

Université de Montréal

**Le changement thérapeutique
chez les adolescents agresseurs sexuels suite au traitement**

par

Hélène Latrille

Ecole de criminologie

Faculté des Arts et des Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

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

à la maîtrise en criminologie

option mémoire

Septembre, 2016

© Hélène Latrille, 2016

Résumé

De nombreuses études à ce jour ont démontré que le traitement des adolescents agresseurs sexuels (AAS) permet de réduire le risque de récurrence mais très peu ont étudié les processus internes permettant d'aboutir à ces résultats. Le but de notre recherche était d'évaluer si le traitement des AAS amène à des changements au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle : les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. L'impact de la motivation au changement et des symptômes de trauma sur les progrès thérapeutiques a également été pris en compte. Notre échantillon était composé de 43 adolescents agresseurs sexuels d'enfants ayant participé à un programme de traitement. Les résultats de nos analyses pré-post traitement indiquent des changements significatifs pour l'ensemble des facteurs liés à l'agression sexuelle ainsi qu'une diminution significative des symptômes de trauma. Ces changements sont tous positifs, hormis pour les habiletés sociales qui restent déficitaires. Les données sur la motivation n'étaient pas suffisantes pour établir si ce facteur était lié aux progrès thérapeutiques mais indiquaient qu'en moyenne, ces jeunes étaient motivés pour le changement. Enfin, des analyses corrélationnelles ont établi que les changements au niveau des symptômes de trauma étaient en lien avec ceux observés au niveau des habiletés sociales, de l'isolement social et des stratégies d'adaptation.

Mots clés : adolescents, agression sexuelle, changement thérapeutique, motivation, trauma

Abstract

To this day, research has shown that the treatment of adolescent sexual offenders (AAS) reduces their risk of sexual recidivism. However, few studies to date have examined the internal process leading to these results. The purpose of our research was to determine whether the treatment of AAS leads to changes among factors related to sexual offending among AAS. The impact of motivation to change and trauma symptoms on therapeutic progress was also examined. Our sample consisted of 43 AAS who participated in a treatment program. The results of our pre-post treatment analysis indicate significant changes on social isolation, inadequate strategies of coping and cognitive distortions and a significant reduction of trauma symptoms. These changes are all positive, except for the social skills that remain in deficit. The data on motivation demonstrated that the youths in treatment were motivated for change but were not sufficient to establish whether this factor was linked to the progress of the subjects. Finally, correlational analyzes have established that the changes in trauma symptoms were related to those seen in social skills, social isolation and strategies of coping.

Key words: adolescents, sexual aggression, therapeutic change, motivation, trauma.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des abréviations	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
1. Recension des écrits	4
1.1. Portrait démographique	5
1.1.1. Ampleur du phénomène	5
1.1.2. Classifications des AAS	6
1.1.2.1. <i>Le profil basé sur la nature des délits</i>	7
1.1.2.2. <i>Le profil basé sur l'âge des victimes</i>	8
1.1.3. Les caractéristiques des AAS	9
1.1.3.1. <i>Les caractéristiques psycho-sociales et de personnalité</i>	9
1.1.3.2. <i>L'environnement familial et les antécédents de victimisation</i>	10
1.2. Les facteurs liés à l'agression sexuelle	14
1.2.1. Le comportement sexuel inadapté et les intérêts sexuels déviants	14
1.2.2. Les habiletés sociales déficitaires et l'isolement social	16
1.2.3. Les stratégies d'adaptation inadaptées	17
1.2.4. Les distorsions cognitives	19
1.3. La récurrence des AAS	19
1.4. Le traitement des AAS	21
1.4.1. Les modalités de traitement actuelles	22
1.4.1.1. <i>Principes, buts et facteurs ciblés dans les traitements</i>	22
1.4.1.2. <i>Les différents types de traitement</i>	22
1.4.2. La motivation au traitement	25
1.5. L'efficacité des traitements auprès des AAS	26
1.5.1. Impact du traitement sur la récurrence	27
1.5.2. L'évaluation du changement thérapeutique	29
1.6. Objectifs de recherche et hypothèses	30
2. Méthodologie	33
2.1. Echantillon	34
2.2. Mesures	36
2.3. Procédure	42
2.4. Stratégie analytique	43
3. Résultats	45
3.1. Analyses pré-post traitement	46
3.2. Impact de la motivation sur le traitement	50
3.3. Changements et impact du trauma sur le traitement	54

4. Discussion.....	60
4.1. Evaluation du changement thérapeutique	61
4.2. Impact de la motivation sur le traitement.....	67
4.3. Les symptômes de trauma : changements et impact sur le traitement	68
5. Implications et limites de l'étude	72
5.1. Implications.....	73
5.2. Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures	75
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	86

Liste des tableaux

Tableau 1.....	47
<i>MESSY : résultats pré et post traitement et ampleur du changement</i>	
Tableau 2.....	48
<i>SSQ : résultats pré et post traitement et ampleur du changement</i>	
Tableau 3.....	49
<i>CISS : résultats pré et post traitement et ampleur du changement</i>	
Tableau 4.....	50
<i>QCA : résultats pré et post traitement et ampleur du changement</i>	
Tableau 5.....	51
<i>Moyenne des résultats à l'URICA en traitement</i>	
Tableau 6a.....	53
<i>Corrélations entre l'URICA et les pourcentages de changement au MESSY et au SSQ</i>	
Tableau 6b.....	54
<i>Corrélations entre l'URICA et les pourcentages de changement au CISS et au QCA</i>	
Tableau 7.....	55
<i>TSCC : résultats pré et post traitement et ampleur du changement</i>	
Tableau 8a.....	58
<i>Corrélations entre les pourcentages de changement au TSCC et les pourcentages de changement au MESSY et au SSQ</i>	
Tableau 8b.....	59
<i>Corrélations entre les pourcentages de changement au TSCC et les pourcentages de changement au CISS et au QCA</i>	

Liste des abréviations

AAS : Adolescents Agressors Sexuels

CALPAS : California Psychotherapy Alliance Scale

CISS : Coping Inventory for Stressful Situations

CPI : California Psychological Inventory

DUC : Déclaration Uniforme de la Criminalité

J-SOAP-II : Juvenile Sex Offender Assessment Protocol–II

MACI : Millon Adolescent Clinical Inventory

MESSY : Matson’s Evaluation of Social Skills in Youngsters

POMP : Percent of the Maximum Possible score

QCA : Questionnaire des Cognitions pour Adolescents

SAVRY : Structured Assessment of Violence Risk in Youth

SSQ : Social Support Questionnaire

TSCC : Trauma Symptom Checklist for Children

URICA : University of Rhode Island Change Assessment Scale

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Franca CORTONI pour avoir accepté de superviser cette recherche avec tant de patience et de disponibilité. Je souhaite lui exprimer toute ma gratitude pour l'intérêt porté à mon travail, ses conseils avisés, son expertise de qualité et sa rigueur inébranlable dont j'ai tenté de m'inspirer tout au long de la rédaction de ce mémoire. Je vous remercie pour votre accompagnement et votre soutien.

Je tiens également à remercier Kenza et Tristan pour m'avoir conseillé à plusieurs reprises concernant mes analyses statistiques. Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour m'éclairer davantage dans ce domaine.

Je tiens enfin à remercier Maryline pour sa patience et son soutien.

Introduction

Les adolescents agresseurs sexuels (AAS) constituent un sujet récent de recherche. Du fait de se trouver dans une période de transition durant laquelle chaque jeune est amené à faire de nouvelles découvertes, pendant longtemps, l'acte sexuel de l'adolescent a été considéré comme un geste exploratoire assez banal à cet âge (Haesevoets, 2001). Ce n'est que depuis la fin des années 1990 que l'agression sexuelle par les jeunes a été véritablement étudiée et prise en compte, notamment du fait du taux élevé d'agressions commises et de leurs incidences sur les victimes (Prentky, Harris, Frizzell et Righthand, 2000). En développant les études sur l'agression sexuelle chez les adultes, les chercheurs se sont peu à peu intéressés aux plus jeunes qui désormais, font l'objet de nombreux travaux (Viens, Tourigny, Lagueux et Etienne, 2012).

Il est également important de mentionner que, selon les recherches, une grande proportion des délinquants sexuels adultes ont admis avoir commis leur premier délit sexuel à l'adolescence (Oxnam et Vess, 2008; Pullman et Seto, 2012; Veneziano et Veneziano, 2002). Certains auteurs indiquent qu'il est fréquent de constater une progression dans la carrière criminelle des agresseurs sexuels, lesquels débentent par des infractions sexuelles sans contact physique comme l'exhibitionnisme ou le voyeurisme à l'adolescence, pour ensuite commettre des agressions sexuelles avec contacts physiques à la fin de l'adolescence ou à l'âge adulte (Oxnam et Vess, 2008; Rabaux, 2007). L'intervention auprès des adolescents auteurs d'agression sexuelle est donc devenue une préoccupation importante des praticiens. Des programmes de traitement adaptés à leur âge et à leur stade de développement ont été élaborés et mis en place dans le but de réduire le risque de récidive et de permettre la réinsertion de ces jeunes dans la société.

Si à ce jour un grand nombre d'études ont cherché à démontrer l'efficacité de ces programmes en terme de réduction de la récidive, très peu se sont intéressées à la « boîte noire »

du traitement, c'est-à-dire aux changements et progrès thérapeutiques. Ce type de recherche a été mené essentiellement pour les adultes agresseurs sexuels (Beggs et Grace, 2011). Le manque de connaissance à ce sujet pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle constitue toujours une limite empirique et théorique importante pour la prévention de l'agression sexuelle et des études supplémentaires sont, par conséquent, nécessaires.

Dans le but d'améliorer les connaissances sur l'efficacité du traitement pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle, le présent mémoire rend compte des résultats de notre étude sur le changement thérapeutique dans un échantillon de 43 AAS ayant participé à un programme de traitement en groupe. A partir d'une banque de données préexistantes comprenant les résultats à différentes mesures passées en pré et en post traitement par l'ensemble de nos sujets, nous avons étudié le changement thérapeutique sur la base de quatre facteurs liés à l'agression sexuelle : les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. Les recherches ayant démontré que la motivation au traitement et la présence de symptômes de trauma peuvent influencer sur les progrès thérapeutiques, nous avons pris en compte ces données dans nos analyses. Après un exposé de la littérature sur les AAS, leurs caractéristiques cliniques, les facteurs liés à l'agression sexuelle et les traitements existants, nous présentons notre méthodologie de recherche ainsi que les résultats de nos analyses. Ces résultats sont ensuite discutés et les contributions de la recherche sont exposées. Enfin, nous soulevons les différentes limites de notre travail permettant de donner des pistes d'investigation pour les recherches futures.

1. Recension des écrits

1.1. Portrait démographique

1.1.1. Ampleur du phénomène

Selon Barbaree et Marshall (2006), les jeunes délinquants sexuels seraient responsables de 20% de toutes les infractions sexuelles et de 30 à 50% de toutes les agressions sexuelles envers les enfants. D'après le Centre canadien de la statistique juridique (2014), en 2012, 30 % des auteurs présumés d'une infraction sexuelle contre un enfant ou un jeune au Canada étaient âgés de 12 à 17 ans, les âges les plus courants étant 13 ans (117 pour 100 000) et 14 ans (115 pour 100 000). Plus précisément, 25% des auteurs présumés d'infractions sexuelles contre des jeunes entre 12 et 17 ans étaient des adolescents du même âge. Lorsque la victime était âgée de 0 à 3 ans, 25% des auteurs présumés étaient âgés de 12 à 15 ans, tandis que pour les victimes de 4 à 6 ans, près de la moitié, soit 46% des auteurs présumés, étaient âgés de 12 à 15 ans. Globalement, 39% des auteurs présumés d'infractions sexuelles contre des victimes de moins de 12 ans étaient âgés de 12 à 17 ans (Cotter et Beaupré, 2014).

Selon le Ministère de la Sécurité publique et les données du programme de déclaration uniforme de la criminalité (DUC, 2015), au Québec, en 2013, près du quart des auteurs présumés d'infractions sexuelles avaient moins de 18 ans, soit 620 des 2619 auteurs présumés, et étaient responsables de 33,7% des infractions sexuelles sur mineurs. Chez les hommes, le taux le plus élevé de jeunes auteurs d'infractions sexuelles par 100.000 habitants est enregistré chez les garçons de 15 à 17 ans tandis que, chez les femmes, ce sont les filles de 12 à 14 ans les plus représentées. Cependant, le taux d'auteurs présumés est extrêmement faible chez les femmes en général, s'établissant à seulement 2% au total (Statistiques 2013 sur les agressions sexuelles au Québec, Ministère de la Sécurité publique, 2015).

Les chiffres concernant la prévalence des adolescents agresseurs sexuels sont donc considérables. Cependant, l'agression sexuelle est un crime difficile à rapporter et le nombre exact de victimes est par conséquent particulièrement compliqué à établir. En effet, d'après plusieurs études, comme celle de Lagueux et Tourigny (1999), la majorité des agressions sont gardées sous silence notamment en raison de la honte ou encore de la peur ressentie par les victimes. Lafortune, Proulx, Tourigny et Metz (2004) ajoutent à cela la crainte de briser la famille puisque dans 93% des cas, les victimes ont un lien proche avec leur agresseur. Ainsi, selon les statistiques du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour l'année 2004, près de 90% des infractions sexuelles ne seraient pas déclarées à la police (Ministère de la Sécurité publique, 2006). Cette solide omerta suggère que le taux d'agressions sexuelles perpétrées par les jeunes adolescents est bien plus élevé que les chiffres exposés et que toute l'ampleur de ce phénomène n'est pas encore connue.

1.1.2. Classifications des AAS

Les recherches indiquent que les adolescents agresseurs sexuels constituent une population hétérogène avec des caractéristiques et des besoins de traitement différents selon les groupes (Veneziano et Veneziano, 2002). D'après Guay et Gaumont-Casias (2015), il existe plusieurs typologies dans la littérature, basées sur différents critères comme le *modus operandi* (Langström, Grann et Lindblad, 2000), les profils de personnalité selon le California Psychological Inventory (CPI - Gough, 1987; Worling, 2001), le risque de développer des comportements plus graves (Smith, Wampler, Jones et Reifman, 2005) ou encore le parcours développemental des adolescents agresseurs sexuels (Daversa et Knight, 2007). Dans ces typologies, un nombre important de critères est utilisé et seule la ressemblance générale au

prototype détermine l'appartenance (Guay et Gaumont-Casias, 2015). C'est pourquoi, les auteurs se sont davantage tournés vers les modèles classificatoires pour comprendre la diversité des AAS, ces modèles permettant de distinguer des sous-types de délinquants à partir d'un critère précis, notamment le profil basé sur la nature des délits et le profil basé sur l'âge de la victime.

1.1.2.1. Le profil basé sur la nature des délits

La première classification des AAS est basée sur la nature des délits, distinguant les adolescents qui commettent des crimes uniquement sexuels de ceux qui commettent également d'autres crimes. Ainsi, dans cette classification, certains adolescents agresseurs sexuels sont considérés comme des généralistes, commettant des crimes non sexuels et des crimes sexuels, tandis que les autres sont considérés comme des spécialistes, commettant uniquement des crimes sexuels. D'après Pullman et Seto (2012), tandis que les AAS étaient généralement considérés comme un type particulier de délinquants juvéniles, les recherches ont démontré qu'ils ressemblaient davantage aux adolescents délinquants non sexuels plutôt que de s'en distinguer. Spécifiquement, Pullman et Seto (2012) ont ré-examiné les données de la méta-analyse de Seto et Lalumière (2010) sur les facteurs étiologiques et le risque de récidive chez les adolescents agresseurs sexuels (n = 3855). Selon ces auteurs, les résultats de cette méta-analyse démontrent que la majorité des AAS sont des généralistes tandis que seule une minorité d'entre eux sont des spécialistes, à risque uniquement de récidive sexuelle.

Pullman et Seto (2012) expliquent que la majorité des AAS partageraient les mêmes facteurs de risque pour la criminalité que les adolescents délinquants non sexuels incluant la personnalité antisociale, des attitudes et des croyances antisociales, une association à des pairs

délinquants et la consommation de drogues. L'agression sexuelle n'est donc pas le délit central de ces jeunes mais uniquement une des résultantes de leur comportement antisocial. Pour ce qui est de la minorité d'adolescents spécialistes, d'autres facteurs de risque sont en jeu, notamment la présence de victimisations sexuelles et/ou violentes durant l'enfance, une exposition précoce au sexe et à la pornographie et des intérêts sexuels déviants. Pour Pullman et Seto (2012), cette distinction est cliniquement importante dans le choix du type de traitement, les deux groupes ne présentant pas les mêmes besoins.

1.1.2.2. Le profil basé sur l'âge des victimes

La seconde classification des AAS est basée sur l'âge des victimes, séparant les adolescents qui agressent les enfants des adolescents qui agressent les pairs ou les adultes. A date, il s'agit de la classification ayant reçu le plus grand appui empirique (Aebi, Vogt, Plattner, Steinhausen et Bessler, 2012).

Les adolescents agresseurs d'enfants se distinguent des adolescents agresseurs de pairs ou d'adultes dans le type de délits commis et le type de victimes. Les adolescents qui agressent les enfants font initialement plus de victimes (Zeng, Chu, Koh et Teoh, 2015) et peuvent cibler autant les filles que les garçons (Hunter, Figueredo, Malamuth et Becker, 2003). On note, dans ces cas, que 20 à 30% des victimes sont des garçons tandis que les victimes des adolescents qui agressent les pairs ou les adultes sont majoritairement de sexe féminin. De plus, les agresseurs d'enfants connaissent davantage leur victime et ont souvent recours à la manipulation et aux menaces (Hendriks et Bijleveld, 2004; Hunter et al., 2003; Hunter, Figueredo, Malamuth et Becker, 2004), tandis que les adolescents qui agressent des pairs ou des adultes sont plus

susceptibles d'avoir recours à la violence et de causer des blessures à leurs victimes (Keelan et Fremouw, 2013; Stevens, Hutchin, French et Craissati, 2013). Ces derniers ont aussi davantage tendance à s'associer à leurs pairs dans leurs activités délinquantes et peuvent plus souvent commettre d'autres délits que les agressions sexuelles (Oxnam et Vess, 2008; Robertiello et Terry, 2007). Enfin, les AAS de pairs ou d'adultes sembleraient être plus fréquemment sous l'emprise de l'alcool ou d'une substance au moment des faits que les agresseurs d'enfants (Stevens et al., 2013).

Le type d'agression est donc différent entre les deux groupes. Puisque les agresseurs d'enfants semblent être davantage des spécialistes, il semblerait qu'ils soient plus à risque de récidive sexuelle que les agresseurs de pairs ou d'adultes dont la trajectoire de délinquance est plus polymorphe (Hendricks et Bijleveld, 2008). Cette distinction entre les agresseurs d'enfants et les agresseurs de pairs/adultes se retrouve à tous les niveaux, ces deux groupes ne présentant pas les mêmes caractéristiques.

1.1.3. Les caractéristiques des AAS

1.1.3.1. Les caractéristiques psycho-sociales et de personnalité

D'après la revue de littérature de Veneziano et Veneziano (2002) sur les adolescents agresseurs sexuels, les AAS se caractérisent notamment par des déficits dans les habiletés sociales avec un faible contrôle de soi dans les relations et un isolement vis-à-vis des pairs. En contraste avec les adolescents agresseurs de pairs/adultes, les adolescents qui agressent les enfants ont en général un fonctionnement social plus déficient avec des compétences sociales moindres, un vécu de victimisation à l'école et des expériences difficiles avec les pairs (Gunby et

Woodhams, 2010; Hendriks et Bijleveld, 2004; Hunter et al., 2003; Hunter et al., 2004, Stevens et al., 2013). De plus, les études indiquent qu'au niveau des symptômes psychologiques, ils souffrent davantage de dépression et d'anxiété (Glowacz et Born, 2013; Gunby et Woodhams, 2010; Hart-Kerkhoffs, Doreleijers, Jansen, van Wijk et Bullens, 2009; Hendriks et Bijleveld, 2004; Hunter et al., 2003) et ont une plus faible estime d'eux-mêmes comparativement aux AAS qui agressent les pairs ou les adultes (Hendriks et Bijleveld, 2004; Hunter et al., 2004).

Dans leur examen des traits de personnalité, Glowacz et Born (2013) ont comparé les résultats de 26 adolescents agresseurs d'enfants, 21 adolescents agresseurs de pairs/adultes et de 20 jeunes délinquants non sexuels sur le *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI ; Millon et Davis, 1993). Ces auteurs ont trouvé que les agresseurs d'enfants étaient plus réservés et anxieux tandis que les agresseurs de pairs ou d'adultes démontraient davantage de non conformisme et d'indiscipline, de prédisposition délinquante, d'abus de substance, d'impulsivité et de fonctionnement antisocial. Finalement, les agresseurs de pairs ou d'adultes ne se distinguaient pas des jeunes délinquants non sexuels au niveau des caractéristiques de personnalité et des caractéristiques cliniques, incluant les traits de la personnalité antisociale.

Les adolescents agresseurs sexuels présentent donc des déficits au niveau psycho-social qui rendent difficiles leurs rapports aux autres. Ces déficits sont souvent la conséquence d'un environnement familial instable et maltraitant.

1.1.3.2. L'environnement familial et les antécédents de victimisation

Les adolescents agresseurs sexuels proviennent souvent de familles qui se caractérisent par une grande instabilité, majoritairement dénuées des ressources nécessaires pour faire face aux

difficultés et créer une relation émotionnelle contenante entre parents et enfants (Guay et Gaumont-Casias, 2015). D'après LeBlanc (2003), il s'agit souvent de familles éclatées, dysfonctionnelles dans lesquelles les relations sont conflictuelles. Le manque de supervision, voire la conduite déviante des parents, peuvent avoir des conséquences sur la qualité de vie familiale et donc sur le développement du jeune.

Dans une récente recherche, Miner, Romine, Robinson, Berg et Knight (2016) ont étudié le lien entre un attachement insécure aux parents, l'isolement social, les compétences interpersonnelles et l'abus sexuel d'enfants chez les adolescents. Pour cela, ils ont comparé des AAS agresseurs d'enfants (n = 140) et des AAS agresseurs de pairs ou d'adultes (n = 92) avec un échantillon d'adolescents non délinquants étant traités pour des problèmes de santé mentale ou d'abus de substance (n = 93). Les résultats de l'étude ont montré qu'un attachement anxieux peut augmenter les risques de commettre des abus sexuels au moment de la puberté. Ces deux phénomènes ne sont cependant pas directement liés. Un attachement anxieux entraîne des difficultés au niveau des habiletés sociales. Le rejet des pairs, fréquemment retrouvé chez ces adolescents, était en lien avec l'attachement problématique et associé par le jeune au sentiment d'être inadapté et non reconnu dans sa masculinité (Miner et al., 2016). Ainsi, les auteurs font l'hypothèse que, pour ces jeunes, l'agression sexuelle permettrait de compenser ces manques et de reprendre le contrôle.

En plus des problèmes familiaux et d'attachement, les AAS rapportent de nombreuses victimisations durant leur enfance. La méta-analyse effectuée par Seto et Lalumière (2010) permet d'observer différents types d'abus parmi les AAS. Concernant les victimisations sexuelles, 29 des 31 études sur le sujet montrent qu'un historique de victimisation sexuelle est

plus fréquent chez les AAS que chez les délinquants non sexuels, les chiffres étant respectivement de 46 et 16%. Concernant les abus physiques, la différence est moindre mais le taux est tout de même plus élevé chez les AAS avec 59% contre 49% pour les délinquants non sexuels, selon les 20 études recensées qui ont traité la question. Il est à noter, dans ce contexte, que les abus physiques concernent davantage les AAS de pairs/adultes (Gunby et Woodhams, 2010) tandis que les AAS d'enfants auraient connu majoritairement des abus sexuels dans leur enfance (Hart-Kerkhoffs et al., 2009; Seto et Lalumière, 2010). En effet, dans une étude sur les caractéristiques développementales et les caractéristiques des agressions d'un échantillon de 184 AAS, Stevens et al. (2013) ont trouvé que 55% des agresseurs d'enfants ont un historique de victimisation sexuelle contre 15% des agresseurs de pairs/adultes. Enfin, concernant les violences psychologiques, neuf études sur 11 de la méta-analyse de Seto et Lalumière (2010) montrent un taux élevé chez les adolescents agresseurs sexuels.

Les adolescents agresseurs sexuels auraient donc majoritairement connu des victimisations sexuelles et/ou physiques durant l'enfance. Ces expériences traumatiques passées pourraient être en lien avec le risque de commettre à leur tour des agressions. En effet, dans une étude sur un échantillon de 82 AAS, Oxnam et Vess (2008) ont constaté que les adolescents délinquants qui avaient été victimes d'abus sexuels ont commencé leur propre délinquance beaucoup plus tôt, ont eu plus de victimes, étaient plus susceptibles d'abuser autant les garçons que les filles, et ont eu tendance à montrer davantage de traits psychopathologiques et de problèmes interpersonnels que les délinquants qui n'ont pas été agressés sexuellement par leurs parents. Les expériences traumatiques passées, et notamment les abus sexuels, seraient donc liés au risque de commettre une agression sexuelle à l'adolescence.

Dans ce contexte, Hunter et al. (2004) suggèrent que grandir dans des familles abusives ou être exposé à la violence, notamment la violence envers les femmes, entraînerait des déficits psycho-sociaux à l'adolescence qui pourraient parfois conduire à des agressions sexuelles envers des enfants. Ces auteurs suggèrent que lorsque, durant l'enfance, les jeunes ont été témoins de scènes de violence et de domination, à l'adolescence, ils peuvent être piégés dans une répétition de ce modèle antisocial et abusif, pouvant aller jusqu'à une intensification des stratégies sexuelles coercitives afin de pouvoir dominer à leur tour. Une étude de Burton (2003), réalisée sur un échantillon de 471 adolescents agresseurs sexuels dont 179 qui avaient été abusés sexuellement dans l'enfance soutient cette hypothèse. L'auteur a trouvé que les jeunes ayant été victimisés sexuellement durant leur enfance avaient ensuite tendance à commettre les mêmes types d'actes sexuels violents qu'ils avaient eux-mêmes vécus. Ainsi, des données suggèrent une certaine répétition du comportement au regard des expériences traumatiques passées.

En résumé, les agresseurs d'enfants semblent être des adolescents réservés, isolés, qui ont connu majoritairement des victimisations sexuelles dans l'enfance et qui ont développé davantage de symptômes et de troubles psychologiques que les autres adolescents. Ils démontrent plus d'affects dépressifs et sont anxieux dans leurs rapports aux autres. En comparaison, les agresseurs de pairs/adultes ont connu majoritairement des violences physiques dans l'enfance. Ils ressembleraient davantage aux jeunes délinquants non sexuels, notamment au niveau des traits antisociaux, et auraient davantage tendance à s'associer à leurs pairs pour agresser leurs victimes. De manière générale, les adolescents agresseurs sexuels présentent des déficits psychosociaux et proviennent souvent de familles dont les parents sont empreints aux comportements de violence ou antisociaux. L'instabilité du milieu familial et de la relation d'attachement, ainsi que les

expériences traumatiques de victimisation dans l'enfance, et notamment les abus sexuels, sont liés aux facteurs de risque de commettre des agressions sexuelles à l'adolescence.

1.2. Les facteurs liés à l'agression sexuelle

Les recherches concernant les adultes agresseurs sexuels permettent aujourd'hui de connaître tant les facteurs étiologiques, donc en lien avec l'origine du passage à l'acte, que les facteurs de risque de récurrence, en lien avec la répétition des agressions après que la personne ait été détectée par le système de justice criminelle. En revanche, concernant les adolescents agresseurs sexuels, les recherches ne sont pas aussi avancées et une nette distinction entre ces deux types de facteurs n'est pas encore possible (Zeng et al., 2015). Néanmoins, dans les recherches sur le passage à l'acte des adolescents agresseurs sexuels et/ou la persistance de l'agression, les auteurs ont tout de même dégagé plusieurs facteurs caractéristiques des AAS qui joueraient un rôle important dans les comportements d'agression sexuelle (ex., Veneziano et Veneziano, 2002). Ces facteurs incluent notamment le comportement sexuel inadapté et les intérêts sexuels déviants, les habiletés sociales déficitaires et l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives.

1.2.1. Le comportement sexuel inadapté et les intérêts sexuels déviants

L'agression sexuelle des AAS est liée à un comportement sexuel inadapté des adolescents et parfois au développement d'intérêts sexuels déviants. D'après Hart-Kerkhoffs et al. (2009), les problèmes internalisés et le développement psycho-sexuel précaire proviendraient notamment du fait qu'ils ont été eux-mêmes agressés sexuellement. En effet, en subissant des abus ou en étant exposés très tôt au sexe et à la pornographie, les jeunes sont éveillés de manière précoce et

déviante à la sexualité, ce qui peut influencer sur leur développement psycho-sexuel, leurs attitudes et leurs valeurs, en compromettant l'intégration d'une sexualité normative (Tardif, 2015a). Tardif, Quenneville, Jacob et Auclair (2012) nous expliquent ainsi qu'un climat familial empreint d'une érotisation des liens et d'une absence de limites par rapport à la sexualité sont des sources de surexcitation traumatisante. Ainsi, la précocité de l'éveil sexuel et des premières expériences et la non intégration des limites et des interdits en terme de sexualité peuvent entraîner à l'adolescence des comportements sexuels inappropriés voire abusifs.

D'après la littérature, les adolescents agresseurs sexuels rapportent significativement plus de fantasmes sexuelles atypiques et d'excitations sexuelles déviantes que les autres adolescents (Guay et Gaumont-Casias, 2015; Hart-Kerkhoffs et al., 2009; Hunter et al., 2003, Seto et Lalumière, 2010), bien que l'origine de celles-ci soit toujours inconnue et qu'il n'y ait pas encore d'appui empirique solide ni de consensus à sujet (Worling, 2012). Ces pensées, fantasmes et excitations sexuelles surviendraient avant le comportement et mettent en scène un type de sexualité non normatif et problématique comme le sexe avec un enfant ou encore le sexe avec violence (Worling, 2012). Ces intérêts sexuels déviants sont un facteur de risque de récurrence sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels, bien que seulement une minorité d'entre eux en soit pourvus (Worling, 2012; Worling et Langström, 2006; Parks et Bard, 2006). Par exemple, Stevens et al. (2013) ont trouvé que, parmi les 184 AAS de leur étude, seulement 21% des agresseurs d'enfants et 10% des agresseurs de pairs ou d'adultes rapporteraient des fantasmes sexuelles déviantes.

1.2.2. Les habiletés sociales déficitaires et l'isolement social

Les recherches démontrent que les adolescents agresseurs sexuels ont des habiletés sociales et relationnelles déficitaires. Celles-ci se caractérisent par des difficultés profondes à établir et maintenir un lien social avec autrui, rendant les relations avec les pairs souvent pauvres et limitées (Seto et Lalumière, 2010). Ces problèmes sociaux créent un isolement qui renforce le sentiment d'être inadapté socialement et accentue la difficulté à créer des relations avec autrui (Rabaux, 2007; Miner et al., 2016; Seto et Lalumière, 2010; Tardif, 2015b). De plus, l'isolement social est un facteur de risque de récidive sexuelle (Worling et Langström, 2006). En effet, les jeunes qui sont incapables ou qui ne sont pas intéressés par le fait de construire des relations intimes avec leurs pairs, ou encore qui sont rejetés par eux, sont à plus haut risque de commettre à nouveau des abus sexuels et/ou violents. Selon Tardif (2015b), ces déficits relationnels sont associés aux difficultés des AAS à autoréguler leurs émotions, à agir impulsivement ou encore à présenter une insensibilité aux autres, qui se traduit par un manque certain d'empathie pour la victime et pour les personnes qui les entourent. Les habiletés sociales déficitaires et l'isolement social découleraient donc notamment de difficultés dans la régulation et la gestion des émotions.

D'après 23 études recensées dans la méta-analyse de Seto et Lalumière (2010), les adolescents agresseurs sexuels ont des problèmes de régulation émotionnelle. Ils ont peu d'estime d'eux-mêmes, ressentent beaucoup d'anxiété et sont sujets aux affects dépressifs. De plus, Hunter et al. (2003), dans leur étude sur 182 AAS, ont établi que la violence physique et le fait d'être témoin de violence envers les femmes étaient associés à des niveaux plus élevés d'anxiété et de dépression. Ces problèmes d'anxiété et de dépression auraient à leur tour un impact négatif sur le fonctionnement interpersonnel pour mener à des déficits psycho-sociaux. Il est important de

préciser que ceci concerne davantage les adolescents agresseurs d'enfants qui ont moins de confiance social et d'estime d'eux-mêmes que les agresseurs de pairs/adultes, dont les problèmes se situent davantage au niveau du comportement sexuel qu'au niveau du fonctionnement interpersonnel (Miner et al., 2016).

Les habiletés sociales déficitaires et l'isolement social seraient donc en lien avec le développement de la délinquance sexuelle à l'adolescence, l'agression sexuelle pouvant résulter, entre autres, de compétences relationnelles pauvres (Miner et al., 2016) associée à des difficultés de régulation des émotions. Ces difficultés psycho-affectives sont de plus associées avec des difficultés au niveau des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes.

1.2.3. Les stratégies d'adaptation inadaptées

Les recherches sur les adolescents agresseurs sexuels indiquent que ces derniers ont des difficultés d'adaptation, notamment des difficultés à résoudre les problèmes de manière positive (Prentky et al., 2000). Trois types de stratégies d'adaptation sont identifiés dans la littérature : les stratégies qui consistent à cibler le problème et à régler l'agent stressant, les stratégies qui consistent à éviter l'agent stressant pour ne pas y faire face et enfin les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions visant à gérer les états affectifs liés à l'agent stressant (Endler et Parker, 1990).

D'après Pagé, Tourigny et Renaud (2010), très peu d'études ont examiné à ce jour le lien entre délinquance sexuelle à l'adolescence et adaptation. Ces auteurs ont mené une recherche sur deux groupes d'adolescents avec 98 jeunes agresseurs sexuels et 98 pairs non délinquants. Le but principal de la recherche était de déterminer si les AAS avaient recours à des stratégies

d'adaptation différentes de celles de leurs pairs non délinquants. Pour cela, l'ensemble des adolescents ont passé le questionnaire *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS ; Endler et Parker, 1990) permettant de mesurer les trois types de stratégies d'adaptation énoncées précédemment. Les résultats de l'étude suggèrent que, comparés aux pairs non délinquants, les adolescents agresseurs sexuels ont davantage recours à la stratégie d'adaptation orientée vers l'émotion. D'après Pagé et al. (2010), les jeunes agresseurs sexuels ont tendance à se concentrer sur leurs états émotionnels plutôt que de développer des stratégies pour gérer les situations difficiles, ce qui augmente leur niveau de stress et les rendrait à plus haut risque de commettre une agression sexuelle.

Plus récemment, Margari et al. (2015) ont examiné les stratégies d'adaptation, telles que mesurées par le CISS, de 31 adolescents agresseurs sexuels à celles de 31 délinquants non sexuels et 31 pairs non délinquants. Les résultats ne démontrent aucune différence significative entre les AAS et les délinquants non sexuels, les deux groupes ayant recours de façon similaire à des stratégies d'adaptation orientées vers l'évitement et la distraction sociale, en contraste avec les jeunes du groupe contrôle qui ont davantage recours aux stratégies orientées vers l'émotion. Les stratégies orientées vers la tâche sont peu utilisées. Les auteurs concluent que les stratégies d'évitement seraient un problème commun aux délinquants en général.

Les adolescents agresseurs sexuels présentent donc des difficultés d'adaptation dans les situations de stress. Leur manque de ressources personnelles, familiales et affectives ne semble pas leur permettre de réagir de façon efficace pour régler les situations problématiques, ce qui jouerait un rôle important dans l'adoption de comportement de délinquance sexuelle (Pagé et al., 2010).

1.2.4. Les distorsions cognitives

Seto et Lalumière (2010) ont démontré que les adolescents agresseurs sexuels présentent des distorsions cognitives. Il s'agit de pensées, de croyances erronées qui permettent de justifier les actes et/ou de minimiser leurs conséquences. Les recherches ont démontré depuis longtemps qu'autant les adultes que les adolescents agresseurs sexuels entretiennent des distorsions au sujet de leur comportement sexuel et des intentions de leurs victimes (Hunter, 2012). De plus, chez les adultes, ces cognitions sont liées à la récidive sexuelle (Helmus, Hanson, Babchishin et Mann, 2013). Ainsi, il est probable que chez les adolescents, les distorsions cognitives puissent accroître le risque de commettre une agression sexuelle, notamment en minimisant les effets de l'acte sur la victime ou en réduisant la culpabilité que le jeune agresseur devrait ressentir. Elles auraient donc un rôle facilitateur dans le passage à l'acte de l'adolescent agresseur sexuel (Calley, 2007; Hunter, 2012).

Le comportement sexuel inadapté et les intérêts sexuels déviants, les habiletés sociales déficitaires et l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives constituent des facteurs liés à l'agression sexuelle à l'adolescence. L'ensemble de ces facteurs sont donc travaillés durant le traitement afin d'améliorer les compétences des jeunes dans ces domaines et ainsi permettre une réduction du risque de récidive.

1.3. La récidive des AAS

Les données sur la récidive sont particulièrement importantes pour la mise en place et l'évaluation des interventions auprès des adolescents agresseurs sexuels. Parmi les AAS, les méta-analyses et études rapportent des taux de récidive générale beaucoup plus élevés que les

taux de récidive sexuelle (Caldwell, 2010; Carpentier et Proulx, 2015; Hart-Kerkhoffs et al., 2009; Parks et Bard, 2006; Worling et Langström, 2006). La récidive des adolescents agresseurs sexuels s'inscrirait donc davantage dans une trajectoire de délinquance générale et polymorphe plutôt que sexuelle (Carpentier, Leclerc et Proulx, 2011).

Utilisant une approche méta-analytique, Caldwell (2016) a examiné les résultats de 106 études publiées entre 1943 et 2015 sur la récidive des jeunes agresseurs sexuels (n = 33 783). Le but de cette méta-analyse était de quantifier les taux de récidive sexuelle retrouvée dans cette population. Caldwell (2016) a établi un taux de récidive sexuelle moyen de 4,97% et un taux de récidive générale moyen de 39,40%, sur une période de suivi de 62,1 mois.

Dans sa méta-analyse, Caldwell (2016) a observé que les taux de récidive sexuelle et générale étaient en baisse depuis plusieurs années. En effet, pour les 43 études examinant la récidive sexuelle et générale des AAS entre 1980 et 1995 (n = 9106), Caldwell (2016) a rapporté un taux moyen de récidive sexuelle de 10,30% et un taux moyen de récidive générale de 34,47%, sur une période de suivi de 58,3 mois. En contraste, pour les 33 études ayant évalué ces mêmes taux entre 2000 et 2010 (n = 20 008), le taux moyen de récidive sexuelle est descendu à 2,75% et le taux moyen de récidive générale à 30%, sur une période de suivi de 43,9 mois. Il y a donc une diminution des taux moyens de récidive sexuelle et générale chez les AAS entre 1980 et 2010, avec une plus forte baisse enregistrée pour le taux de récidive sexuelle (diminution de 73% ; Caldwell, 2016).

Les jeunes agresseurs sexuels ont donc en moyenne un taux de récidive générale bien plus élevé que le taux de récidive sexuelle qui est particulièrement faible et qui a, de plus, largement diminué au cours des trente dernières années. Ces données sont particulièrement importantes pour

l'évaluation et l'élaboration des programmes de traitement des adolescents agresseurs sexuels. Les résultats de la méta-analyse de Caldwell (2016) suggèrent que les professionnels qui effectuent les évaluations devraient se concentrer plus particulièrement sur les facteurs en lien avec la délinquance générale, compte tenu du taux extrêmement faible de récidive sexuelle dans cette population. Les AAS constituent cependant une population extrêmement diverse, ce qui nécessite une évaluation approfondie de chacun d'eux afin de pouvoir les orienter individuellement vers le traitement le plus adapté à leurs besoins.

1.4. Le traitement des AAS

Suite à la reconnaissance de l'agression sexuelle chez les jeunes il y a une trentaine d'années, des programmes thérapeutiques ont été élaborés afin de garantir la prise en charge et le traitement des AAS (Lemire et Tardif, 2012). Bien que les approches soient aujourd'hui multiples, l'orientation pratique de la majeure partie des programmes est cognitivo-comportementale et les interventions se font en groupe (Lafortune, Proulx et Tourigny, 2010). Au Québec, il existe actuellement neuf centres spécialisés pour le traitement des adolescents agresseurs sexuels. Les jeunes sont généralement référés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), les consultations sur une base volontaire ne représentant qu'une infime partie des demandes (Lafortune, Proulx, Tourigny et Metz, 2007). Le but principal de tous les programmes de traitement est de réduire le risque de récidive.

1.4.1. Les modalités de traitement actuelles

1.4.1.1. Principes, buts et facteurs ciblés dans les traitements

Le but principal des traitements qui prennent en charge les adolescents agresseurs sexuels est de réduire le risque de récidive, afin d'éviter toute répétition des agressions et permettre la réhabilitation du jeune. Pour cela, les traitements reposent notamment sur le modèle de réhabilitation d'Andrews et Bonta (2015) appelé modèle risque-besoins-réceptivité (RBC). Le principe de risque consiste à assurer que la durée et l'intensité du traitement correspondent au risque de récidive de l'individu. Le principe de besoins stipule qu'il est nécessaire de cibler en intervention les facteurs criminogènes, aussi appelés besoins, tels que les attitudes antisociales, l'abus de substance, le manque de contrôle de soi ou encore les déficits dans les activités pro-sociales, afin de réduire le risque de récidive. Enfin, le principe de réceptivité consiste à offrir un mode de traitement qui est efficace pour la population ciblée et d'adapter le traitement en fonction des caractéristiques individuelles de chacun des délinquants (Andrews et Bonta, 2015). Les recherches ont démontré que ces principes permettent d'assurer l'efficacité des traitements correctionnels (Andrews et Bonta, 2015; Andrews et Dowden, 2006; Cortoni et Lafortune, 2009; Hanson, 2014).

1.4.1.2. Les différents types de traitement

Il existe différentes formes d'interventions possibles pour le traitement des adolescents agresseurs sexuels notamment l'approche de groupe cognitivo-comportementale et l'approche individuelle ainsi que l'approche familiale et l'approche multi-systémique.

L'approche de groupe et l'approche individuelle

Les jeunes agresseurs sexuels peuvent bénéficier d'une intervention de groupe, intervention la plus recommandée et la plus communément utilisée (Andrews et Bonta, 2015; Lafortune et al., 2007; Lafortune et al., 2010). Les programmes de traitements cognitivo-comportementaux de groupe, qui sont les plus courants (Kim, Benekos et Merlo, 2015), visent plusieurs objectifs : la diminution des distorsions cognitives, le développement de l'empathie et des habiletés sociales, l'amélioration des relations avec l'entourage, une meilleure gestion des émotions, le développement de l'éducation psycho-sexuelle et la prévention de la récidive (Kim et al., 2015; Sion et Blondeau, 2012; Veneziano et Veneziano, 2002; Viens et al., 2012). Enfin, concernant les AAS qui entretiendraient des intérêts sexuels déviants, l'approche cognitivo-comportementale de groupe est recommandée puisque les adolescents pourront apprendre à gérer leurs fantaisies sexuelles et, de manière plus générale, à réguler eux-mêmes leurs pulsions (Pullman et Seto, 2012). L'approche de groupe peut être complétée par une approche individuelle.

Lemitre et Tardif (2012) mentionnent que l'intervention individuelle est souvent un complément à l'approche de groupe, permettant d'en apprendre davantage sur le jeune, son histoire, son vécu et ainsi de mieux cerner sa problématique. Des sujets difficiles tels que les antécédents de victimisation sexuelle ou les différentes humiliations subies seront surtout abordés en séance individuelle.

L'approche familiale et l'approche multi-systémique

L'adolescent étant une personne mineure, il est nécessaire d'accorder une place aux parents dans le processus de soin. Dans une approche cognitivo-comportementale, il s'agit de travailler au changement du pattern d'interaction parent-enfant mutuellement délétère (Tardif, 2012). Lorsque cela est possible, le rétablissement des liens familiaux permettra de favoriser la capacité du jeune à utiliser ses compétences (Efta-Breitbach et Freeman, 2004) et améliorera les problèmes d'attachement résultant souvent d'une absence ou d'une mauvaise implication de la famille dans la vie du jeune (Thomas, 2004). Worley, Church et Clemmons (2012) ajoutent qu'un bon investissement des parents dans le traitement peut aider au suivi du jeune sur le long terme.

Enfin, une forme d'intervention très prometteuse pour les adolescents agresseurs sexuels est la thérapie multi-systémique (Fanniff et Becker, 2006; Kim et al., 2015). Cette forme de thérapie, mise en place aux Etats-Unis dans les années 70, a été initialement développée comme un programme de traitement familial pour les enfants antisociaux. Il s'agit d'interventions pouvant avoir lieu au domicile du jeune, à l'école et dans la communauté, et ciblant plusieurs domaines comme le fonctionnement de la famille, la relation du jeune avec ses pairs ou encore la réussite scolaire (Pullman et Seto, 2012). Le but principal des interventions avec les adolescents agresseurs sexuels est d'interrompre le cycle de l'abus sexuel en travaillant sur les facteurs de risque dans l'environnement du jeune et en essayant d'améliorer les compétences des parents en terme d'éducation et de supervision (Fanniff et Becker, 2006; Kim et al. 2015). Ainsi, les interventions permettraient de réduire la récurrence en aidant à reconnaître et prévenir le motif de l'agression et en travaillant à la restauration des liens sociaux et familiaux (Fanniff et Becker, 2006; Kim et al. 2015).

Il existe donc différentes formes d'intervention pour le traitement des adolescents agresseurs sexuels. D'après Lemitre et Tardif (2012), la plupart des spécialistes recommandent une approche intégrée combinant intervention de groupe, suivi individuel et entretiens familiaux.

1.4.2. La motivation au traitement

La motivation est un aspect central des interventions thérapeutiques (Drieschner, Lammers et Staak, 2004). Les recherches ont démontré qu'il s'agit d'un facteur important de réceptivité au traitement puisqu'une faible motivation peut être liée à une augmentation du risque d'abandon (Cortoni et Lafortune, 2009). Les adolescents étant le plus souvent mandatés par une décision de justice à suivre un traitement plutôt que volontaires, le manque de motivation est une difficulté qui revient souvent mais qui peut évoluer au cours du traitement.

On peut aisément se figurer que la motivation au traitement présuppose une certaine reconnaissance de la responsabilité des agressions commises par le délinquant et qu'elle va de paire avec un minimum d'engagement dans le traitement et de motivation au changement. Dans ce contexte, Levenson et Macgowan (2004) ont effectué une étude sur le lien entre le déni, l'engagement et le progrès dans le traitement d'un échantillon de 61 adultes agresseurs sexuels. L'engagement est défini comme un facteur de réceptivité qui comprend notamment la reconnaissance du problème par le délinquant, la présence et la participation au traitement, la contribution dans les groupes et la relation avec les autres. Le déni, au contraire, est un facteur de résistance qui se situe sur un continuum allant du rejet total des faits à la non reconnaissance de leur gravité. Les résultats de l'étude ont montré que les progrès dans le traitement sont corrélés avec un fort engagement et un bas niveau de déni. Plus précisément, l'engagement est corrélé

positivement avec l'admission des pensées sexuelles problématiques, la motivation à changer et le retour sur soi (Levenson et Macgowan, 2004).

La motivation au traitement a également été évaluée chez les adolescents agresseurs sexuels. Proulx, Tourigny et Lafortune (2012) ont effectué une étude sur les prédicteurs de la fin prématurée du traitement dans un échantillon de 163 AAS ayant participé à un programme de traitement en groupe. Entre autres mesures, tous les adolescents de l'échantillon ont complété le *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA ; McConaughy, Prochaska et Velicer, 1983), un questionnaire sur les stades de motivation pour le changement. Les résultats de l'étude indiquent que les adolescents qui n'ont pas complété leur programme de traitement se trouvaient au premier stade, le stade précontemplation, qui se définit par une non reconnaissance de la responsabilité de ses actes et une absence de volonté de changer. En comparaison, les adolescents ayant complété leur programme de traitement reconnaissent leur problème et avaient atteint le stade de l'action, qui consiste à s'investir dans le traitement pour tenter de résoudre ses difficultés (Proulx et al. 2012). Ainsi, la motivation au traitement est un facteur particulièrement important à prendre en compte dans l'examen de l'efficacité des traitements puisqu'elle va influencer sur l'engagement, la motivation au changement et, par conséquent, sur les progrès dans le traitement.

1.5. L'efficacité des traitements auprès des AAS

Afin de pouvoir mesurer l'efficacité des traitements, différentes évaluations sont requises (Cortoni et Lafortune, 2009). Les objectifs évaluatifs peuvent être rassemblés en deux grandes catégories : l'évaluation formative et l'évaluation sommative. L'évaluation formative consiste à évaluer les évolutions dans le traitement ainsi que les problèmes liés à l'intervention.

L'évaluation sommative examine l'efficacité globale donc les changements observés suite au traitement. Globalement, l'évaluation des traitements vise à déterminer si l'intervention a permis de réduire la récidive et quels changements se sont produits en traitement qui seraient liés à cette réduction.

1.5.1. Impact du traitement sur la récidive

L'objectif principal d'un programme de traitement est de permettre une réduction du risque de récidive. D'après Proulx et al. (2012), plusieurs études ont évalué l'impact des programmes de traitement sur les taux de récidive. Cependant, la majorité d'entre elles n'ont pas comparé leurs résultats avec ceux d'un groupe de délinquants sexuels non traités ce qui ne permet pas d'établir précisément l'impact du traitement sur la récidive.

Afin de mesurer l'efficacité des programmes de traitement, Reitzel et Carbonnell (2006) ont effectué une méta-analyse de neuf études portant sur l'évaluation de l'efficacité des traitements pour les AAS (n = 2986). Sur ces neuf études, cinq consistaient en une comparaison d'un groupe de jeunes traités avec un groupe contrôle et quatre effectuaient une comparaison de deux groupes d'adolescents traités. Les résultats pour les cinq premières études ont montré que le taux de récidive sexuelle des adolescents traités était plus faible (7,3%) en comparaison au taux de récidive sexuelle du groupe contrôle (18,93%). Concernant la comparaison des deux groupes de jeunes ayant suivi le traitement, les taux de récidive sexuelle étaient équivalents (7,30% et 7,63%).

Plus récemment, Kim et ses collègues (2015) ont effectué une revue des méta-analyses les plus récentes sur le traitement des agresseurs sexuels adultes et adolescents. Les résultats

suggèrent que les traitements pour adolescents agresseurs sexuels sont efficaces dans la réduction du risque de récidive et qu'ils obtiendraient de meilleurs résultats que les traitements pour adultes agresseurs sexuels. En effet, les résultats rendent compte d'une réduction de 24% de la récidive chez les AAS, ce qui serait 3,8 fois plus grand que l'effet du traitement obtenu pour les adultes agresseurs sexuels.

Des études sur l'efficacité des types de traitement ont également été complétées. En général, l'intervention de groupe, notamment l'intervention de groupe cognitivo-comportementale, démontrent les meilleurs résultats pour les adolescents agresseurs sexuels dans la réduction du risque de récidive (Andrews et Bonta, 2015; Fanniff et Becker, 2006; Veneziano et Veneziano, 2002; Walker, McGovern, Poey et Otis, 2004). De plus, il est intéressant de mentionner que ce type de traitement permet aussi de réduire les symptômes en lien avec les facteurs de risque des AAS. En effet, dans une étude sur l'efficacité de l'intervention de groupe auprès de 29 adolescents agresseurs sexuels ayant complété un programme de traitement en groupe et 22 adolescents non délinquants formant un groupe contrôle, Viens et al. (2012) ont observé une diminution des symptômes de traumatisme notamment la dépression, la colère, la dissociation et les préoccupations sexuelles, parmi les adolescents ayant complété un programme de traitement en groupe.

Ces données suggèrent que les interventions thérapeutiques auprès des adolescents agresseurs sexuels, et notamment les programmes de traitement en groupe cognitivo-comportementaux, sont donc efficaces dans la réduction du risque de récidive sexuelle et générale et dans la réduction d'autres symptômes liés au risque de commettre une agression sexuelle. Certains auteurs ajoutent que les adolescents qui participent à un programme de

traitement combiné à une relation parent-enfant forte et à des interventions liées directement aux délits sont moins susceptibles de commettre de nouvelles infractions, tant sexuelles que non-sexuelles (Worling et Langström, 2006; Parks et Bard, 2006). Afin de mieux comprendre ce qui fonctionne à l'intérieur du traitement pour aboutir à ces résultats, il est nécessaire d'effectuer une évaluation du changement thérapeutique.

1.5.2. L'évaluation du changement thérapeutique

Si à ce jour de nombreuses études ont démontré l'efficacité des traitements pour les adolescents agresseurs sexuels en terme de réduction du risque de récurrence, les recherches sur les processus à l'intérieur du traitement permettant d'aboutir à ces résultats sont encore limitées (Beggs, 2010; Tougas et Tourigny, 2013). L'évaluation du changement thérapeutique, qui consiste à examiner l'évolution des facteurs dynamiques de risque au cours du traitement, est donc nécessaire.

Dans ce cadre, Beggs et Grace (2011) ont effectué une étude sur le changement thérapeutique au sein d'un échantillon de 218 adultes auteurs d'agression sexuelle sur enfants ayant suivi un traitement cognitivo-comportemental en prison. Entre autres mesures, les auteurs ont étudié le lien entre la récurrence et les changements au niveau de quatre facteurs dynamiques de risque : l'inadéquation sociale, les intérêts sexuels, la colère et l'hostilité et enfin les attitudes pro-crimes. Les résultats observés montrent que les changements positifs au niveau des facteurs dynamiques de risque sont corrélés avec une réduction du risque de récurrence sexuelle.

À notre connaissance, une seule étude à ce jour a évalué le changement thérapeutique chez les adolescents agresseurs sexuels. Viljoen et ses collaborateurs (2015) ont mené une étude

sur le changement thérapeutique dans un échantillon de 163 AAS ayant suivi un programme de traitement cognitivo-comportemental. À cette fin, ils ont comparé les résultats de deux échelles de mesure complétées avant (pré) et après (post) le traitement : le *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II* (J-SOAP-II ; Prentky et Righthand, 2003) et le *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY ; Borum, Bartel et Forth, 2006), deux outils des plus largement utilisés pour l'évaluation du risque de récurrence des adolescents. Plus précisément, le J-SOAP-II permet d'évaluer le risque de récurrence sexuelle et non sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels et le SAVRY évalue le risque de récurrence violente (Viljoen et al., 2015). Ces deux outils sont composés de facteurs dynamiques de risque. Les résultats démontrent des changements positifs significatifs sur ces deux échelles. L'ampleur du changement est considérée comme forte pour le J-SOAP-II tandis qu'elle est plus modérée pour le SAVRY. En revanche, cette amélioration au niveau des facteurs dynamiques de risque suite au traitement n'était pas associée à des taux inférieurs de récurrence. Viljoen et al. (2015) suggèrent que ces outils ne saisissent pas forcément toute l'étendue des changements liés au traitement. De ce fait, ils estiment que des recherches qui étudieraient l'évolution de facteurs spécifiques du début à la fin du traitement seraient particulièrement bénéfiques.

1.6. Objectifs de recherche et hypothèses

En résumé de cet état des connaissances, les adolescents agresseurs sexuels constituent donc une population hétérogène qui suscite l'intérêt des chercheurs et des praticiens depuis plusieurs dizaines d'années. Deux principaux groupes se distinguent : les agresseurs d'enfants et les agresseurs de pairs et/ou d'adultes, qui diffèrent notamment dans le type de délits commis et le type de victimes, dans leurs caractéristiques psycho-sociales et de personnalité et dans leurs

antécédents de victimisation. Les recherches recensent un nombre important d'agressions sexuelles perpétrées par des adolescents. Cependant, il s'agit d'une population à faible récidence sexuelle dont la trajectoire criminelle est davantage générale et polymorphe. Le but principal des programmes de traitement correctionnels est de permettre une réduction du risque de récidence sexuelle et générale et les recherches ont montré que les thérapies cognitivo-comportementales de groupe obtiennent les meilleurs résultats.

Si à ce jour de nombreuses études ont donc démontré que les programmes de traitement pour adolescents agresseurs sexuels, lorsqu'ils sont complétés, permettent de réduire le risque de récidence sexuelle et générale, une seule étude (Viljoen et al. 2015) s'est intéressée aux changements thérapeutiques. Leurs résultats suggèrent que le traitement mène à des changements positifs, cependant, des études supplémentaires pour mieux élucider l'évolution de ces changements sont encore nécessaires. Nous posons donc la question suivante : que se passe-t-il au niveau de l'intervention chez les jeunes qui permet un changement thérapeutique ?

Ainsi, le but de notre recherche était d'examiner si le traitement des adolescents agresseurs sexuels amène à des changements qui seraient cliniquement significatifs. Pour cela, nous nous sommes intéressés à l'évolution des facteurs liés à l'agression sexuelle, notamment les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives, dans une population de 43 adolescents agresseurs sexuels d'enfants ayant suivi un programme de traitement en groupe. Etant donné le peu d'adolescents présentant des fantasmes sexuelles déviantes et compte tenu du peu d'appui empirique à ce sujet, les intérêts sexuels déviantes n'ont pas été pris en compte dans notre recherche. La première hypothèse de

notre recherche était que la participation au programme de traitement a permis des changements positifs sur ces quatre facteurs.

Les recherches ont également montré que le niveau de motivation pouvait avoir un impact sur l'engagement du jeune dans le traitement et sur ses progrès thérapeutiques. La motivation a donc été prise en compte dans notre étude. Notre seconde hypothèse était que le niveau de motivation au changement est lié aux changements thérapeutiques observés sur les facteurs liés à l'agression sexuelle.

Enfin, les recherches ont montré que les symptômes liés aux expériences traumatiques passées pouvaient être en lien avec le risque de commettre une agression sexuelle et que le traitement pouvait réduire ces symptômes. La dernière hypothèse de notre recherche, davantage exploratoire, était donc que la participation au programme de traitement a permis des changements au niveau des symptômes de trauma et que ces changements sont en lien avec les changements au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle.

En répondant à l'ensemble de ces questions, notre objectif principal était de dépasser les limites empiriques et théoriques dans ce domaine et d'apporter des connaissances nouvelles sur l'efficacité des programmes de traitement correctionnels et les évolutions thérapeutiques des jeunes durant leur prise en charge.

2. Méthodologie

2.1. Echantillon

Les données pour notre recherche ont été tirées d'une base de données sur les adolescents agresseurs sexuels ayant servi à une étude de Proulx et al. (2012) sur les prédicteurs de la fin prématurée du traitement dans cette population. L'échantillon d'origine était composé de 163 adolescents agresseurs sexuels de sexe masculin, âgés entre 13 et 17 ans avec une moyenne de 14,6 ans, ayant participé à un programme de traitement entre le mois de juin 2002 et le mois de mars 2005. Ces adolescents provenaient de huit centres de traitement spécialisés sur les neuf existants dans les différentes régions du Québec : Institut Philippe Pinel de Montréal, Centre de psychiatrie légale de Montréal, Centre d'intervention en délinquance sexuelle (Laval), Parents-Unis Repentigny (Lanaudière), Parents-Unis (Laurentides), Clinique des troubles sexuels pour mineurs du Centre de pédopsychiatrie du CHUQ (Québec), Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (Hull) et enfin Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Trois-Rivières).

Concernant le traitement suivi, tel qu'expliqué par Proulx et al. (2012), il s'agissait de prises en charge de groupe qui différaient quant à leur durée et aux modalités thérapeutiques mais qui avaient toutes été conçues selon le modèle de la prévention de la récidive. Les intervenants aidaient les jeunes à identifier ce qui les avait conduit à commettre l'agression, puis, à élaborer des stratégies pour éviter la répétition des actes : des stratégies de gestion de la colère et du stress ainsi que des stratégies pour gérer les situations d'urgence. Ils travaillaient également au développement des habiletés sociales et des connaissances en matière de sexualité.

La base de données à laquelle nous avons eu accès contenait une donnée démographique (la date de naissance des adolescents), des données sur les victimes (sexe et type de relation à l'agresseur : intrafamiliale ou extrafamiliale) et enfin des données sur le traitement avec les résultats à des tests psychométriques passés en prétraitement, pendant le traitement (deux mois après le commencement) et en post traitement (voir Proulx et al., 2002). Aucune autre donnée, qui aurait été utile pour les analyses sur le traitement, n'était disponible, comme par exemple la durée des séances, le nombre de rencontres effectuées en moyenne, le taux d'absentéisme pour chaque adolescent etc.

Afin d'être inclus dans notre recherche, des données complètes étaient nécessaires sur l'ensemble des tests à l'étude dans notre évaluation du changement thérapeutique suite au traitement. Malheureusement, compte tenu du grand nombre de données manquantes, ces données complètes n'étaient disponibles que pour seulement 43 des 163 sujets d'origine.

Notre échantillon final de recherche était donc composé de 43 adolescents reconnus coupables d'agression sexuelle, de sexe masculin, âgés entre 13 et 17 ans au début du traitement. L'âge moyen des participants était de 15 ans. Sur l'ensemble de nos 43 sujets, 42 avaient agressé uniquement des enfants de moins de 12 ans et un seul avait aussi agressé une adolescente, âgée de 14 ans. Toutes les victimes avaient au moins 3 ans de moins que leur agresseur. Aucun sujet n'avait agressé un adulte.

La banque de données contenait des informations sur les victimes de 36 de nos 43 participants. Au total, ces 36 sujets avaient agressé entre 1 et 5 enfants de moins de 12 ans, dont l'âge était compris entre 3 et 11 ans. On comptait 56 victimes au total pour ces 36 adolescents agresseurs sexuels. Sur ces 56 victimes, 64,3% étaient de sexe féminin ($n = 36$) et 35,7% étaient

de sexe masculin (n = 20). Au total, sur ces 36 adolescents agresseurs sexuels, 63,9% ont fait au moins une victime intrafamiliale de sexe féminin, 33,3% ont fait au moins une victime intrafamiliale de sexe masculin, 19,4% ont fait au moins une victime extrafamiliale de sexe féminin et enfin 16,7% ont fait au moins une victime extrafamiliale de sexe masculin.

2.2. Mesures

Quatre mesures ont été utilisées dans notre recherche afin d'évaluer les changements pré-post traitement des quatre facteurs suivants : les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. De plus, un cinquième instrument a mesuré la motivation au changement au cours du traitement, deux mois après le commencement, et un sixième a mesuré la présence de symptômes de trauma en pré puis en post traitement.

Les habiletés sociales déficitaires : le *Matson's Evaluation of Social Skills in Youngsters* (MESSY ; Matson, Rotatori et Helsel, 1983) évalue les habiletés relationnelles des jeunes âgés de 4 à 18 ans à travers 62 items répartis en cinq sous-échelles : habiletés sociales appropriées (23 items), affirmation de soi inadéquate (16 items), traits impulsifs et récalcitrants (5 items), confiance en soi excessive (5 items) et jalousie (4 items). Une dernière dimension nommée « items variés », sans catégorie, comprend 9 items avec 4 items d'habiletés sociales positives et 5 items orientés dans le sens des habiletés sociales négatives (Matson, 1994). Les items de chaque sous-échelle décrivent des comportements sociaux positifs et négatifs. Le sujet doit indiquer la fréquence à laquelle il s'engage dans ces comportements (verbaux ou non verbaux) sur une échelle de Likert variant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« très souvent »).

Le questionnaire peut être administré de deux façons : le test est complété par le sujet lui-même ou bien il est complété par un enseignant ou un des parents du sujet. Les participants de notre étude ont complété eux-mêmes le questionnaire. Le score de chacune des sous-échelles est obtenu en additionnant les réponses aux items qui les composent. De plus, il est possible de calculer un score total au test. Ce score total du MESSY est orienté dans la direction des habiletés sociales négatives. Un score total élevé indiquera donc des habiletés sociales pauvres tandis qu'un score total faible témoignera de grandes habiletés sociales. Ce score peut varier entre 64 et 308. Pour calculer le score total de l'échelle, il faut renverser la direction des items d'habiletés sociales positives : les 23 items de la sous-échelle « habiletés sociales appropriées » et 4 items de la sous-échelle « items variés » car un score élevé à ces sous-échelles indiquent de meilleures habiletés sociales (Matson et al., 2010).

Matson et ses collègues (2010), dans une étude sur la fiabilité et la validité de l'instrument, ont fait passer le questionnaire à un échantillon de 885 jeunes, âgés de 2 à 16 ans. L'échantillon fut séparé en trois groupes : les enfants de 2 à 5 ans, ceux de 6 à 9 ans et les jeunes entre 10 et 16 ans. Pour chacun des groupes, la consistance interne (alpha de Cronbach) étaient très satisfaisante : 0,84 pour les 2 à 5 ans et 0,93 pour les enfants de 6 à 9 ans et les jeunes de 10 à 16 ans. Dans notre étude, la consistance interne (alpha de Cronbach) était satisfaisante pour les cinq principales sous-échelles allant de 0,63 à 0,86. En revanche, pour la sous-échelle « items variés », la consistance interne était faible ($\alpha = 0,36$).

L'isolement social : le *Social Support Questionnaire* (SSQ ; Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983) est un questionnaire de soutien social de 27 items qui permet de déterminer les personnes présentes dans l'entourage du client susceptibles de pouvoir l'aider ou de le soutenir en

cas de besoin. Le questionnaire utilisé dans notre recherche était le SSQ6, version abrégée de l'original, contenant uniquement 6 items (Sarason, Sarason, Shearin et Pierce, 1987). Chaque item est divisé en deux parties. Dans un premier temps, le sujet énumère les personnes qu'il juge être capables de l'aider (maximum 9 par item) puis, dans un second temps, inscrit son degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu (de 1 « très insatisfait » à 6 « très satisfait »). Si pour une des situations le participant estime ne pas avoir reçu de soutien, il doit utiliser le terme « aucune personne » mais évalue tout de même son degré de satisfaction. Le questionnaire mesure donc deux dimensions : la perception de la disponibilité du soutien social (score N pour « nombre » compris entre 0 et 54) et la satisfaction ressentie (score S pour « satisfaction » compris entre 6 et 36). Plus le score N est élevé, plus le sujet considère avoir des personnes disponibles pour l'aider dans son entourage. Plus le score S est élevé, plus le sujet est satisfait de ce soutien.

La consistance interne (alpha de Cronbach) du questionnaire est très élevée allant de 0,90 à 0,93 (Sarason et al., 1987). Dans notre étude, la cohérence interne était de 0,88 pour les deux échelles.

Les stratégies d'adaptation inadaptées : le *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS ; Endler et Parker, 1990), version américaine pour les adolescents entre 13 et 18 ans, est un instrument auto-rapporté qui mesure de quelle façon un individu réagit, s'adapte ou fait face à différentes situations difficiles, stressantes, anxiogènes ou bouleversantes. Cet instrument est composé de trois sous-échelles qui mesurent trois types de stratégies d'adaptation : celles orientées vers la tâche (16 items), celles orientées vers l'émotion (16 items) et enfin celles orientées vers l'évitement (16 items). La sous-échelle « évitement » comprend deux sous-

échelles : la sous-échelle distraction (8 items) et la sous-échelle diversion sociale (5 items). Le sujet indique sa façon de réagir aux situations problématiques sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« très souvent »). Les items sont additionnés pour chaque sous-échelle. Plus le score est élevé à chaque sous-échelle, plus le sujet a recours à ce type de stratégie d'adaptation. Seulement le score total de chaque sous-échelle est considéré.

Lors de la validation du test, les adolescents de sexe masculin ont été séparés en deux groupes selon leur âge : les jeunes adolescents (13 à 15 ans) et les plus vieux (16 à 18 ans). Endler et Parker (1999) rapportent une consistance interne (alpha de Cronbach) satisfaisante pour les jeunes adolescents de 13 à 15 ans ($\alpha = 0,78$ à $0,92$) ainsi que pour les adolescents de 16 à 18 ans ($\alpha = 0,76$ à $0,91$). Dans notre étude, les cohérences internes étaient maintenues ($\alpha = 0,76$ à $0,89$).

Les distorsions cognitives : le Questionnaire des Cognitions pour Adolescents (QCA ; Hunter, Becker, Kaplan et Goodwin, 1991) mesure la présence et l'étendue de croyances qui justifient le passage à l'acte, ici l'agression sexuelle, et minimisent ou rationalisent ses conséquences. L'échelle contient 32 items dichotomiques pour lesquels le sujet répond par « vrai » ou par « faux ». Chaque réponse du sujet qui indique la présence d'une distorsion cognitive est cotée 1, sinon elle est cotée 0. Le score total au questionnaire s'obtient en additionnant les scores de chacun des items. Plus la cote est élevée, plus il y a présence de distorsions cognitives. Hunter et al. (1991) ont testé la consistance interne du test auprès d'un échantillon de 37 adolescents agresseurs sexuels. La consistance interne (alpha de Cronbach) du test initial était de 0,45 et celle du post-test de 0,71. Dans notre étude, la cohérence interne était de 0,72.

La motivation au changement : le *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA ; McConaughy, Prochaska et Velicer, 1983) est un questionnaire auto-rapporté permettant de mesurer les stades de motivation lors d'un suivi, selon le modèle transthéorique de changement introduit par Prochaska et DiClemente à la fin des années 70. Cette mesure permet de connaître l'évolution des attitudes du sujet dans le temps par rapport au changement et son niveau d'engagement dans le traitement. Le questionnaire comprend 32 items répartis en quatre sous-échelles de huit items chacune, correspondant aux quatre stades de changement : précontemplation (PC : le sujet n'a pas conscience du problème ou le minimise), contemplation (C : le sujet a conscience d'avoir un problème mais reste ambivalent face au changement), action (A : le sujet est dans une phase de changement observable) et maintien (M : le sujet fait face aux situations à risque et maintient le changement). Le participant répond à chaque item sur une échelle de Likert allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 5 (« tout à fait d'accord ») en se basant sur ce qu'il ressent face à la situation exposée dans l'item. Le sujet doit répondre en fonction de ce qu'il ressent à ce moment et non pas en fonction de ce qu'il a déjà pu ressentir dans le passé ou de ce qu'il aimerait ressentir face à la situation. Le score à chaque sous-échelle correspond à la somme des huit items la composant. Il varie donc de 8 à 40 et plus il est élevé, plus le sujet est en accord avec le stade.

Une méthode d'analyse des réponses fréquemment retrouvée dans les études consiste à combiner les sous-échelles de façon arithmétique selon l'équation $(C + A + M - PC)$ pour obtenir un score composite (Tison, Hautekeete, Taquet et Thouvenin, 2009). Ce score varie de 16 à 112 et représente ainsi une mesure continue de la motivation au changement. Tison et al. (2009), dans leur examen de la motivation au changement des adultes alcoolodépendants, ont considéré qu'un score composite moyen de 89 représentait un profil motivationnel normal et standard. A notre

connaissance, il n'existe pas d'études qui ont examiné ce score parmi les adolescents agresseurs sexuels, ce qui nécessite une certaine prudence dans l'interprétation. Dans notre étude, nous avons considéré un score composite moyen entre 80 et 90 comme représentant un score acceptable de motivation au changement.

Greenstein, Franklin et McGuffin (1999) ont testé la cohérence interne de chacune des sous-échelles de l'URICA auprès d'un échantillon de 89 adolescents. Les alphas de Cronbach étaient satisfaisants, allant de 0,77 à 0,88. Ces coefficients sont similaires à ceux obtenus pour les adultes qui vont de 0,79 à 0,84 (McConaughy, DiClemente, Prochaska et Velicer, 1989). Dans notre étude, l'indice de cohérence interne était satisfaisant pour les trois premières sous-échelles avec 0,76 pour précontemplation, 0,84 pour contemplation et 0,79 pour action. En revanche, la cohérence interne de la sous-échelle maintien était faible avec un alpha de Cronbach de 0,48.

Les symptômes de trauma : le *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC ; Brière, 1996), pour les jeunes de 8 à 17 ans, comprend 54 items répartis en six sous-échelles (anxiété, dépression, stress post-traumatique, préoccupations sexuelles, dissociation, colère) permettant de déterminer le niveau de stress post-traumatique ainsi que la présence chez le participant de symptômes psychologiques liés au trauma. Deux sous-échelles ont des sous-catégories : la sous-échelle « préoccupations sexuelles » rend compte des préoccupations et de la détresse sexuelle et la sous-échelle « dissociation » contient les fantaisies et la dissociation manifeste (ouverte). L'instrument présente 54 comportements pour lesquels le sujet doit indiquer la fréquence à laquelle il vit ces situations sur une échelle de Likert en 4 points allant de 0 (« jamais ») à 3 (« presque toujours »). Les items sont additionnés pour chaque sous-échelle. Plus le score est élevé à chaque sous-échelle, plus le symptôme est présent. Les six sous-échelles étant

liées entre elles et correspondant à des symptômes liés au trauma, un score total peut être obtenu en additionnant le score total de chacune des sous-échelles du test. Plus le score total au TSCC est élevé, plus le sujet présente des symptômes de trauma. La cohérence interne (alpha de Cronbach) des six sous-échelles est satisfaisante, allant de 0,77 à 0,89 (Brière, 1996). Dans notre étude, les cohérences internes étaient maintenues ($\alpha = 0,79$ à $0,86$).

L'instrument comporte aussi deux mesures supplémentaires : la première évalue la tendance au déni, si le sujet attribue une valeur 0 à des items pour lesquelles une population normale coterait une valeur plus élevée, et la seconde évalue la tendance à la dramatisation, donc à exagérer les symptômes, si le sujet attribue une valeur 3 à des items pour lesquelles une population normale coterait une valeur moins élevée.

2.3. Procédure

La collecte de données a été effectuée de juin 2002 à mars 2005 (Proulx et al., 2012). L'ensemble des données ont été collectées à différentes étapes de la prise en charge. Les tests inclus dans notre étude ont été fait passés aux adolescents avant le traitement (prétraitement) puis à la fin du traitement (post traitement) permettant ainsi de connaître les évolutions de ces jeunes suite à la prise en charge. La motivation au traitement a été évaluée au cours du processus thérapeutique soit deux mois après le commencement du traitement. Les rencontres thérapeutiques ont été faites en groupe ou en individuel. Chaque adolescent a répondu aux tests individuellement. Tous les participants avaient consenti à ce que leurs informations soient utilisées pour la recherche. Compte tenu du peu de données auxquelles nous avons eu accès, nous ne détenons pas d'informations supplémentaires sur les procédures d'évaluation.

Les données pour la présente étude ont été extraites en 2015. Un certificat d'éthique pour cette recherche a été obtenu en juin 2015.

2.4. Stratégie analytique

Afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle la participation au programme de traitement a permis un changement sur les facteurs ciblés en traitement, nous avons effectué des mesures pré-post traitement pour les quatre tests à l'étude : MESSY, SSQ, CISS et QCA, afin de mesurer les changements survenus entre ces deux temps de mesure et calculer l'ampleur de ce changement. Dans un premier temps, nous avons donc effectué des tests T pour échantillons appariés. Dans un second temps, nous avons calculé la taille de l'effet à l'aide du coefficient (d) de Cohen. Nous avons considéré les coefficients autour de 0,2 comme faibles, autour de 0,5 comme modérés et enfin ceux autour de 0,8 comme forts, tel que recommandé par Cohen (1992). Dans un troisième temps, nous avons calculé le pourcentage de changement : le *Percent of the Maximum Possible score* (POMP ; Cohen, Cohen, Aiken et West, 1999). Ce score correspond à la taille de la différence pré-post traitement en pourcentage ce qui permet de comparer la magnitude du changement entre les différentes échelles. Le POMP est calculé de cette façon : $(\text{score observé} - \text{minimum}) / (\text{maximum} - \text{minimum}) \times 100$. « Score observé » est le score d'un sujet à l'échelle, « minimum » est le score minimum qu'il est possible d'obtenir à l'échelle et « maximum » est le score maximum qu'il est possible d'obtenir à l'échelle. Le score $\text{POMP}_{\text{post}}$ (post-traitement) est ensuite soustrait du score $\text{POMP}_{\text{pré}}$ (prétraitement) afin d'obtenir le pourcentage de changement lié au traitement.

Afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle la motivation au changement pourrait être liée au changement thérapeutique, des corrélations ont été effectuées entre l'URICA et les

pourcentages de changement (scores POMP) des autres tests : MESSY, SSQ, CISS et QCA. Conformément aux recommandations de Cohen (1988), nous avons considéré les coefficients de corrélations variant entre 0,10 et 0,23 comme faibles, les coefficients variant entre 0,24 et 0,36 comme moyens et les coefficients supérieurs à 0,37 comme désignant une relation forte.

Enfin, afin de tester notre question exploratoire selon laquelle le traitement aurait un impact sur la présence de symptômes de trauma et que le changement au niveau des symptômes de trauma serait lié au changement des autres mesures, nous avons effectué deux types d'analyses. Dans un premier temps, nous avons effectué des analyses pré-post traitement pour le TSCC, à l'aide de tests T pour échantillons appariés, afin de mesurer les changements survenus entre ces deux temps de mesure. Nous avons calculé la taille de l'effet (coefficient d de Cohen) puis le pourcentage de changement (score POMP). Dans un second temps, nous avons effectué des corrélations entre les pourcentages de changement (scores POMP) au TSCC et les pourcentages de changement (scores POMP) aux autres tests : MESSY, SSQ, CISS et QCA.

Toutes les analyses de notre recherche ont été effectuées avec le logiciel SPSS (version 24). Le seuil de significativité était de $p < 0,05$.

3. Résultats

3.1. Analyses pré-post traitement

Cette section présente les résultats des analyses pré-post traitement. Pour chaque test, nous présentons un tableau avec des statistiques descriptives faisant figurer la moyenne des résultats aux différentes échelles du test en pré et en post traitement ainsi que les résultats des tests T pour échantillons appariés avec l'ampleur de l'effet et le pourcentage de changement. Ceci va nous permettre d'évaluer s'il y a eu un changement entre les deux temps de mesure concernant chacun des facteurs à l'étude : les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives, et l'ampleur de ce changement.

MESSY – Les habiletés sociales déficitaires

Le tableau 1 présente les scores pré et post traitement pour le MESSY et ses sous-échelles. Les analyses démontrent une amélioration significative suite au traitement concernant les « traits impulsifs » ($p = 0,032$). L'effet du traitement est considéré comme faible, le coefficient de Cohen (d) étant de 0,34. L'ampleur moyenne du changement pré-post traitement est de 6,74%. En revanche, les analyses démontrent une diminution significative des « habiletés sociales appropriées » ($p = 0,005$) à la suite du traitement. L'effet du traitement est considéré comme faible à modéré, le coefficient de Cohen (d) étant de 0,40. L'ampleur moyenne du changement pré-post traitement est de 5,55%. Aucune différence pré-post traitement n'a été trouvée pour les sous-échelles « affirmation de soi inadéquate » ($p = 0,079$), « confiance en soi excessive » ($p = 0,116$), « jalousie » ($p = 0,651$), « items variés » ($p = 0,471$) et pour le score total au test ($p = 0,903$).

Tableau 1

MESSY : résultats pré et post traitement et ampleur du changement (n = 43)

MESSY	Moyenne (Ecart-type)		Ampleur du changement		
	Pré	Post	<i>t</i>	Taille d'effet	% Changement
Habiletés sociales	52,72 (12,99)	47,84 (11,39)	2,95*	0,40	5,55
Affirmation de soi	30,98 (7,98)	28,67 (9,66)	1,80	0,26	3,60
Traits impulsifs	12,67 (4,08)	11,33 (3,77)	2,22*	0,34	6,74
Confiance excessive	9,93 (3,67)	9,30 (3,62)	1,61	0,17	3,14
Jalousie	7,51 (2,96)	7,28 (2,96)	0,46	0,08	1,45
Items variés	21,33 (4,16)	20,81 (4,54)	0,73	0,12	1,42
Score total	167,70 (19,51)	168,07 (19,29)	-0,12	0,02	0,15

*Note. MESSY = Matson's Evaluation of Social Skills in Yougsters.*** $p < 0,05$* *SSQ – L'isolement social*

Le tableau 2 présente les scores pré et post traitement pour les deux sous-échelles du SSQ. Les analyses démontrent une augmentation significative suite au traitement du nombre de personnes dans l'entourage du jeune jugées disponibles en cas de besoin ($p = 0,000$). L'effet du traitement est considéré comme modéré, le coefficient de Cohen (d) étant de 0,59. L'ampleur moyenne du changement pré-post traitement est de 11,77%. Aucune différence pré-post traitement n'a été trouvée concernant la satisfaction quant au soutien social obtenu ($p = 0,073$).

Tableau 2

SSQ : résultats pré et post traitement et ampleur du changement (n = 42) ^a

SSQ	Moyenne (Ecart-type)		Ampleur du changement		
	Pré	Post	<i>t</i>	Taille d'effet	% Changement
Nombre	18,62 (9,15)	24,98 (12,13)	-3,82*	0,59	11,77
Satisfaction	29,31 (5,34)	30,86 (5,48)	-1,84	0,29	5,16

Note. SSQ = Social Support Questionnaire.

^a *n = 42 dû à une donnée manquante*

** p < 0,05*

CISS – Les stratégies d'adaptation inadaptées

Le tableau 3 présente les scores pré et post traitement pour les sous-échelles du CISS. Les analyses démontrent une augmentation significative suite au traitement des stratégies d'adaptation orientées vers la tâche ($p = 0,006$). En parallèle, l'utilisation des stratégies axées sur l'émotion a significativement diminué ($p = 0,007$). L'effet du traitement est considéré comme modéré, les coefficients de Cohen (d) étant respectivement de 0,51 et 0,41. L'ampleur moyenne des changements pré-post traitement est respectivement de 6,36% et 8,58%, la différence la plus forte se retrouvant donc au niveau des stratégies d'adaptation orientées vers l'émotion. Aucune différence pré-post traitement n'a été trouvée pour les sous-échelles « évitement » ($p = 0,853$), « diversion » ($p = 0,653$) et « distraction sociale » ($p = 0,466$).

Tableau 3

CISS : résultats pré et post traitement et ampleur du changement (n = 43)

CISS	Moyenne (Ecart-type)		Ampleur du changement		
	Pré	Post	<i>t</i>	Taille d'effet	% Changement
Tâche	49,23 (11,33)	54,72 (10,27)	-2,88*	0,51	8,58
Emotion	43,88 (9,94)	39,81 (9,91)	2,82*	0,41	6,36
Evitement	48,51 (10,79)	48,88 (13,14)	-0,19	0,03	0,58
Distraction	21,79 (6,53)	21,19 (8,09)	0,45	0,08	1,89
Diversion sociale	17,28 (4,67)	17,74 (4,39)	-0,73	0,10	2,33

Note. CISS = Coping Inventory for Stressful Situations.

** $p < 0,05$*

QCA – Les distorsions cognitives

Le tableau 4 présente les scores pré et post traitement pour le QCA. Les analyses démontrent une amélioration significative suite au traitement des « distorsions cognitives » ($p = 0,007$). L'effet du traitement est considéré comme modéré, le coefficient de Cohen (d) étant de 0,47. L'ampleur moyenne du changement pré-post traitement est de 2,74%.

Tableau 4

QCA : résultats pré et post traitement et ampleur du changement (n = 41) ^a

QCA	Moyenne (Ecart-type)		Ampleur du changement		
	Pré	Post	<i>t</i>	Taille d'effet	% Changement
Distorsions cognitives	2,46 (2,08)	1,59 (1,57)	2,83*	0,47	2,74

Note. QCA = Questionnaire des Cognitions pour Adolescents.

^a *n = 41 dû à des données invalides*

** p < 0,05*

En résumé, nos résultats aux analyses pré-post traitement démontrent des changements suite au traitement sur chaque facteur à l'étude : les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. Les changements moyens pré-post traitement les plus grands se situent au niveau de l'isolement social (nombre de personnes présentes dans l'entourage) et au niveau des stratégies d'adaptation (stratégies orientées vers l'émotion).

3.2. Impact de la motivation sur le traitement

URICA – La motivation au changement

La motivation au changement chez les AAS de notre échantillon a été mesurée avec le test URICA complété qu'une seule fois durant le traitement, deux mois après le commencement du programme. Le tableau 5 présente les scores moyens et écarts-types à l'URICA et à chaque sous-échelle correspondant aux différents stades de changement lors d'un suivi. On peut ainsi

constater que les scores moyens les plus élevés ont été obtenus aux échelles contemplation et action. De plus, le score composite moyen de la motivation au changement (C + A + M – PC) de notre échantillon était de 82,40. Les AAS de notre échantillon étaient donc, en moyenne, conscients de leur problème et, pour la plupart, dans une phase de changement observable.

Tableau 5

Moyenne des résultats à l'URICA en traitement (n = 43)

Echelles URICA	En traitement	
	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>
Pré-contemplation	15,23	5,80
Contemplation	36,02	4,60
Action	35,16	4,29
Maintien	26,44	4,33
Score composite	82,40	14,61

Pour examiner si le niveau de motivation était lié aux changements observés au niveau des quatre facteurs à l'étude, nous avons effectué des corrélations entre l'URICA et ses sous-échelles et les pourcentages de changement (scores POMP) au MESSY, au SSQ, au CISS et au QCA (tableau 6a et 6b). D'après les résultats exposés, on constate une corrélation négative significative entre la sous-échelle « précontemplation » de l'URICA et le changement observé à la sous-échelle « traits impulsifs » du MESSY ($r = -0,35$; $p < 0,05$). Ce résultat indique que plus

le sujet minimise son problème, moins il y a de changement au niveau de l'impulsivité. Cette corrélation est de force moyenne selon les normes de Cohen (1988). Aucune autre corrélation n'est significative entre l'URICA et le changement observé sur le MESSY et ses sous-échelles. En revanche, on constate une corrélation significative négative entre la sous-échelle « précontemplation » de l'URICA et le changement observé sur la sous-échelle « distraction » du CISS ($r = -0,32$; $p < 0,05$). Plus le sujet minimise son problème, moins il y a d'amélioration au niveau de la stratégies d'adaptation consistant à fuir les situations problématiques en effectuant une autre activité. Cette corrélation est de force moyenne. Aucune autre corrélation n'est significative entre la motivation et le changement pré-post traitement.

Tableau 6a

Corrélations entre l'URICA et les pourcentages de changement au MESSY et au SSQ (n = 43)

URICA	MESSY							SSQ ^a	
	Habiletés sociales	Affirmation de soi	Traits impulsifs	Confiance excessive	Jalousie	Items variés	Score total	Nombre	Satisfaction
PC	0,21	-0,26	-0,35*	-0,07	0,02	-0,09	-0,30	0,02	-0,10
C	-0,11	0,19	0,19	-0,01	0,01	0,02	0,18	-0,13	0,22
Action	-0,10	0,13	0,02	0,07	0,05	-0,12	0,13	-0,11	0,07
Maintien	-0,11	-0,04	0,14	0,09	-0,20	-0,18	0,05	-0,12	-0,00
Score composite	-0,18	0,19	0,25	0,08	-0,05	-0,05	0,23	-0,12	0,13

Note. URICA = University of Rhode Island Change Assessment Scale ; MESSY = Matson's Evaluation of Social Skills in Yougsters ; SSQ = Social Support Questionnaire ; PC = Précontemplation ; C = Contemplation.

^a n = 42 : exclusion des observations incomplètes.

* p < 0,05

Tableau 6b

Corrélations entre l'URICA et les pourcentages de changement au CISS et au QCA (n = 43)

URICA	CISS					QCA ^a
	Tâche	Emotion	Evitement	Distraction	Diversion sociale	Distorsions cognitives
Précontemplation	0,08	-0,24	-0,29	-0,32*	-0,10	0,12
Contemplation	-0,07	0,21	-0,02	0,04	-0,04	-0,18
Action	-0,11	0,10	-0,12	-0,05	-0,09	-0,10
Maintien	-0,12	0,06	-0,13	-0,15	0,00	-0,12
Score composite	-0,12	0,21	0,03	0,08	0,00	-0,17

Note. URICA = University of Rhode Island Change Assessment Scale ; CISS = Coping Inventory for Stressful Situations ; QCA = Questionnaire des Cognitions pour Adolescents.

^a n = 41 : exclusion des observations incomplètes.

* p < 0,05

3.3. Changements et impact du trauma sur le traitement

TSCC – Symptômes de trauma

Le tableau 7 présente les scores pré et post traitement pour le TSCC et ses sous-échelles. Les analyses démontrent une amélioration significative suite au traitement des symptômes liés à l'« anxiété » ($p = 0,016$), à la « dépression » ($p = 0,008$), au « stress post-traumatique » ($p = 0,001$), à la « colère » ($p = 0,035$) et pour le score total au test ($p = 0,011$). L'effet du traitement est considéré comme faible à modéré, les coefficients de Cohen (d) variant de 0,29 à 0,46.

L'ampleur moyenne des changements pré-post traitement varie entre 4,91% et 8,45%, les différences les plus fortes se retrouvant au niveau des symptômes de stress post-traumatique (8,45%), de la dépression (6,37%) et de la colère (6,20%). Aucune différence pré-post traitement n'a été trouvée pour les sous-échelles « préoccupations sexuelles » ($p = 0,262$) et « dissociation » ($p = 0,170$).

Tableau 7

TSCC : résultats pré et post traitement et ampleur du changement (n = 43)

TSCC	Moyenne (Écart-type)		Ampleur du changement		
	Pré	Post	<i>t</i>	Taille d'effet	% Changement
Anxiété	7,49 (5,10)	6,02 (5,00)	2,51*	0,29	4,91
Dépression	8,40 (5,21)	6,67 (4,62)	2,80*	0,35	6,37
Stress PT	10,60 (5,67)	8,07 (5,41)	3,61*	0,46	8,45
Préocc. Sx. ^a	7,12 (5,27)	6,33 (4,42)	1,14	0,16	2,62
Dissociation	9,91 (5,98)	8,65 (6,02)	1,40	0,21	4,19
Colère	7,44 (4,49)	5,77 (5,26)	2,18*	0,34	6,20
Total ^a	50,52 (26,18)	41,52 (25,42)	2,68*	0,35	5,56

Note. TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children ; Stress PT = Stress Post traumatique ; Préocc. Sx. = Préoccupations sexuelles.

^a $n = 42$ dû à des données manquantes

* $p < 0,05$

Des analyses corrélationnelles ont été effectuées pour examiner les liens entre les changements au niveau des symptômes de trauma et les changements sur les autres facteurs à l'étude. Le tableau 8a présente les résultats des corrélations entre les pourcentages de changement au TSCC et ses sous-échelles et les pourcentages de changement au MESSY et au SSQ. Plusieurs corrélations sont significatives entre les sous-échelles du TSCC et le MESSY : la diminution des symptômes liés à la colère suite au traitement est corrélée positivement avec la baisse de l'affirmation de soi inadéquate ($r = 0,49 ; p < 0,01$) et avec le score total du MESSY qui rend compte des habiletés sociales négatives ($r = 0,32 ; p < 0,05$). Ces corrélations sont respectivement forte et moyenne. De plus, la baisse des symptômes liés à la dissociation suite au traitement est corrélée positivement avec la baisse de la jalousie ($r = 0,35 ; p < 0,05$). Cette corrélation est considérée comme moyenne. Enfin, les résultats montrent une seule corrélation significative entre le TSCC et le SSQ : la baisse des symptômes liés à l'anxiété suite au traitement est corrélée positivement avec l'augmentation du nombre de personnes dans l'entourage du jeune qu'il juge susceptibles de pouvoir l'aider ($r = 0,37 ; p < 0,05$). Cette corrélation est considérée comme forte selon les normes de Cohen (1988).

Le tableau 8b présente les résultats des corrélations entre les pourcentages de changement au TSCC et ses sous-échelles et les pourcentages de changement au CISS et au QCA. On constate qu'une seule corrélation est significative entre le TSCC et le CISS : la diminution des symptômes liés à la colère suite au traitement est corrélée avec la diminution de la stratégie d'adaptation qui consiste à avoir recours à l'émotion ($r = 0,31 ; p < 0,05$). Cette corrélation est positive et de force moyenne selon les normes de Cohen (1988). De plus, aucune corrélation n'est significative entre les changements au TSCC et ses sous-échelles et les changements au QCA.

En conclusion, il existe un lien entre les changements au niveau des symptômes de trauma et les changements suite au traitement au niveau des habiletés sociales, de l'isolement social et des stratégies d'adaptation.

Tableau 8a

Corrélations entre les pourcentages de changement au TSCC et les pourcentages de changement au MESSY et au SSQ (n = 41) ^a

TSCC	MESSY							SSQ	
	Habiletés sociales	Affirmation de soi	Traits impulsifs	Confiance excessive	Jalousie	Items variés	Score total	Nombre	Satisfaction
Anxiété	0,05	0,24	0,09	-0,25	0,11	0,05	0,09	0,37*	-0,13
Dépression	0,03	0,07	-0,06	-0,10	0,22	-0,05	0,03	0,12	0,19
Stress PT	-0,04	0,02	0,07	0,09	0,20	0,01	0,09	0,18	0,12
Préocc. Sx.	-0,10	0,16	0,06	-0,17	0,26	-0,07	0,17	-0,13	0,26
Dissociation	-0,05	0,30	0,11	-0,08	0,35*	0,22	0,25	0,05	0,02
Colère	-0,01	0,49**	0,27	0,03	0,13	0,18	0,32*	0,08	0,04
Score total	-0,03	0,29	0,12	-0,09	0,28	0,09	0,21	0,13	0,11

Note. TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children ; MESSY = Matson's Evaluation of Social Skills in Yougsters ; SSQ = Social Support Questionnaire ; Stress PT = Stress Post traumatique ; Préocc. Sx. = Préoccupations sexuelles.

^a Exclusion des observations incomplètes n = 41

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

Tableau 8b

Corrélations entre les pourcentages de changement au TSCC et les pourcentages de changement au CISS et au QCA (n = 41)^a

TSCC	CISS					QCA
	Tâche	Emotion	Evitement	Distraction	Diversion sociale	Distorsions cognitives
Anxiété	-0,10	0,20	0,18	0,26	-0,03	0,07
Dépression	-0,16	0,29	0,13	0,08	0,01	0,17
Stress PT	-0,21	0,10	0,13	0,18	-0,07	0,04
Préocc. Sx.	0,09	0,16	0,16	0,11	0,09	0,28
Dissociation	-0,01	0,25	0,24	0,25	0,12	0,08
Colère	-0,03	0,31*	0,10	0,05	-0,02	0,16
Score total	-0,08	0,28	0,20	0,20	0,03	0,17

Note. TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children ; CISS = Coping Inventory for Stressful Situations ; QCA = Questionnaire des Cognitions pour Adolescents ; Stress PT = Stress Post traumatique ; Préocc. Sx. = Préoccupations sexuelles.

^a Exclusion des observations incomplètes n = 41

* $p < 0,05$

4. Discussion

Le but de notre recherche était d'évaluer si le traitement des adolescents agresseurs sexuels amène à des changements au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle, notamment les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. Pour cela, nous avons effectué des analyses pré-post traitement afin de mesurer les changements survenus entre ces deux temps de mesure. Ces analyses nous ont permis de constater des changements significatifs sur chacun des quatre facteurs à l'étude. L'effet du traitement était faible à modéré et l'ampleur du changement variait entre 2,71% et 11,77% selon les facteurs. Etant donné que la motivation peut influencer sur l'engagement et les progrès dans le traitement, nous avons ensuite étudié si le niveau de motivation était en lien avec les changements observés sur les différents facteurs. Les résultats démontrent qu'elle n'était pas liée aux progrès thérapeutiques. Enfin, considérant que les symptômes de trauma sont liés aux facteurs de risque de commettre une agression sexuelle, nous avons étudié les changements pré-post traitement au niveau des symptômes de trauma puis nous avons étudié si ces changements étaient en lien avec les changements observés sur les facteurs liés à l'agression sexuelle. Nos analyses pré-post traitement nous ont permis de constater une réduction des symptômes de trauma. De plus, plusieurs liens entre les changements observés sur les facteurs liés à l'agression sexuelle et les changements observés sur les symptômes de trauma ont été trouvés. Les implications de ces résultats sont discutées plus en détail ici-bas.

4.1. Evaluation du changement thérapeutique

D'après la littérature, plusieurs facteurs sont liés à l'agression sexuelle des adolescents, notamment les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. Afin d'évaluer, dans notre étude, si le traitement des

adolescents agresseurs sexuels amène à des changements au niveau de ces facteurs, nous avons effectué des tests T pour échantillons appariés sur quatre échelles : le MESSY, le SSQ, le CISS et le QCA. Ensuite, nous avons calculé l'ampleur du changement de deux façons : en calculant la taille de l'effet à l'aide du coefficient (*d*) de Cohen puis en calculant le pourcentage de changement, le *Percent of the Maximum Possible score* (POMP), afin d'obtenir la taille de la différence pré-post traitement en pourcentage et de pouvoir comparer la magnitude du changement entre les différentes échelles.

Les habiletés sociales déficitaires

Le premier facteur à l'étude concerne les habiletés sociales des AAS. Les analyses ont démontré une diminution des traits impulsifs et récalcitrants à la suite du traitement avec un pourcentage de changement de 6,74%. Cependant, les habiletés sociales des jeunes dans leur ensemble restent déficitaires et diminuent même légèrement. Une diminution significative des habiletés sociales appropriées avec un pourcentage de changement de 5,55% a été observée. Ce résultat pourrait suggérer que le traitement a eu un impact négatif sur ces jeunes mais une autre explication est plus probable. Tout d'abord, il est important de rappeler que l'ensemble de nos sujets étaient des adolescents agresseurs sexuels d'enfants. Comparés aux agresseurs de pairs ou d'adultes, ces jeunes ont des habiletés sociales plus déficitaires et rencontrent davantage de difficultés avec leurs pairs (Gunby et Woodhams, 2010; Hendriks et Bijleveld, 2004; Hunter et al., 2003; Hunter et al., 2004, Stevens et al., 2013). Ils sont particulièrement anxieux dans leurs relations et ont des difficultés à interagir avec les autres. Cependant, l'intégration d'un programme de traitement en groupe favorise la socialisation et réduit l'isolement. D'après Sion et Blondeau (2012), ce nouveau cadre dans lequel vont évoluer les adolescents procurerait un

sentiment d'appartenance et favoriserait l'émergence d'une responsabilisation individuelle et collective.

L'obligation de respecter et d'écouter les autres au sein du groupe et de soi-même participer permettra de développer des compétences relationnelles mais aussi d'améliorer la gestion des émotions, notamment de la colère, le contrôle de l'impulsivité, la confiance en soi et en l'autre et le développement de l'empathie. Ainsi, les adolescents apprendront à créer une relation avec leurs pairs et avec les professionnels en charge du traitement (Sion et Blondeau, 2012). Il est donc possible qu'avant le traitement, les AAS croyaient avoir des habiletés sociales appropriées et que, suite à la prise en charge, ils soient devenus plus justes dans leur jugement personnel, reconnaissant davantage leurs difficultés. Ceci se traduirait donc par une baisse de leurs résultats à cette échelle sans que les habiletés sociales ne se soient véritablement détériorées. A l'appui de cette hypothèse, rappelons qu'une diminution de l'impulsivité a été notée après le traitement. Cette diminution indique une meilleure gestion des émotions dans les relations sociales et suggère qu'il y a effectivement eu une amélioration des compétences relationnelles à la suite du traitement. Cependant, les habiletés sociales demeurent fragiles puisqu'aucun changement significatif n'a été constaté au niveau de l'affirmation de soi inadéquate, de la confiance en soi excessive et de la jalousie, démontrant des lacunes persistantes dans ce domaine à la suite du traitement.

L'isolement social

Les analyses ont également démontré une diminution de l'isolement des AAS suite au traitement. Le nombre de personnes entourant les jeunes et étant susceptibles de leur venir en

aide en cas de besoin a augmenté significativement. Le plus grand pourcentage de changement constaté à la suite du traitement (11,77%) était sur cet aspect.

Rappelons que, d'après les recherches, les AAS, et notamment les AAS d'enfants, rencontrent de graves problèmes sociaux qui créent un isolement vis-à-vis des pairs, renforçant le sentiment de ces jeunes d'être inadaptés socialement (Rabaux, 2007; Miner et al., 2016; Seto et Lalumière, 2010; Tardif, 2015b). Travailler cet élément au cours du traitement est particulièrement important puisque les recherches ont montré que, de surcroît, l'isolement social est un facteur de récurrence sexuelle (Worling et Langström, 2006). Les résultats exposés suggèrent qu'au cours du traitement en groupe, les jeunes de notre échantillon ont trouvé un soutien ainsi que de nouveaux repères qui leur ont permis d'améliorer leurs problèmes relationnels et affectifs et de sortir de l'isolement. Le groupe semble donc avoir procuré un sentiment d'appartenance à ces jeunes, tel que suggéré par Sion et Blondeau (2012).

En revanche, nos analyses indiquent une absence de changement au niveau de la satisfaction quant au soutien social obtenu. Pour expliquer ce résultat, nous pouvons soulever deux hypothèses. Premièrement, il semble important de préciser à nouveau que le test de soutien social de Sarason (SSQ) est un questionnaire auto-rapporté et qu'il convient donc au sujet de juger par lui-même de sa satisfaction quant à l'aide qui lui est fournie par son entourage. On peut faire l'hypothèse qu'avant le traitement, les adolescents ne savaient pas forcément évaluer ce qu'était un bon soutien et avaient pu estimer ce dernier de manière exagérée. Suite au traitement, le type d'aide dont ils ont besoin est différent et nécessite généralement de remettre en question certains liens sociaux. Deuxièmement, avec la participation au traitement, les jeunes ont élargi leur réseau de soutien notamment par la présence des professionnels de santé. Le nombre de

personnes dans leur entourage susceptibles de pouvoir les aider est donc significativement en hausse, cependant, cela ne signifie pas automatiquement une hausse de la satisfaction quant à ce nouveau soutien. Etant donné qu'à la suite du traitement les habiletés relationnelles de ces jeunes restent fragiles, il est possible qu'ils ne soient pas encore à l'aise avec ces nouvelles relations. Dans ces deux cas, la satisfaction avec le soutien social pourrait donc survenir à plus long terme. Cet aspect devrait être examiné plus profondément dans des recherches futures.

Les stratégies d'adaptation inadaptées

Durant les traitements cognitivo-comportementaux, les AAS développent de nouvelles habiletés de résolution de problème afin d'améliorer leurs stratégies d'adaptation inadaptées. Les recherches indiquent que l'utilisation de stratégies ciblant le problème démontre une adaptation positive tandis que les autres types de stratégies d'adaptation, comme l'évitement du problème et la réaction par l'émotion, ne permettent pas de régler la situation et augmentent l'effet du stress (Endler et Parker, 1990). Parmi les adolescents agresseurs sexuels, les deux études que nous avons présentées précédemment ont rapporté des résultats différents : Pagé et al. (2010) ont observé que les adolescents agresseurs sexuels avaient tendance à répondre de manière émotionnelle aux situations difficiles tandis que Margari et al. (2015) rapportent que les AAS de leur échantillon avaient davantage tendance à fuir les situations problématiques. Dans les deux cas, les adolescents avaient recours à des stratégies d'adaptation inadaptées.

Dans notre étude, avant le traitement, les résultats moyens au CISS indiquent que les AAS de notre échantillon avaient recours tant aux stratégies d'adaptation tournées vers la tâche qu'aux stratégies d'adaptation inadaptées consistant à répondre aux situations problématiques par l'émotion ou l'évitement. A la suite du traitement, les résultats ne montrent aucun changement

concernant l'évitement mais indiquent une forte baisse des stratégies d'adaptation tournées vers l'émotion (6,36%) et une forte hausse des stratégies qui consistent à cibler le problème en réglant positivement l'agent stressant (8,58%). En moyenne, les AAS rapportent gérer leur stress de manière plus positive et productive. Ils sont moins centrés sur les émotions et tentent de résoudre les problèmes de manière proactive, ce qui constitue un autre des plus forts changements observés à la suite du traitement.

Les distorsions cognitives

Enfin, l'analyse du changement thérapeutique a permis de constater un changement positif au niveau des distorsions cognitives. Dans les interventions de groupe, les AAS travaillent sur les cognitions qui maintiennent et soutiennent leur comportement et qui ont donc un rôle facilitateur dans le passage à l'acte de l'agression sexuelle (Calley, 2007; Hunter, 2012). D'après Kim et al. (2015), les adolescents étant encore en développement, ils seraient davantage réceptifs à la restructuration cognitive que les adultes. Dans notre étude, nous avons pu noter une nette amélioration dans ce domaine avec une diminution significative des distorsions cognitives, bien qu'il s'agisse du pourcentage de changement le plus faible (2,74%). D'après nos résultats, il semblerait donc que les AAS soient parvenus à une plus grande prise de conscience de la gravité de leurs actes et de leurs conséquences, acceptant ainsi la responsabilité des agressions commises, ce qui, d'après Calley (2007), constitue une étape particulièrement importante du processus de soin. Ceci peut être mis en lien avec le changement observé au niveau des stratégies d'adaptation. Si les AAS peuvent identifier les pensées liées à leur comportement délinquant et les modifier, cela peut leur permettre aussi d'améliorer leurs compétences au niveau de la résolution de problèmes.

Les résultats de nos analyses pré-post traitement suggèrent donc des changements au niveau de chacun des facteurs à l'étude : les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. Ces changements sont tous positifs, hormis pour les habiletés sociales qui restent déficitaires. Cependant, la construction d'un plus large réseau social et la baisse de l'impulsivité dans les relations suggèrent tout de même une amélioration et un développement des compétences relationnelles des jeunes. Ainsi, on peut s'attendre à des progrès à plus long terme concernant les habiletés sociales déficitaires mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier cet effet dans le temps.

4.2. Impact de la motivation sur le traitement

La motivation est un facteur de réceptivité au traitement particulièrement important à prendre en compte dans l'évaluation de l'efficacité des programmes de soin (Cortoni et Lafortune, 2009). Un manque de motivation constitue un facteur de résistance pouvant être la cause d'un abandon du traitement, tandis qu'un haut niveau de motivation peut influencer sur l'engagement et les progrès dans le traitement (Levenson et Macgowan, 2004). Notre seconde question de recherche concerne la motivation au changement et son impact sur le traitement. Afin d'évaluer si la motivation était en lien avec les progrès thérapeutiques, nous avons effectué des analyses corrélationnelles entre le niveau de motivation, mesuré par le test URICA en traitement, et les pourcentages de changement (POMP) aux quatre tests à l'étude.

Dans notre recherche, le niveau de motivation (score composite de 82,40) indique que les AAS de notre échantillon, deux mois après le traitement, étaient majoritairement conscients de leur problème et se trouvaient dans une phase de changement observable (Tison et al., 2009). Cependant, les résultats de nos analyses corrélationnelles entre le niveau de motivation et les

pourcentages de changement survenus sur les différents facteurs à l'étude posent fortement question. En effet, aucune corrélation n'a été trouvée entre un niveau de motivation moyen ou élevé et les changements survenus au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle. Il semblerait donc que, pour notre échantillon, la motivation au changement n'ait pas eu d'influence sur les progrès des jeunes. Il est cependant important de préciser que, lors du traitement, le niveau de motivation n'a été mesuré qu'une seule fois, deux mois après le commencement du traitement. Il est donc possible que la motivation ait par la suite évolué mais nos données ne nous ont pas permis de mettre en lien cette évolution avec les changements pré-post traitement des facteurs liés à l'agression sexuelle. Le niveau de motivation à deux mois de traitement ne semble donc pas suffisant pour établir si ce facteur est en lien avec l'évolution des progrès dans le traitement des adolescents agresseurs sexuels. Les recherches futures devraient donc inclure plusieurs mesures de la motivation, avant, pendant et après le traitement.

4.3. Les symptômes de trauma : changements et impact sur le traitement

D'après la littérature, les AAS rapportent un grand nombre d'expériences de victimisation dans l'enfance, notamment des abus sexuels et/ou physiques (Seto et Lalumière, 2010). Ceci peut entraîner le développement de symptômes de trauma en lien avec les facteurs de risque de commettre une agression sexuelle. Notre dernière question, davantage exploratoire, concerne les changements au niveau des symptômes de trauma et leur lien avec les changements au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle. Afin d'examiner cette question, nous avons effectué des tests T pour échantillons appariés pour l'échelle du TSCC en calculant ensuite le coefficient (d) de Cohen et le pourcentage de changement (POMP), puis nous avons effectué des corrélations entre

les pourcentages de changement au TSCC et les pourcentages de changement au MESSY, SSQ, CISS et QCA.

L'analyse du changement pré-post traitement au niveau des symptômes de trauma a permis d'observer de nettes améliorations à la suite du traitement. On observe une diminution significative de l'anxiété, des affects dépressifs et de la colère, ce qui suggère une meilleure gestion des émotions, ainsi qu'une forte baisse des symptômes liés au stress post-traumatique. Comme a aussi été trouvé par Viens et al. (2012) dans leur étude sur l'efficacité de l'intervention de groupe auprès des AAS, le traitement a permis de réduire les symptômes de trauma fréquemment retrouvés dans cette population, les pourcentages de changement allant de 4,91% à 8,45%. Cependant, contrairement aux résultats de Viens et al. (2012), les symptômes en lien avec les préoccupations sexuelles n'ont pas diminué. Considérant que les AAS, et notamment les AAS d'enfants, ont connu surtout des abus sexuels dans leur enfance (Hart-Kerkhoffs et al., 2009; Seto et Lalumière, 2010), il est possible que les symptômes liés aux préoccupations sexuelles et à la détresse sexuelle requièrent des traitements supplémentaires spécifiques à cette problématique.

Également en contraste avec les résultats de Viens et al. (2012), aucune diminution des symptômes de dissociation n'a été observée dans notre étude. Il est possible que, suite au travail effectué sur l'agression sexuelle, les sujets ont été confrontés aux traumatismes qu'ils ont eux-mêmes vécus. Bien que les résultats indiquent que l'intervention leur ait permis de mieux gérer les affects associés à ces traumatismes et donc de réduire les symptômes liés au stress post-traumatique, il est possible qu'un certain niveau de dissociation ait été maintenu pour se protéger de cette exposition difficile aux traumas passés. Dans ce cas, des traitements spécialisés

pourraient être indiqués pour ces jeunes. Des recherches supplémentaires à cet effet sont nécessaires.

En général, les résultats indiquent de nombreux changements au niveau des symptômes liés au trauma à la suite du traitement. Ces résultats pourraient cependant aussi s'expliquer par le passage du temps puisque les recherches et les pratiques thérapeutiques ont montré que les symptômes de trauma ne sont pas stables dans le temps et peuvent s'atténuer, sans intervention, au fil des années (Coutanceau, 2010; Silvestre, 2014). Néanmoins, il est à noter que l'adolescence est une période de vulnérabilité pendant laquelle le tableau clinique du trauma, s'il est présent chez le jeune, comporte davantage des manifestations de reviviscences plutôt que des améliorations, avec notamment des phénomènes dissociatifs souvent caractéristiques de cette tranche d'âge où l'équilibre psychique est encore précaire (Crocq, 2012; Vilamot, 2007). De plus, rappelons que, dans notre étude, la présence de symptômes de trauma a été mesurée en pré puis en post traitement. Etant donné que le traitement ne dure que quelques mois, bien que sa durée exacte nous soit inconnue, cela paraît être une période trop courte pour pouvoir expliquer que les évolutions thérapeutiques de ces symptômes entre le pré et le post traitement soient dues uniquement au temps qui passe. On pense donc davantage à un effet positif du traitement, bien que le passage du temps puisse aussi être considéré dans notre interprétation de ces résultats.

D'après Andrews et Bonta (2015) de tels facteurs affectifs comme l'anxiété ou l'inconfort psychologique constituent des facteurs de résistance qui peuvent devenir des freins au traitement. Dans notre étude, le traitement semble avoir permis un changement au niveau de ces facteurs et plusieurs de ces changements étaient associés aux changements observés sur trois des quatre

facteurs liés à l'agression sexuelle : les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social et les stratégies d'adaptation inadaptées.

Au niveau des habiletés sociales, les analyses ont démontré que la diminution de l'anxiété était fortement liée à l'élargissement du réseau social. Ceci suggère que lorsque les AAS sont moins anxieux, ils seraient plus aptes à entrer en relation avec les autres. Il apparaît donc que le traitement les ait aidé à améliorer leur confiance en eux et en l'autre, ce qui leur a permis de développer de meilleures compétences relationnelles, bien que celles-ci demeurent fragiles.

Les analyses ont également démontré que la diminution de la colère était associée à une réduction des stratégies d'adaptation axées sur les émotions. Ainsi, une meilleure régulation affective permettrait de gérer les situations problématiques de manière plus productive et proactive. De plus, cette diminution de la colère était corrélée avec le changement au niveau de l'affirmation de soi inadéquate et des habiletés sociales déficitaires. Selon Tardif (2015b), les déficits relationnels seraient associés avec la difficulté des AAS à autoréguler leurs émotions. Une meilleure gestion de la colère serait donc en lien avec les améliorations au niveau des habiletés sociales.

Enfin, aucun lien significatif n'a été trouvé entre la diminution des symptômes de trauma et la diminution des pensées qui maintiennent et soutiennent le comportement d'agression sexuelle, suggérant ainsi que les distorsions cognitives de ces jeunes n'étaient pas alimentées par la présence de symptômes psychologiques liés aux mauvais traitements subis dans l'enfance.

5. Implications et limites de l'étude

5.1. Implications

L'évaluation de l'efficacité des traitements doit examiner l'efficacité globale du traitement, donc en terme de réduction du risque de récurrence, ainsi que le changement thérapeutique qui contribue à cette réduction (Cortoni et Lafortune, 2009). A ce jour, un grand nombre d'études ont démontré l'efficacité globale des traitements proposés aux adolescents délinquants sexuels reconnus coupables d'agression. En revanche, la « boîte noire » de traitement de cette population, ce qui se passe réellement pour ces jeunes durant la prise en charge n'a pas encore été élucidé. En étudiant les changements suite au traitement au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle, notre recherche constitue donc un apport dans les connaissances sur l'efficacité des traitements correctionnels des adolescents agresseurs sexuels et sur les évolutions thérapeutiques de ces jeunes durant la prise en charge.

Certaines implications cliniques peuvent être tirées de notre étude. Notre recherche démontre qu'il est possible de mesurer le changement thérapeutique chez les adolescents agresseurs sexuels qui ont suivi un programme de traitement. Ceci est une première puisque à notre connaissance, une seule étude (Viljoen et al., 2015) s'est intéressée à cette question mais en utilisant des outils d'évaluation du risque. En examinant les changements pré-post traitement des facteurs liés à l'agression sexuelle, nous apportons des connaissances sur le fonctionnement des AAS, l'évolution de leurs besoins et leurs capacités à développer de nouvelles compétences. Dans notre recherche, des changements positifs ont été observés à la suite du traitement au niveau des stratégies d'adaptation inadaptées et des distorsions cognitives, ce qui suggère que les adolescents agresseurs sexuels sont réceptifs à l'intervention cognitivo-comportementale. En contraste, bien que la participation au programme de traitement ait permis un changement positif

au niveau de l'isolement social de ces jeunes, les compétences relationnelles semblent plus difficiles à acquérir. Ceci indique qu'une attention particulière devrait être portée au travail clinique pour améliorer l'acquisition de ces compétences chez les jeunes. Par exemple, il serait utile de développer davantage les interventions permettant l'acquisition de compétences relationnelles solides et une meilleure gestion des émotions.

Concernant le trauma chez les AAS, bien qu'il ne soit pas directement lié à l'agression sexuelle, les résultats de notre étude démontrent qu'il s'agit d'une donnée importante. A l'instar des résultats de l'étude de Viens et al. (2012), nos analyses ont montré une diminution significative des symptômes de trauma suite au traitement et un lien entre ces changements et les changements observés au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle. Ceci démontre qu'il est important de porter attention au trauma dans le traitement de l'agression sexuelle chez les adolescents, bien que des thérapies spécifiques supplémentaires puissent être nécessaires pour traiter certains symptômes plus persistants.

Finalement, notre étude est une des rares études qui s'est intéressée à d'autres dimensions que la récurrence pour juger de l'efficacité des traitements pour les adolescents auteurs d'agression sexuelle. L'ensemble de nos résultats, qu'ils soient significatifs ou non significatifs, démontrent que, dans le cadre de l'évaluation des programmes de traitement, une attention particulière doit être portée aux évolutions thérapeutiques afin de mieux comprendre ce qui fonctionne précisément avec les AAS et ainsi pouvoir optimiser les prises en charge. Les autres implications de notre recherche sont intimement liées aux nombreuses limites méthodologiques auxquelles nous nous sommes confrontés.

5.2. Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures

Comme toute étude, notre recherche présente certaines limites. La première limite de notre recherche concerne le nombre restreint de participants ($n = 43$) qui ne nous permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population des adolescents agresseurs sexuels mais qui nous amène plutôt à considérer notre recherche comme une recherche préliminaire et exploratoire. En effet, par souci de rigueur et de précision, nous n'avons pas voulu considérer les sujets pour lesquelles trop de données étaient manquantes, réduisant ainsi notre échantillon de 163 à 43 adolescents. Les recherches futures devraient donc s'assurer qu'un tri rigoureux des données ait été effectué en amont et que celles-ci puissent bien servir pour répondre aux objectifs de la recherche.

La seconde limite de notre recherche se situe au niveau des données pour notre étude. Premièrement, il s'agissait de données préexistantes ce qui veut dire que les mesures utilisées dans notre recherche n'étaient pas nécessairement les plus appropriées pour mesurer les facteurs de risque préconisés. Ceci souligne l'importance de bien mesurer les facteurs ciblés pendant le traitement. Par exemple, l'échelle d'attribution de la responsabilité dans un crime (Gudjonsson et Singh, 1989) constituée de trois sous-échelles (responsabilité interne, responsabilité externe et culpabilité) pourrait compléter le questionnaire sur les distorsions cognitives qui soutiennent le comportement délinquant (QCA ; Hunter et al., 1991). Une analyse pré-post traitement des résultats à cette échelle aurait pu permettre d'évaluer si les adolescents, à la suite du traitement, reconnaissaient davantage la responsabilité de leurs actes.

Deuxièmement, il est à noter que plusieurs variables ont été mesurées à partir d'instruments auto-rapportés, ce qui augmente le risque de désirabilité sociale. Ce biais ne peut

cependant pas être contrôlé sur des données préexistantes. En revanche, au moment de la passation des tests, si les réponses des adolescents semblent trop éloignées de la réalité, un entretien individuel ou des tests supplémentaires plus objectifs peuvent être proposés.

Enfin, une autre limite quant aux données concerne la motivation au changement. Le niveau de motivation a été mesuré une seule fois pendant le traitement, deux mois après le commencement. Cependant, pour que nous puissions mettre en lien l'évolution du niveau de motivation et les changements pré-post traitement observés sur les facteurs liés à l'agression sexuelle, la motivation aurait dû être testée en prétraitement puis en post traitement. Une seule donnée sur la motivation deux mois après le commencement du traitement n'était pas suffisante pour déterminer si ce facteur était en lien avec l'évolution des facteurs de risque à l'étude.

La troisième limite de notre étude consiste en la présence de facteurs non contrôlés, non mesurés par nos analyses et qui pourraient avoir eu un impact sur les progrès dans le traitement. Rappelons que nous n'avons que très peu d'informations sur nos sujets, les modalités de traitement et les procédures de passation des tests. Aussi, des facteurs comme la reconnaissance des délits commis par les jeunes, l'implication des parents dans le traitement, l'alliance thérapeutique ou encore le passage du temps ont pu avoir une influence. Pour les deux premiers facteurs cités, ces informations nous étaient manquantes et auraient dû être associées à la base de données. Concernant l'alliance thérapeutique, l'échelle California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS ; Marmar et Gaston, 1988) qui mesure cette dimension à travers quatre sous-échelles (capacité de travail en traitement, engagement, consensus sur les objectifs en traitement et perception du thérapeute) pourrait être un bon outil pour pallier cette limite. Concernant l'impact du passage du temps, les recherches futures devraient inclure un groupe contrôle d'AAS non-

traités qui auraient complétés les mêmes instruments sur les mêmes périodes de temps afin d'éliminer cette possibilité.

Enfin, la quatrième et dernière limite de notre recherche concerne le manque d'informations au sujet de l'intensité du traitement suivi par les participants à l'étude. Rappelons que selon le principe du risque d'Andrews et Bonta (2015), la durée et l'intensité du traitement doivent correspondre au risque de récidive de l'individu. Ce principe est également valable pour les adolescents (Reitzel et Carbonell, 2006). Malheureusement, aucune donnée n'était disponible sur le risque de récidive, suggérant que les jeunes dans notre étude avaient été inclus dans la même intensité de traitement peu importe leur risque de récidive. Les recherches futures devraient examiner cet élément afin de mieux évaluer le changement thérapeutique dans des sous-groupes de jeunes, basé sur leur risque de récidive et l'intensité du traitement. Cependant, une des limites de la procédure est qu'il est particulièrement difficile d'évaluer le risque des AAS. Hempel, Buck, Cima et Hjalmar van Marle (2013) ont effectué une revue de la littérature sur différents outils pouvant servir à l'évaluation du risque de récidive des jeunes agresseurs sexuels. Bien que ces outils puissent aider à cette évaluation, les auteurs concluent que leur validité prédictive est encore insuffisante pour prédire avec précision la récidive. Ils ajoutent que l'évaluation du risque est difficile quand elle est basée sur l'évolution des facteurs de risque, en raison du développement rapide des jeunes qui se trouvent en pleine période de transition et de maturation. De plus, compte tenu des taux très faibles de récidive sexuelle, il serait préférable d'élaborer un protocole prenant essentiellement en compte la récidive générale.

Notre étude constitue donc une recherche préliminaire sur le changement thérapeutique des adolescents agresseurs sexuels suite à la participation à un programme de traitement. Compte

tenu du peu d'études et de littérature à ce sujet, notamment de littérature francophone, nos résultats devraient servir de tremplins à de nouvelles investigations sur le changement thérapeutique des adolescents agresseurs sexuels. Des recherches sur un plus grand échantillon devraient être menées afin d'évaluer si les résultats obtenus dans la présente étude peuvent être généralisés à la population des AAS. De plus, il serait intéressant de mener des recherches sur les changements pré-post traitement qui incluraient un troisième temps d'analyse, plusieurs mois après la fin du traitement, afin de savoir si les progrès des adolescents perdurent dans le temps.

L'importance du cadre d'évaluation

Il est important de préciser à nouveau que, pour notre recherche, l'échantillon d'origine de la base de données à laquelle nous avons eu accès était composé de 163 sujets mais que nous n'avons pu avoir des données complètes que pour 43 d'entre eux. Ceci démontre qu'il ne s'agit pas uniquement d'extraire des données pour connaître l'efficacité du traitement mais qu'il faut pouvoir les organiser au regard des objectifs d'évaluation recherchés.

Dans ce cadre, Cortoni (Cortoni, 2003; Cortoni et Lafortune, 2009) suggère que la recherche appliquée servant à l'évaluation des programmes soit élaborée au moment de la conception de ceux-ci, puis réajustée au fur et à mesure de leur évolution. Ainsi, il ne s'agit plus d'évaluer un programme à partir des résultats obtenus longtemps après son application mais de suivre les avancées du programme étape par étape. Pour cela, les chercheurs recommandent l'utilisation du modèle logique permettant notamment de faire le lien entre les objectifs de départ, selon l'échantillon et les services offerts, et les résultats obtenus à court, moyen et long terme, tout en contrôlant l'effet d'autres variables (Cortoni, 2003; McGuire, 2001). Plus précisément, il s'agit d'un modèle initial d'évaluation permettant de clarifier les objectifs et de s'assurer que les

résultats recherchés soient liés uniquement aux composantes du programme (Cortoni et Lafortune, 2009). Ainsi, l'utilisation de ce modèle permettrait d'améliorer l'évaluation de l'efficacité des traitements.

Afin d'élaborer le cadre d'évaluation d'un programme, tel que décrit par Gaes (2001), différentes questions doivent être posées. Tout d'abord, il est primordial de clarifier les raisons précises de la demande d'évaluation et les interrogations qui s'y adjoignent pour s'assurer, dans un premier temps, d'être en mesure d'y répondre. L'évaluateur définit donc les objectifs de l'étude pour faire en sorte que les recherches pouvant être effectuées répondent au mieux aux préoccupations des intervenants. Dans cette optique, la nature de l'intervention, les mécanismes sociaux et/ou psychologiques touchés et la nature des résultats attendus doivent être définis. Une attention particulière doit aussi être portée aux personnes visées par l'évaluation c'est-à-dire les participants au programme. En effet, les caractéristiques de la population cible peuvent influencer sur les investigations qui s'en suivent : les participants ont-ils le choix de participer au programme ? Quel est leur degré de risque et quels sont leurs besoins ? Ont-ils participé à d'autres interventions auparavant ? Est-ce que des facteurs socio-économiques interviennent ? Etc. D'après McGuire (2001), si les délinquants ont le choix de participer au programme, par exemple, le taux de participation peut être un indice du succès ou de l'échec du programme. Toutes ces questions sont donc fondamentales dans le processus d'évaluation. Une fois ces renseignements récoltés, il sera possible de réfléchir aux moyens c'est-à-dire aux méthodes d'évaluation à employer (Gaes, 2001).

Rappelons qu'il existe deux grands types d'évaluation : l'évaluation formative et l'évaluation sommative. La première consiste à évaluer les évolutions dans le traitement ainsi que

les problèmes liés à l'intervention, tandis que l'évaluation sommative examine l'efficacité globale donc les changements observés suite au traitement (Cortoni et Lafortune, 2009). Les évaluations formatives visent à l'amélioration du programme en tant que tel. Il s'agit d'évaluations de processus effectuées généralement selon une approche qualitative afin de faire ressortir tant les points forts que les points faibles du programme (Gaes, 2001). Les évaluateurs examinent la façon dont le programme est construit ainsi que la dynamique interne à la fois collective et individuelle. On se posera donc les questions suivantes : quelle est la ligne directrice des interventions proposées ? Comment sont-elles élaborées ? Sur quel(s) principe(s) reposent-elles ? Que vivent exactement les personnes qui participent au programme ? Comment évoluent-elles dans le programme ? Quelles relations entretiennent-elles avec les intervenants ? Etc.

A l'inverse, l'évaluation sommative, plus globale, s'effectue généralement selon une méthodologie quantitative afin d'évaluer l'efficacité du programme ou du traitement par rapport aux objectifs de départ. Dans ce cadre, il est important d'identifier des outils fiables permettant de mesurer les changements voulus à la suite du traitement. Comme pour la présente étude, la passation en pré puis en post traitement de tests psychométriques ciblant les facteurs criminogènes permet de comparer les différences entre ces deux temps de mesure et ainsi d'établir si le programme a permis les changements voulus, à condition que les tests soient valides pour mesurer les facteurs en question (Cortoni, 2003). Dans ce contexte, la motivation doit être prise en compte car le manque de motivation peut être un frein au traitement alors qu'un haut niveau de motivation peut influencer sur l'engagement et les progrès dans le traitement (ex., Proulx et al., 2012). De ce fait, des moyens de mesurer la motivation devraient également être inclus au plan d'évaluation afin de déterminer l'incidence de ce facteur sur la participation au

programme. L'élaboration au préalable d'un plan d'évaluation permettra aux évaluateurs de déterminer comment assurer la validité des conclusions statistiques et minimiser les biais.

De plus, toujours dans le cadre de l'évaluation sommative, la mesure du risque de récidive est un bon indicateur de l'efficacité du programme puisque la diminution de ce risque constitue le but premier de tout programme correctionnel. Pour évaluer cette donnée, il est nécessaire de connaître le risque de récidive des participants au programme, comme évoqué précédemment. Pour cela, des données sur les taux d'arrestation, les condamnations ultérieures, le temps écoulé entre chacune d'entre elles, les incarcérations voire les réincarcérations peuvent être nécessaires (McGuire, 2001). Afin d'évaluer si le programme a permis une diminution de ce risque, il est possible de comparer le taux de récidive des participants avec le taux évalué par les échelles de prédiction ou en comparaison avec un groupe contrôle détenant les mêmes caractéristiques mais n'ayant pas participé au programme.

Afin de compléter ces évaluations, tel que suggéré par McGuire (2001), il serait de plus important d'employer des moyens de contrôle de l'intégrité du programme, c'est-à-dire des moyens de vérification du lien entre le processus de mise en œuvre et le résultat dans les interventions. Pour cela, il est nécessaire de vérifier, par exemple, la qualité de la formation des intervenants et la fréquence des séances de supervision, la disponibilité des ressources matérielles, le ciblage des participants, le taux d'assiduité de ces derniers, la fréquence des séances d'examen du programme, etc.

Enfin, l'intégrité du traitement est un autre élément important à évaluer (McGuire, 2001). Elle se réfère aux aspects internes de modalités de mise en œuvre du programme, c'est-à-dire l'implantation du traitement conformément aux exigences établies par les auteurs du traitement.

Pour évaluer cet élément, deux critères doivent être pris en compte : la conformité au modèle du programme et la qualité de la prestation. Concernant la conformité au modèle du programme, on examinera par exemple si les objectifs du programme de traitement et des séances sont clairement énoncés ou si les tâches prévues dans le programme sont exécutées. Pour ce qui est de la qualité de la prestation, il s'agira d'évaluer le travail des intervenants en examinant s'ils s'assurent de la bonne compréhension des tâches par les participants, de leur engagement ou de leur participation (McGuire, 2001). Rappelons que le mode de prestation devrait être établi en fonction du principe de réceptivité tel que décrit par Andrews et Bonta (2015), c'est-à-dire que le mode de traitement doit être efficace pour la population ciblée et adapté en fonction des caractéristiques individuelles des délinquants. Ainsi, la qualité de la prestation sera évaluée en conséquence.

En résumé, pour toute évaluation d'un programme de traitement qui a pour but de réduire le comportement criminel, il est fondamental d'établir un cadre précis et explicite faisant figure de lignes directrices claires concernant les données à recueillir, les raisons de la recherche évaluative éventuelle et l'utilisation des résultats (McGuire, 2001). L'ensemble des étapes décrites ici haut permettent de planifier une solide évaluation et forment ainsi le modèle logique de programme. L'utilisation de plusieurs méthodes de recherche qualitative et quantitative permet de garantir une meilleure fiabilité des informations. Ainsi, en s'assurant dès la construction du programme et à chaque étape de celui-ci d'une méthodologie d'évaluation rigoureuse et adaptée, les recherches futures pourront dépasser l'ensemble des limites auxquelles nous nous sommes confrontés dans notre étude du changement thérapeutique chez les adolescents auteurs d'agression sexuelle suite au traitement. Grâce à cette démarche, elles pourront minimiser les menaces à la validité des résultats et, ainsi, apporter des connaissances importantes pour le développement de la recherche scientifique.

Conclusion

Le but de notre recherche était d'évaluer si le traitement des adolescents agresseurs sexuels amène à des changements au niveau des facteurs liés à l'agression sexuelle, notamment les habiletés sociales déficitaires, l'isolement social, les stratégies d'adaptation inadaptées et les distorsions cognitives. Considérant que la motivation peut influencer sur l'engagement et les progrès dans le traitement, nous avons également pris en compte cette variable dans notre analyse du changement thérapeutique. De plus, considérant que les symptômes de trauma, très fréquents dans cette population du fait des nombreux antécédents de victimisations sexuelles et/ou physiques, sont liés aux facteurs de risque de commettre une agression sexuelle, nous avons étudié si le traitement avait permis des changements au niveau de ces symptômes et si ces changements étaient en lien avec les changements observés sur les quatre facteurs à l'étude.

Les résultats de notre recherche ont permis d'observer des changements significatifs à la suite du traitement sur l'ensemble des facteurs liés à l'agression sexuelle. Nous avons également observé des changements pré-post traitement au niveau des symptômes de trauma, changements en lien avec les changements observés au niveau des habiletés sociales, de l'isolement social et des stratégies d'adaptation.

Le changement thérapeutique ayant très peu été étudié chez les adolescents agresseurs sexuels, notre étude se veut préliminaire et sert à la recherche sur l'évaluation des programmes de traitement correctionnels dans cette population. Cependant, de nouvelles investigations sont encore nécessaires afin de pouvoir développer les connaissances dans ce domaine, notamment en ce qui concerne le lien entre changements au cours du traitement et risque de récidive. Ces recherches permettraient d'enrichir les connaissances sur les adolescents agresseurs sexuels et d'aider à la conception de programmes thérapeutiques mieux adaptés à leurs besoins. Ainsi, cela

pourrait permettre de réduire encore davantage le risque de récidive dans cette population et d'aider à la réinsertion de ces jeunes dans la société. Les adolescents étant des êtres encore en devenir, il est nécessaire de leur proposer une prise en charge adaptée et efficace afin qu'ils ne répètent pas leurs actes à l'âge adulte et qu'ils parviennent à sortir de leur trajectoire délinquante en se construisant une vie plus positive et pro-sociale.

Bibliographie

- Aebi, M., Vogt, G., Plattner, B., Steinhausen, H-C. et Bessler, C. (2012). Offender types and criminality dimensions in male juveniles convicted of sexual offenses. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 24(3), 265-288. doi: 10.1177/1079063211420449
- Andrews, D. A. et Bonta, J. (2015). *Le comportement délinquant : analyse et modalités d'intervention* (5^{ème} ed.). Agen : Les Presses de l'Enap.
- Andrews, D. A., et Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment : a meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(1), 88-100.
- Barbaree, H. E. et Marshall, W. L. (2006). An introduction to the juvenile sex offender : Terms, concepts, and definitions. Dans H. E. Barbaree et W. L. Marshall (dir.), *The Juvenile Sex Offender* (2nd ed. p.1-18). New York : The Guilford Press.
- Beggs, S. (2010). Within-treatment outcome among sexual offenders: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(5), 369-379.
- Beggs, S. M. et Grace, R. C. (2011). Treatment gain for sexual offenders against children predicts reduced recidivism: a comparative validity study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 182-192.
- Borum, R., Bartel, P. et Forth, A. (2006). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Briere, J. (1996). *The trauma symptom checklist for children (TSCC): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Burton, D. L. (2003). Male adolescents: sexual victimization and subsequent sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(4), 277-296.
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-212.
- Caldwell, M. F. (2016). Quantifying the Decline in Juvenile Sexual Recidivism Rates. *Psychology, Public Policy, and Law*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/law0000094>
- Calley, N. G. (2007). Integrating theory and research: The development of a research-based treatment program for juvenile male sex offenders. *Journal of Counseling & Development*, 85(2), 131-142.
- Carpentier, J., Leclerc, B. et Proulx, J. (2011). Juvenile sexual offenders : Correlates of onset, variety, and desistance of criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*. 1-20. doi : 10.1177/0093854811407730
- Carpentier, J. et Proulx, J. (2015). Adolescents auteurs d'abus sexuels : récurrence et facteurs associés. Dans M. Tardif (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs : théories et recherches* (vol. 2, p. 597-625). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, P., Cohen, J., Aiken, L. S. et West, S. G. (1999). The problem of units and the circumstance for POMP. *Multivariate behavioral research*, 34(3), 315-346.
- Cortoni, F. (2003). La recherche appliquée à l'appui de l'efficacité des programmes. *Forum sur la recherche correctionnelle*, 2. p.36-38.
- Cortoni, F., et Lafortune, D. (2009). Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes: une recension. *Criminologie*, 42(1). 61-89.
- Cotter, A. et Beaupré, P. (2014). Les infractions sexuelles commises contre les enfants et les jeunes déclarées par la police au Canada, 2012. *Juristat*, 3, 85-002.
- Coutanceau, R. (2010). Trauma et destins du trauma. Dans R. Coutanceau et J. Smith (dir.), *La violence sexuelle. Approche psycho-criminologique. Evaluer, soigner, prévenir* (p. 237-250). Paris : Dunod.
- Crocq, L. (2012). Le trauma chez l'enfant. Dans L. Crocq (dir.), *16 leçons sur le trauma* (p. 77-95). Paris : Odile Jacob.
- Daversa, M. T. et Knight, R. A. (2007). Generating a model for sexual coercion against children in adolescent sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1313-1333.

- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. et van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137.
- Efta-Breitbach, J. et Freeman, K. A. (2004). Treatment of juveniles who sexually offend: An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 125-138.
- Endler, N. S. et Parker, J. D. A. (1990). *CISS : Coping Inventory for Stressful Situations. Manual*. Toronto : Multi-health Systems Inc.
- Endler, N. S. et Parker, J. D. A. (1999). *CISS : Coping Inventory for Stressful Situations. Manual* (2nd ed.). Toronto : Multi-health Systems Inc.
- Fanniff, A. M. et Becker, J. V. (2006). Specialized assessment and treatment of adolescent sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11(3), 265-282.
- Gaes, G. (2001). Evaluation d'un programme : Lignes directrices pour poser les bonnes questions. Dans Dans L. Motiuk et R. Serin (dir.), *Compendium 2000 des programmes correctionnels efficaces* (vol. 1, p. 209-213). Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- Guay, J-P. et Gaumont-Casias, J. (2015). La classification des auteurs d'infractions sexuelles. Dans M. Tardif (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs : théories et recherches* (vol. 2, p. 547-576). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Glowacz, F., et Born, M. (2013). Do adolescent child abusers, peer abusers, and non-sex offenders have different personality profiles?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2),117-125. doi : 10.1007/s00787-012-0333-2
- Gough, H. G. (1987). *The California Psychological Inventory administrators guide*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Greenstein, D. K., Franklin, M. E. et McGuffin, P. (1999). Measuring motivation to change: An examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in an adolescent sample. *Psychotherapy*, 36(1), 47-55.
- Gudjonsson, G. H. et Singh, K. K. (1989). The Revised Gudjonsson Blame Attribution Inventory. *Personality and Individual Differences*, 10(1), 67-70.
- Gunby, C. et Woodhams, J. (2010). Sexually deviant juveniles: comparisons between the offender and offence characteristics of ‘child abusers’ and ‘peer abusers’. *Psychology, Crime & Law*, 16(1-2), 47-64. doi : 10.1080/10683160802621966
- Haesevoets, Y. (2001). Évaluation clinique et traitement des adolescents agresseurs sexuels : de la transgression sexuelle à la stigmatisation abusive, *La psychiatrie de l'enfant*, 44(2), 447-483.
- Hanson, R. K. (2014). Treating sexual offenders: how did we get here and where are we headed?. *Journal of Sexual Aggression*, 20(1), 3-8.
- Hart-Kerkhoffs, L. A., Doreleijers, T. A., Jansen, L. M., van Wijk, A.P. et Bullens R. A. (2009). Offense related characteristics and psychosexual development of juvenile sex offenders.

Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3(1), 1-10. doi : 10.1186/1753-2000-3-19

Helmus, L., Hanson, R. K., Babchishin, K. M. et Mann, R. E. (2013). Attitudes Supportive of Sexual Offending Predict Recidivism A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(1), 34-53.

Hempel, I., Buck, N., Cima, M. et Van Marle, H. (2013). Review of risk assessment instruments for juvenile sex offenders: What is next?. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(2), 208-228.

Hendriks, J. et Bijleveld, C.C.J.H. (2004). Juvenile sexual delinquents : Contrasting child abusers with peer abusers. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14(4). 238-250.

Hendriks, J. et Bijleveld, C.C.J.H. (2008). Recidivism among juvenile sex offenders after residential treatment. *Journal of Sexual Agression*, 14(1), 19-32.

Hunter, J. A. (2012). Patterns of sexual offending in juveniles risk factors. Dans E. P. Ryan, J. A. Hunter et D. C. Murrie (dir.). *Juvenile sex offenders : A guide to Evaluation and treatment for mental health professionals* (p. 34-53). New York : Oxford University Press.

Hunter, J. A., Becker, J. V., Kaplan, M. et Goodwin, D. W. (1991). Reliability and discriminative utility of the Adolescent Cognitions Scale for juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 4(4), 281-286.

- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M., et Becker, J. V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology. *Sexual abuse : A Journal of Research and Treatment, 15*(1), 27-48.
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M. et Becker, J. V. (2004). Developmental pathways in youth sexual aggression and delinquency : Risk factors and mediators. *Journal of Family Violence, 19*(4), 233-242.
- Keelan, C. M., et Fremouw, W. J. (2013). Child versus peer/adult offenders: A critical review of the juvenile sex offender literature. *Aggression and violent behavior, 18*(6), 732-744.
- Kim, B., Benekos, P. J. et Merlo, A. V. (2015). Sex offender recidivism revisited : Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*-13. doi : 10.1177/1524838014566719
- Lafortune, D., Proulx, J. et Tourigny, M. (2010). Les adultes et les adolescents auteurs d'agression sexuelle. Dans M. Le Blanc et M. Cusson (dir.). *Traité de criminologie empirique* (4^{ème} ed. p.305-336). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M. et Metz, K. (2004). Recension des études empiriques québécoises s'intéressant aux adolescents auteurs d'agression sexuelle, *Revue de psychoéducation, 33*(2), 449-472.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M. et Metz, K. (2007). Les interventions québécoises pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles implantées au Québec, *Revue de psychoéducation, 36*(1), 25- 56.

- Lagueux, F. et Tourigny, M. (1999). *État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels*. Publication du Gouvernement du Québec.
- Langström, N., Grann, M. et Lindblad, F. (2000). A preliminary typology of young sex offenders. *Journal of Adolescence*, 23, 319-329.
- LeBlanc, M. (2003). La conduite délinquante des adolescents : son développement et son explication. Dans M. LeBlanc, M. Ouimet et D. Szabo (dir.), *Traité de criminologie empirique* (3^{ème} ed. p.367-420). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lemitre, S. et Tardif, M. (2012). La psychothérapie individuelle. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs : approches cliniques* (vol. 1, p. 225-293). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Levenson, J. S. et Macgowan, M. J. (2004). Engagement, denial, and treatment progress among sex offenders in group therapy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(1), 49-63.
- Margari, F., Lecce, P. A., Craig, F., Laforteza, E., Lisi, A., Pinto, F., (...) et Grattagliano, I. (2015). Juvenile sex offenders: Personality profile, coping styles and parental care. *Psychiatry Research*, 229(1), 82-88.
- Marmar, C. R., et Gaston, L. (1988). Manual for the California Psychotherapy Alliance Scales. *Unpublished document*.
- Matson, J. L. (1994). *Matson evaluation of social skills with youngsters : Manual* (2nd ed.). Worthington, OH : IDS Publishing.

- Matson, J. L., Rotatori, A. F. et Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). *Behaviour Research Therapy*, 21(4), 335-340.
- Matson, J. L., Neal, D., Fodstad, J. C., Hess, J. A., Mahan, S. et Rivet, T. T. (2010). Reliability and validity of the Matson evaluation of social skills with youngsters. *Behavior Modification*, 34(6), 539-558.
- McConaughy, E. A., Diclemente, E. I., Prochaska, J. O. et Velicer, W. F. (1989). Stage of change in psychotherapy : A follow-up report. *Psychotherapy*, 26(4), 494-503.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. et Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McGuire, J. (2001). Elaboration d'un modèle logique de programme à l'appui de l'évaluation. Dans L. Motiuk et R. Serin (dir.), *Compendium 2000 des programmes correctionnels efficaces* (vol. 1, p. 235-248). Ministère des Approvisionnement et Services Canada.
- Millon, T. et Davis, R. D. (1993). The Millon adolescent personality inventory and the Millon adolescent clinical inventory. *Journal of Counseling and Development*, 71, 570-570.
- Miner, M. H., Romine, R. S., Robinson, B. E., Berg, D., et Knight, R. A. (2016). Anxious attachment, social isolation, and indicators of sex Drive and compulsivity predictors of child sexual abuse perpetration in adolescent males?. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(2), 132-153.

Ministère de la Sécurité publique (2006). *Les agressions sexuelles au Québec*.^[1] *Statistiques* 2004. Sainte-Foy, Québec : Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité. Ministère de la Sécurité publique.

Ministère de la Sécurité publique (2015). *Infractions sexuelles au Québec - Faits saillants 2013*.

Repéré à

http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2013/infractions_sexuelles_2013.pdf

Oxnam, P. et Vess, J. (2008). A typology of adolescent sexual offenders : Millon Adolescent Clinical Inventory profiles, developmental factors and offence characteristics. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(2), 228-242.

Pagé, C. A., Tourigny, M., et 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'adaptation?. *Sexologies*, 19(2), 109-118.

Parks, G. A. et Bard, D. E. (2006). Risk factors for adolescent sex offender recidivism : Evaluation of predictive factors and comparison of three group based upon victim type. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 319-342.

Prentky, R., Harris, B., Frizzell, K. et Righthand S. (2000). An actuarial procedure for assessing risk with juvenile sex offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*. 12(2), 71-93.

- Prentky, R. et Righthand, S. (2003). *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II (J-SOAP-II) manual*. Washington, DC: Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice.
- Proulx, J., Tourigny, M. et Lafortune, D. (2012). Les prédicteurs de la fin prématurée du traitement chez les adolescents délinquants sexuels : une étude multisite. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs. Approches cliniques* (vol. 1, p. 567-596). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pullman, L. et Seto, M. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders : Implications of recent research on generalist versus specialist explanations, *Child Abuse and Neglect*, 36, 203-209.
- Rabaux, J. (2007). Les mineurs délinquants sexuels. *Journal du droit des jeunes*, (5), 15-21.
- Reitzel, L. R. et Carbonell, J. L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18(4), 401-421.
- Robertiello, G. et Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders ? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior*, 12(5), 508-518.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. et Sarason, B.R. (1983). Assessing social support : the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. et Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510.
- Seto, M. C. et Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575.
- Silvestre, M. (2014). Approche intégrative inter et intra du trauma. *Thérapie Familiale*, 35(2), 227-243.
- Sion, V. et Blondeau, S. (2012). La thérapie de groupe. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs : approches cliniques* (vol. 1, p. 295-301). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Smith, S. G., Wampler, R. S., Jones, J. et Reifman, A. (2005). Differences in self-report measures by adolescent sex offender risk groups. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 82-106.
- Stevens, P., Hutchin, K., French, L. et Craissati, J. (2013). Developmental and offence-related characteristics of different types of adolescent sex offender : A community sample, *Journal of Sexual Aggression*, 19(2), 138-157. doi: 10.1080/13552600.2011.645889
- Tardif, M. (2012). Les interventions auprès des familles : de l'éducation au symptôme. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs :*

approches cliniques (vol. 1, p. 433-476). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Tardif, M. (2015a). Approche développementale de la sexualité et sexualité déviante. Dans M. Tardif (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs : théories et recherches* (vol. 2, p. 309-398). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Tardif, M. (2015b). Processus de socialisation et délinquance sexuelle. Dans M. Tardif (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs : théories et recherches* (vol. 2, p. 187-307). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Tardif, M., Quenneville, R., Jacob, M., Auclair, N. (2012). L'évaluation clinique et du risque de récurrence. Dans M. Tardif, M. Jacob, R. Quenneville et J. Proulx (dir.), *La délinquance sexuelle des mineurs : approches cliniques* (vol. 1, p. 59-133). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Thomas, J. (2004). Family intervention with young people with sexually abusive behaviour. Dans G. O'Reilly, W. L. Marshall, A. Carr et R. C. Beckett (eds.), *The handbook of clinical intervention with young people who sexually abuse* (p. 315-342). New York : Brunner-Routledge.

Tison, P., Hautekeete, M., Taquet, P. et Thouvenin, M. (2009). Les alcoolodépendants présentent des différences dans les croyances addictives selon leur motivation au changement. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19(1), 35-40.

- Tougas, A. M. et Tourigny, M. (2013). L'étude des mécanismes de changement, une avenue de recherche prometteuse pour optimiser les programmes de traitement destinés aux jeunes en difficulté: enjeux conceptuels et méthodologiques. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(2), 61-86.
- Veneziano, C. et Veneziano, L. (2002). Adolescents sex offenders : A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 3(4), 247-260. doi : 10.1177/152483802237329
- Viens, S., Tourigny, M., Lagueux, F., et Étienne, L. (2012). Évaluation des effets d'une thérapie de groupe pour adolescents auteurs d'agressions sexuelles. *Criminologie*, 45(1), 243-270.
- Vilamot, B. (2007). Clinique du trauma chez l'enfant et l'adolescent. Dans L. Crocq, L. Dalligand, L. Villerbu, C. Tarquinio, C. Duchet, J.-M. Coq, (...) et M. Vitry (dir.), *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes* (p. 51-61). Issy-Les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Viljoen, J. L., Gray, A. L., Shaffer, C., Latzman, N. E., Scalora, M. J. et Ullman, D. (2015). Changes in J-SOAP-II and SAVRY scores over the course of residential, cognitive-behavioral treatment for adolescent sexual offending. *Sexual abuse : A Journal of Research and Treatment*, 1-33. doi : 10.1177/1079063215595404
- Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L. et Otis, K. E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: A meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3-4), 281-293.

- Worley, K. B., Church, J. K., et Clemmons, J. C. (2012). Parents of adolescents who have committed sexual offenses: Characteristics, challenges, and interventions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 17*(3), 433-448.
- Worling, J. R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders : Differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 13*, 149-166.
- Worling, J. R. (2012). The assessment and treatment of deviant sexual arousal with adolescents who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression, 18*(1), 36-63.
- Worling, J. R. et Langström, N. (2006). Risk of sexual recidivism in adolescents who offend sexually : Correlates and assessment. Dans H. E. Barbaree et W. L. Marshall (dir.) *The Juvenile Sex Offender* (2nd ed. p. 219-247). New York : The Guilford Press.
- Zeng, G., Chu, C. M., Koh, L. L., et Teoh, J. (2015). Risk and criminogenic needs of youth who sexually offended in Singapore : An examination of two typologies. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 27*(5), 479-495. doi : 10.1177/1079063213520044