Bal, S., Crombez, G., Oost, P., Debourdeauddhuij, I. (2003). The role of social support in well being and coping with self-reported stressfull events in adolescents. *Child and Abuse Neglect*, 27, 1377-1395.

Becker, J.V. (1990). Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology : Research and Practice*, 21 (5), 362-365

Becker, J.V. (1993). What we know about the characteristics and treatment of adolescents who have committed sexual offenses. *Child Maltreatment*, 3, 317-329.

Becker, J.V. et Hicks S.J. (2003). Juvenile sexual offenders : Characteristics, interventions and policy issues. *New York Academy of Sciences*, 989, 397-410.

Becker, J.V. et Kaplan, M.S. (1988). The assessment of adolescent sexual offenders. In R.J. Prinz (Ed.), *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families* (p.97-118). Greenwich, CT : JAI Press, Inc.

Bhola, P. et Kapur, M. (2013). The Development And Role Of The Therapeutic Alliance in Supportive Psychotherapy with Adolescents. *Psychology Studies*, 58 (3), 207-215.

Bioy, A. et Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psychologiques*, 49, 317-326.

Bordin, E. (1979). The generability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory, Reasearch and Practice*, 16 (3), 253-260.

- Brands, I., Kohler, S., Stapert, S., Van Heugten, C. et Wade, D. (2014). Psychometric Properties of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in Patients with acquired brain injury. *Psychological Assessment*, 26 (3), 848-856.
- Brannon, J.M., Troyer, R. (1991). Peer group: a normalized residential alternative to the specialized treatment of adolescents sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35 (3), 225-234.
- Briere, J. (1996). *The trauma symptom checklist for children (TSCC): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28, 2, 20-23.
- Carpentier, J. (2009). *Adolescents auteurs d'abus sexuels: Carrière criminelle et facteurs associés*. Ph. D., Université de Montréal, Montréal.
- Cima, M., Merckelbach, H., Butt, C., Kremer, K., Knauer, E., et Schellbach-Matties, R. (2006). It was not me: Attribution of blame for criminal acts in psychiatric offenders. *Forensic Science International*, 168, 143-147.
- Cloutier, M. (2012). *Adolescents agresseurs sexuels : l'alliance thérapeutique et la motivation au changement en contexte d'autorité*. M.Sc., Université de Montréal, Montréal.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Cortoni, F., et Lafortune, D. (2009). Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension. *Criminologie*, 42, 1, p.61-89.
- 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.
- Diamond, G.M, Dakof, G.Q., Hogue, A. et Liddle, H.A. (1999). Alliance-Building Interventions with Adolescents in Family Therapy: A Process Study. *Psychotherapy*, 36, 4, 355-368.
- Digiuseppe, R., Linscott, J., et Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- Dunckle, J. et Friedlander, M.(1996). Contribution of Therapist Experience and Personal Characteristics to the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43 :4, 456-460
- Endler, N.S., et Parker, J.D.A. (1990). *CISS: Coping Inventory for stressfull situation-Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

- Eltz, M., Shirk, S. (1995). Alliance formation and treatment among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19 (4), 419-431
- Elvins, R. et Green, J. (2007). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance : An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28 : 1167-1187.
- Erikson, E.H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1, 1-171.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Everall, R. et Paulson, B. (2006). The therapeutic alliance : Adolescents perspectives. *Counseling and Psychotherapy Research*, 2, 2, 78-87
- Fehrenbach, P.A, Smith, W., Monastersky, C. et Deisher, R.W. (1986). Adolescent sexual offenders : Offender and offense characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (2), 225-233.
- Fitzpatrick, M.R., Irannejad, S. (2008). Adolescents Readiness for Change and the Working Alliance in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 86 (4), 438-445.
- Florsheim, P., Shotobani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., et Hwang, W. (2000). Role of Working Alliance in the treatment of Delinquent Boys in Community-Based Programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 :1, 94-107.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27 (2), 143-153.
- Gaston. L. (1991). Reliability and Criterion-Related Validity of the California Psychotherapy Alliance Scales – Patient Version. *Psychological Assessment : A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 1, 68-74.
- Greenstein, D. K., Franklin, M. E., et McGuffin, P. (1999). Measuring motivation to change: An examination of the Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in adolescent sample. *Psychotherapy*, 36, 47-55.
- Gudjonsson, G.H., et Singh, K.K. (1989). The Revised Gudjonsson blame attribution inventory. *Personality and Individual differences*, 10, 67-70.
- Harter, S. (1988). *The Self-Perception for Adolescents*. Unpublished Manual. University of Denver. Denver, CO.
- Hocker, T.R (2005). *Relationship of the Jesness inventory to the psychopathy checklist – Youth version in a sample of incarcerated youth*. Master of Arts. Wichita State University, 90 p.



- Hunter, J.A. et Figueredo, A.J. (1999). Factors associated with treatment compliance in a population of juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 11 (1), 49-67.
- Hunter, J.A. et Figueredo, A.J. (2000). The influence of personality and history of sexual victimization in the prediction of juvenile perpetrated child molestation. *Behavior Modification*, 24, 241-263
- Jacob, M., Mckibben, A., Proulx, J. (1993). Étude descriptive et comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels. *Criminologie*, 26 (1), 113-163.
- Jessness, C.F. (1996). *The Jessness Inventory: Manual*. North Tonawanda, NY.
- Kirby, D. (1990). *Sexuality questions and scale for adolescents*. Santa Cruz, CA: Sage Pub.
- Kozar, C. et Day, A. (2012). The Therapeutic Alliance in Offending Behaviors Programs : A Necessary and Sufficient Condition for Change? *Agression and Violent Behavior*, 17, 482-487
- Kunsee J.T. et Hemphill, H. (1983). Delinquency and jessness inventory scores. *Journal of Personality Assessment*, 47 (6), 632-634
- Laforest, S. et Paradis, R. (1990). Adolescents et délinquance sexuelle. *Criminologie*, 23 (1), 95-116.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M. et Metz, K. (2006). Les interventions québécoises pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. *Revue de psychoéducation*. 36 (1), 25-56.
- Lagueux, F. (2006). *Évaluation des effets d'un programme de traitement de groupe pour adolescents agresseurs sexuels*. Université de Montréal, Montréal.
- Leibert, T., Smith, J. et Agaskar, V. (2011). Relationship between the working alliance and social support on counseling outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 7, 709-719
- Lomega, E. (2003). *Comparaison du profil psychosocial d'adolescents agresseurs sexuels ayant subi ou non une agression sexuelle durant l'enfance*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais, 157p.
- Horvath, A.O., Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561-573.
- Marmar, C.R. et Gaston, L. (1988). *Manual for the California Psychotherapy Alliance Scale- CALPAS*. Unpublished Manuscript, Departement of Psychiatry, University of California, Sans Francisco, CA.

Marmar, C., Weiss, D., Gaston L. (1989). Toward the Validation of the California Therapeutic Alliance Scale Rating System. *Psychology Assessment; A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 1, 46-52.

Marshall, W.L., Fernandez, Y.M, Serran, G.A., Mulloy, R., Thornton, C., Mann. R.E. et Anderson D. (2001). Process variables in the treatment of sexual offenders : A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8 : 205-234.

Martin, R.D. (1981). Cross-Validation of the JESSNESS inventory with delinquents and non-delinquents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (1) 10-14

Matson, J.L. (1994). *Matson Evaluation of social skills with youngster: Manual* (2<sup>nd</sup> Ed.). Worthington, OH: IDS Publishing.

McGuire, J. (2004). Commentary: Promising answers, and the next generation of questions. *Psychology, Crime and Law*, 10, 335-345.

Miller, W.R., et Rollnick, S. (2013). (Traduit de l'anglais par Dorothée Lécallier, Philippe Michaud), *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement* [« Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Edition »], Paris, InterEditions, 434 p.

Ministère de la Sécurité Publique, (2015) site web consulté le 2015-10-29 [http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions\\_sexuelles/2013/infractions\\_sexuelles\\_2013.pdf](http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2013/infractions_sexuelles_2013.pdf)

Moos, R., Insel, G., Humphrey, B. (1974). *Preliminary Manual for family environment scale, Work environment place and group environment scale*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA.

Orsi, M., Lafortune, D., Brochu, S. (2010). Care and control : Working Alliance Among Adolescents in Authoritarian Settings. *Residential Treatment for Children and Youth*, 27 :277-303

Pagé, C. (2004). *Le profil d'un groupe d'adolescents agresseurs sexuels comparé à celui d'un groupe d'adolescents n'ayant commis aucune agression sexuelle*. Université du Québec en Outaouais, Gatineau.

Pagé, C.A., Tourigny, M., Renaud, P. (2010). Analyse comparée d'un groupe de jeunes délinquants sexuels et de jeunes non-délinquants sexuels : y-a-t-il une différence au niveau de leurs stratégies d'adaptations? *Sexologie*, 19, 109-118.

Piaget, J. (1964). Development and Learning. In T. Ripple & V. Rockcastle (Eds.), *Piaget rediscovered* (pp.7-20). Ithaca, NY: Cornell University Press.

- Piaget, J. (1970). Piaget's Theory. In P.H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (pp. 703-732). New York: Wiley
- Piaget, J. (1970). *The science of education and the psychology of the child*. New York : Orion Press.
- Prochaska, J.O., et Di Clemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy : toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3), 276-288.
- Prochaska, J.O., et Di Clemente, C.C. (1992). In search of how people change : Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1102-1114.
- Rich, P. (2003). *Juvenile sexual offenders: Understanding, assessing and rehabilitating* (p.414-441). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Rich, P. (2009). *Juvenile sexual offenders: A comprehensive guide to risk evaluation*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rolland, J.-P. (1998). *Manuel du CISS*. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie appliquée.
- Ross, E., Polaschek, D. et Ward, T. (2008). The therapeutic alliance : A theoretical revision for offender rehabilitation. *Agression And Violent Behavior*, 13 : 462-480.
- Safran, J., & Muran, J. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291.
- Safran, J. et Muran J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : A relational treatment guide*. New York : Guilford Press, 260 p.
- Saranson, I.G., Levin, H.M., Bashman, R.B. et Saranson, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Seto, M.C. et Lalumière, M.L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanation through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (4), 526-575.
- Shirk, S.R, Saiz, C.C. (1992). Clinical, empirical and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4 (4), 713-728.
- Steinberg, L., Bornstein, M., Vandell, d. ET Rook, K. (2011). *Lifespan development: Infancy through Adulthood*. Californie: Wadsworth, 625 p.

Summer, R. et Barber, J. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Academic Psychiatry*, 27 :3, 160-165

Tardif, M., Jacob, M., Quenneville, R. et Proulx, J. (2012). *La délinquance sexuelle des mineurs*, Les Presses de l'Université de Montréal, 603 p.

Tourigny, M., Viens, S., Lagueux, F., Étienne, L. (2012). Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. *Criminologie*, 45, 1, 242-270

Veneziano, C. et Veneziano L. (2002). Adolescent sex offender : A review of the litterature. *Trauma Violence and Abuse*, 3, 247-260.

Ward, T. et Maruna, S. (2007). *Rehabilitation : Beyond the risk paradigm*. London, UK : Routhledge

Zack, E., Castonguay, L. et Boswell, J. (2007). Youth Working Alliance : A Core Clinical Construct in Need of Empirical Maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15 :6, 278-288

**ANNEXE**  
**TABLEAUX DES STATISTIQUES DESCRIPTIVES**

Tableau XV

*Statistiques descriptives - Alliance thérapeutique (CALPAS-P)*

CALPAS-P	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart- Type
<i>Âge du sujet</i>	68	12	19	14.7	1.3
<i>CALPAS 1</i>	73	1	7	6	1.6
<i>CALPAS 2</i>	73	1	7	6	1.2
<i>CALPAS 3</i>	73	1	7	3.2	1.7
<i>CALPAS 4</i>	73	1	7	5.5	1.9
<i>CALPAS 5</i>	73	1	7	6.1	1.5
<i>CALPAS 6</i>	73	1	7	5	1.6
<i>CALPAS 7</i>	73	1	7	6.1	1.4
<i>CALPAS 8</i>	73	1	7	4.9	1.9
<i>CALPAS 9</i>	73	1	7	5.9	1.3
<i>CALPAS 10</i>	73	1	7	5.5	1.7
<i>CALPAS 11</i>	73	1	7	4.9	1.9
<i>CALPAS 12</i>	73	1	7	5.4	1.9
<i>CALPAS 13</i>	73	1	7	6.1	1.3
<i>CALPAS 14</i>	73	1	7	5.5	1.7
<i>CALPAS 15</i>	73	1	7	5.9	1.7
<i>CALPAS 16</i>	73	1	7	5.2	1.7
<i>CALPAS 17</i>	73	1	7	5.6	1.6
<i>CALPAS 18</i>	73	1	7	5.8	1.6
<i>CALPAS 19</i>	73	1	7	4.8	1.9
<i>CALPAS 20</i>	73	1	7	6.1	1.5
<i>CALPAS 21</i>	73	1	7	5.5	1.5
<i>CALPAS 22</i>	73	1	7	5.1	1.7
<i>CALPAS 23</i>	73	1	7	5.6	1.6
<i>CALPAS 24</i>	73	1	7	5.7	1.3
<i>CALPAS TOTAL</i>	73	72	162	131.6	19.6
<i>CALPAS Alliance de travail</i>	73	15	74	57.4	12
<i>CALPAS Sentiment de désaccord et contrariété</i>	73	19	49	41.2	7.2
<i>CALPAS Retrait et sentiment d'impasse</i>	73	16	42	33.02	5.8

Tableau XVI

*Statistiques descriptives - Échelle de perception de soi (SPPA)*

Échelle de perception de soi	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>SPPA- Compétence scolaire</i>	66	1	4	2.8	0.69
<i>SPPA – acceptation sociale</i>	66	1	4	2.8	0.71
<i>SPPA – Compétence sportive</i>	66	1.6	4	2.9	0.63
<i>SPPA – apparence physique</i>	66	1	4	2.7	0.76
<i>SPPA- Conduite</i>	65	1	4	2.5	0.59
<i>SPPA – Attirance romantique</i>	66	1.6	4	2.8	0.61
<i>SPPA – amitié/intimité</i>	66	1.4	4	3.1	0.67
<i>SPPA – estime de soi</i>	66	1.33	4	22.7	0.74

Tableau XVII

*Statistiques descriptives - Échelle Habiletés sociales (MESSY)*

Échelle d'habiletés sociales	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>MESSY – Habiletés sociales</i>	73	45	106	80.2	12.1
<i>MESSY – Affirmation de soi</i>	72	16	48	30.6	7.7
<i>MESSY – Traits impulsifs</i>	70	6	24	12.5	3.8
<i>MESSY-Confiance excessive</i>	73	5	22	9.9	3.1
<i>MESSY – Jalousie</i>	73	4	17	7.5	2.6
<i>MESSY – Score Total</i>	73	130	205	166.6	17.1

Tableau XVIII

*Statistiques descriptives – Échelle d'attribution de la responsabilité face à un crime (GUDJONSSON)*

Échelle d'attribution de la responsabilité face au crime	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>Gudjonsson – Culpabilité</i>	63	6	18	14.2	2.6
<i>Gudjonsson – Facteur externe</i>	63	0	7	2.3	1.9
<i>Gudjonsson – Facteur interne</i>	66	0	9	5.8	2.1

Tableau XIX

*Statistiques descriptives - Stratégies d'adaptation face au stress (CISS)*

Échelle de stratégies d'adaptation face au stress	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>CISS – Tâches</i>	68	24	75	52.9	10.1
<i>CISS – Émotions</i>	68	33	75	54.1	9.7
<i>CISS – Évitement</i>	68	30	76	52.3	10.7

Tableau XX

*Statistiques descriptives - Questionnaire sur les rendez-vous romantiques (KIRBY)*

Questionnaire sur les rendez-vous romantiques	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>Confort parler sexualité</i>	62	1	4	2.6	0.78
<i>Confort parler contraception</i>	58	1	4	2.6	0.82
<i>Confort parler contraception sexualité avec parents</i>	66	1	4	2.1	1.1
<i>Confort dire non à sexualité</i>	57	1	4	3	0.78
<i>Confort à utiliser contraception</i>	59	1	4	3.1	0.83
<i>Score total</i>	59	27	72	53.5	10.5

Tableau XXI

*Statistiques descriptives - Échelle de détresse post-traumatique (TSCC)*

Échelle de détresse post-traumatique	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>TSCC- Tendance au déni (underresponse)</i>	65	39	91	48.7	10.1
<i>TSCC – Hyperresponse</i>	65	47	148	57.4	18.7
<i>TSCC- Anxiété</i>	65	34	97	58.7	13.7
<i>TSCC – Dépression</i>	65	33	104	60.4	14.1
<i>TSCC – SSPT</i>	65	34	86	57.9	11.7
<i>TSCC – Préoccupations sexuelles</i>	64	38	117	62.2	15.8
<i>TSCC – Dissociation</i>	64	35	88	57.3	12.3
<i>TSCC – Colère</i>	65	33	69	48.7	8.1

Tableau XXII

*Statistiques descriptives - Inventaire de personnalité Jesness*

Inventaire de personnalité Jesness	N	Minimum	Maximum	Moyenne (Score-T)	Écart-Type
<i>SM – Mésadaptation sociale</i>	59	37	87	61.5	12.6
<i>VO – Orientation aux valeurs</i>	62	38	74	56.4	9.7
<i>IMM – Immaturité</i>	59	45	85	63.5	9.5
<i>AU – Autisme</i>	62	46	81	59.2	9.6
<i>AL – Aliénation</i>	63	41	76	56.2	9.1
<i>MA – Agressivité manifeste</i>	62	32	73	54.1	9.6
<i>WD – Retrait</i>	62	35	76	53.9	9.4
<i>SA – Anxiété sociale</i>	62	34	69	51.9	9.1
<i>REP – Refoulement</i>	60	35	95	57.4	12.9
<i>DEN – Déni</i>	60	13	66	43.9	10.3
<i>INDICE Asocialité</i>	57	34	94	59.2	12.1



Tableau XXIII

*Statistiques descriptives –Échelle de motivation au changement (URICA)*

Échelle de motivation au changement	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>URICA- Précontemplation</i>	71	8	33	16.10	6
<i>URICA- Contemplation</i>	72	13	40	35.4	5.5
<i>URICA-Action</i>	71	15	40	34.6	5
<i>URICA- Maintien</i>	72	14	36	26.5	5

Tableau XXIV

*Statistiques descriptives –Échelle de soutien social (SSQ)*

Échelle de soutien sociale	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>SSQ- Nombre</i>	70	7	40	18.6	8
<i>SSQ – Satisfaction</i>	70	10	36	30.76	5

Tableau XXV

*Statistiques descriptives –Échelle d’environnement familial (MOOS)*

Échelle d’environnement familiale	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-Type
<i>MOOS – Expression</i>	70	2	9	5	1.35
<i>MOOS – Cohésion</i>	71	0	9	6.1	2.45
<i>MOOS Conflit</i>	71	1	9	5.87	1.9